

Género y Salud en Cifras

Vol. 3, nos. 2/3

Mayo - Diciembre 2005



CONTENIDO

Presentación

2

Rafael Lozano Ascencio

Más allá de las cifras: detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir muertes maternas

5

Rosa María Núñez Urquiza, María Beatriz Duarte Gómez, Leticia Javier Marín, Leticia Arroyo Román

Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género, en entidades federativas de la República Mexicana

16

Ofelia Poblano Verástegui, Carlos E. Carrillo Ordaz, Alma Lucila Saucedo Valenzuela, Emanuel Orozco, Doris Verónica Ortega Altamirano, Gerardo Mora, Mauricio Lavalle

Mujer y drogas

23

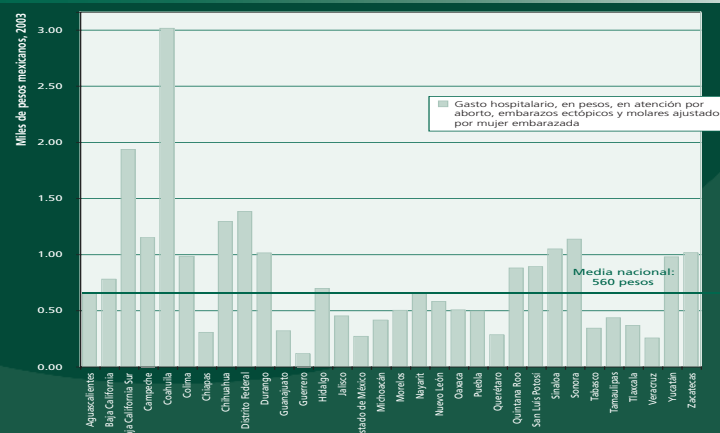
Graciela Alpizar Ramírez, Patricia Gómez Martínez, Luis Jesús Sandoval Quintero
Reseña: Cecilia Robledo Vera

Informe sobre la Salud en el Mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Organización Mundial de la Salud

25

Reseña: Magda Luz Atrián Salazar

Gasto hospitalario en atención por aborto





Secretaría de Salud
Boletín Género y Salud
en Cifras

Directorio

Secretario de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Consejo Directivo

Dra. Patricia Uribe Zuñiga
Dr. Rafael Lozano Ascencio
Dra. Ana Langer Glas

Comité Editorial

Dr. Héctor Ávila Rosas
Dr. Mario Bronfman Pertzovsky
Dr. Roberto Castro Pérez
Dra. Sonia Fernández Cantón
Dr. Héctor Gómez Dantés
Dr. Benno de Keijzer Fokker
Mtra. Ma. de la Paz López Barajas
Mtra. Ma. Isabel Monterrubio Gómez
Dr. Gustavo Oláiz Fernández
Dra. Laura Pedrosa Islas
Dra. Blanca Rico Galindo
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Ivonne Szasz Pianta
Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez
Lic. Elena Zúñiga Herrera

Editor

Alonso Restrepo

Secretaria técnica

Mtra. Magda Luz Atrián Salazar

Publicación cuatrimestral.
Editada y distribuida por
el Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud
Reproductiva y la Dirección
General de Información
en Salud.

Los materiales publicados
son responsabilidad de sus autores

Comentarios y correspondencia
escribir a mlatrian@salud.gob.mx
Guadalajara 47, piso 7
Col. Roma C.P. 06700
México, D.F.

Presentación

El hecho de que la Organización Mundial de la Salud haya elegido la salud de las mujeres y los niños como tema central del Informe Mundial 2005 no es una casualidad. Según la misma, cada año medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y, a escala mundial, cerca de 10 millones de niños también pierden la vida. Asimismo, se reconoce que la muerte materna representa la punta del iceberg: por cada mujer que fallece por estas causas se estima que 20 a 50 sufren consecuencias no letales; en el corto plazo, hemorragia, convulsiones, fiebre, etcétera; en el largo plazo, infertilidad, prolapso uterino, depresión, fístula vaginal, entre otras. En México, miles de mujeres sufren de una carga silenciosa de enfermedad como consecuencia de su maternidad.

Llama la atención que prácticamente todas las organizaciones internacionales interesadas en el tema reconocen que estas muertes y enfermedades son, en su mayoría, evitables. Además, está muy bien documentada la evidencia sobre las características técnicas de las intervenciones que permiten prevenirlas.

Por ejemplo, en el reporte se reconoce la importancia que tiene la atención del embarazo y del parto por personal capacitado, las fallas de los sistemas de salud en casi todo el mundo, la falta de adiestramiento al personal de salud, los problemas de sobremedicalización de los recién nacidos, las barreras de acceso financiero y geográfico a la atención prenatal y del parto, entre otros, como determinantes de la marginación y selección de mujeres con problemas de salud durante la etapa reproductiva.

Hacer que el embarazo sea seguro requiere de alta calidad en la atención prenatal, mejorar la atención que la sociedad en su conjunto le brinda a la mujer embarazada y encarar responsablemente los embarazos no deseados. Por otra parte, el reporte también hace un buen análisis de los problemas relacionados con la mortalidad neonatal, poniendo cuidado en no mezclar los asuntos de la salud de la mujer y sus derechos humanos con la salud de los recién nacidos.

El reporte propone fortalecer el sistema de salud en el ámbito local mediante su respuesta a la atención de las urgencias obstétricas. Además, destaca la importancia de invertir en la capacitación del personal, y de hacer ajustes estructura-

les a los niveles salariales del personal especializado en atender a las mujeres embarazadas.

Es especialmente positivo leer documentos suscritos por la Organización Mundial de la Salud enfocados fuertemente en asuntos críticos de exclusión y de desigualdad, donde se sostiene que el sistema de salud tiene la responsabilidad de evitar que estos problemas se incrementen.

En este número se presenta un trabajo resultado de la investigación y la acción en los servicios de salud. Núñez y colaboradoras proponen la utilización del método de detección de eslabones críticos en el estudio de las muertes maternas, con el fin de identificar las fallas en cada una de las etapas del proceso de atención. La participación activa del personal de salud involucrado facilita su sensibilización y autocrítica y posibilita la actitud prospectiva hacia lo que se necesita hacer para mejorar y establecer compromisos de acciones específicas en el proceso de atención para evitar nuevas muertes maternas. El método es pertinente a la luz del acuerdo del Consejo de Salubridad General publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 1 de noviembre de 2004, lo que dio lugar a su utilización de manera regular en todas las entidades federativas.

También se presenta un resumen del trabajo desarrollado por Poblano Verástegui y colaboradores acerca de la calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género, en relación con tres motivos de consulta: infarto agudo del miocardio, hernioplastía y diabetes mellitus, llevado a cabo en hospitales generales de las Secretarías Estatales de Salud de cinco entidades federativas del país. Se abordan variables del contexto sociocultural y del organizacional que se originan en la dinámica de género y que influyen en la calidad de la atención a la salud, tanto en el personal médico y paramédico que presta los servicios como en las y los pacientes. Se documentan algunas diferencias de género en la atención recibida para hernia y para diabetes mellitus. Asimismo, los estereotipos de género encontrados en pacientes permiten señalar que las mujeres que acudieron a tales servicios repiten durante su estancia en el hospital los patrones de pasividad y permisividad aprendidos, en tanto que los hombres pueden expresar algún desacuerdo con la atención recibida, aunque para ambos la satisfacción percibida sea alta. Por su parte, el personal de salud masculino considera que la equidad de género no es un problema prioritario para el sistema de salud, mientras que el femenino se encuentra en una etapa de transición, luchando por acceder a niveles profesionales y laborales superiores, reconociendo limitaciones sociales, políticas y familiares. Aunque por

el diseño del estudio sus resultados no se pueden generalizar, sí sugieren que la perspectiva de género ofrece un marco enriquecedor para la comprensión de los procesos que influyen en la calidad de la atención a la salud.

En la reseña de *Mujer y drogas* se destacan las diferencias de la adicción entre las mujeres y los hombres, tanto en los motivos que la originan, como en las drogas que consumen y, por lo tanto, en las especificidades a considerar para intervenciones integrales. Asimismo, se presenta una reseña del Resumen elaborado por la Organización Mundial de la Salud acerca del **Panorama General del Informe sobre la Salud en el Mundo 2005**. Por último, en la sección *Para Descifrar* se enfatiza el tema de gasto reportado en la atención de abortos.

Sean estos números un acto más que reitera nuestro compromiso de acercar a nuestros lectores información en salud desde una perspectiva de género.

Rafael Lozano Ascencio
Director General de Información en Salud
Secretaría de Salud

Más allá de las cifras: detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir muertes maternas

Rosa María Núñez-Urquiza,¹ María Beatriz Duarte-Gómez,¹
Leticia Javier-Marín,² Leticia Arroyo-Román.³

¹ Asesoras externas del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.

² Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de los Servicios de Salud del estado de Guerrero.

³ Departamento de Salud Reproductiva, Dirección de los Servicios de Salud del estado de Morelos.

La razón de mortalidad materna* ha sido considerada uno de los indicadores internacionales de inequidad social y de cobertura de servicios de salud, y de la calidad de la atención médica, ya que las muertes maternas directas derivadas de complicaciones obstétricas son evitables con la tecnología actualmente disponible.

El 8 de septiembre del año 2000, México, junto con 189 países de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, se comprometió a disminuir la mortalidad materna al firmar la resolución 55/2 “Objetivos de Desarrollo del Milenio”. El compromiso es disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) en 75% para el año 2015, en relación con la de 1990.¹

Entre los objetivos intermedios el proyecto Milenio propone el incremento de la cobertura de la atención prenatal y de la atención del parto por personal calificado —partera profesional, enfermera o médico—, indicadores que registran en México una alta cobertura en cifras.

“Más allá de las cifras” hace referencia al título de la publicación en la cual la Organización Mundial de la Salud recomienda el análisis de cada caso de muerte materna, especialmente aquellos en los cuales la mujer se atendió en unidades médicas.² En este trabajo se describe el método “Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir muertes maternas” que las autoras desarrollaron mediante una colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública y la Dirección de Servicios de Salud del estado de Morelos, desde 1998, y que fue posteriormente aplicado y perfeccionado como asesoría para el Programa Arranque Parejo en la Vida, propuesto por el Plan Nacional de

Salud 2001-2006 como un conjunto de estrategias para abatir muertes maternas, muertes infantiles, y evitar la discapacidad que queda como secuela de defectos al nacimiento. Se mencionan como antecedentes la tendencia de la mortalidad materna, el papel de la cobertura de servicios y de la planificación familiar; se presenta también la distribución de la mortalidad materna y sus condicionantes en una tipificación regional en México, así como la distribución por causas y sitios de ocurrencia y, por último, el papel de los Comités para el Estudio y la Prevención de Muerte Materna y, como un herramienta práctica para que estos comités deriven la definición de acciones de mejora puntuales, el método de detección de eslabones críticos en los procesos de atención.

Antecedentes

En México la RMM descendió entre 1935 y 1990 en 75%. El Plan Nacional de Salud 2001-2006 propuso, para el periodo, una disminución de 35% de la RMM en seis años. De acuerdo con cálculos realizados por el doctor Rafael Lozano,[†] de la Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud, ese compromiso implica que para el año 2006 se haya logrado disminuir 396 defunciones, en comparación con las registradas en 2003.³ Y para el cumplimiento del compromiso de los objetivos de Desarrollo del Milenio implica para México una disminución en la razón de muertes de 89 defunciones maternas x 100 000 nacidos vivos estimados (NVE) en 1990 a una razón de 22.25 x 100 000 para 2015, es decir, pasar de 2 203 muertes maternas registradas en 1990 a no más de 417 para el año 2015.[‡] Esto requiere una reducción anual promedio de 5.4% en la RMM.³

El descenso en la RMM observado en México entre 1935 y 1990 se atribuye, además

* La razón de mortalidad materna es el cociente entre las defunciones maternas y los nacidos vivos. En México, a partir de 2003, se toman como denominador los recién nacidos vivos estimados (NVE) por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y no los nacidos vivos registrados (NVR), dado que en México muchos menores de edad son registrados varios años después de su nacimiento.

† El texto sobre antecedentes fue elaborado con base en información generada por los doctores Rafael Lozano, Luis Manuel Torres y sus colaboradores de la Dirección General de Información en Salud, y que ha sido sometido a publicación bajo el título “Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio”.

‡ Calculadas con base en la tendencia de fecundidad observada entre 1998 y 2003.

de al progreso social y económico, a dos grandes cambios en la arquitectura de la atención a la salud en el país: a) la extensión de cobertura de servicios de salud que creció entre 1975 y 1990 a una velocidad sin precedente, y b) la introducción de la política y práctica de la planificación familiar. Para introducir el Programa de Planificación Familiar (PPF) fue necesaria una modificación del Código Sanitario de 1947, que prohibía al médico hacer promoción de anticoncepción. Cuando en 1968 McNamara, entonces presidente del Banco Mundial, advierte que no serán sujetos de crédito los países que no disminuyan la tasa de crecimiento anual a menos de 2.5, México lanza dos grandes estrategias de extensión de cobertura: el Programa de Salud Rural y, posteriormente, el Programa Ampliado de Cobertura (PAC) y la creación de las clínicas de planificación familiar, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. El incremento de cobertura de servicios básicos y hospitalarios, y la oferta de planificación familiar se asocian con la disminución de la fecundidad en todos los grupos etarios, más específicamente entre las mujeres añosas, y un descenso subsecuente de la mortalidad materna.⁴

La planificación familiar marcó un hito en la historia de la humanidad, la que pudo por primera vez desligar el ejercicio de la sexualidad de su consecuencia natural: la progenie. La sexualidad ha sido reconocida en el campo de la psicología y la antropología social como un elemento fundante no sólo del psiquismo humano, sino de las relaciones de poder entre los individuos, y de las relaciones económicas y sociales y de la civilización. Las consecuencias del profundo cambio que la disponibilidad masiva de métodos anticonceptivos propició son todavía difíciles de ponderar, pero sin duda uno de estos cambios es un salto cualitativo de libertad, de elección de regulación de la propia fecundidad. Eso hace de la planificación familiar un bien por sí mismo, independientemente de que redunde en la disminución de la mortalidad materna. Desafortunadamente, no podemos generalizar la misma afirmación respecto a otros servicios de atención médica que si bien son esenciales, su aplicación irracional conlleva riesgos. Es cierto que la disminución de la mortalidad materna depende del acceso a la atención de urgencias obstétricas.⁵ Y, sin embargo, la atención obstétrica misma conlleva riesgos entre los cuales el más visible es la pandemia de cesáreas⁶ innecesarias que ha incrementado el riesgo reproductivo entre la población. Una operación cesárea expone a la mujer cinco veces más al riesgo de tromboembolia, en comparación con el parto vaginal,⁷ e incrementa el riesgo de hemorragia en embarazos subsecuentes.⁸

Dicho lo anterior sobre los riesgos de una atención médica “excesiva”, ratifiquemos la afirmación de que la atención médica de urgencias obstétricas es un factor determinante para la disminución de la mortalidad materna en México y en cualquier población del mundo. La atención de urgencias obstétricas, es decir, el acceso a un hospital que tenga capacidad de resolver una complicación médica grave, es esencial. Sin embargo, el acceso a la atención médica de urgencias no es homogénea en nuestro país, sino que su distribución es asimétrica como lo son otros indicadores de desarrollo social entre las distintas regiones que componen a México, en consecuencia, la RMM muestra grandes

variaciones regionales: mientras que para el país en 2002 fue de 89/100 000 NVR, en alguna zona indígena para el mismo año fue de 380/ 100 000. En el total de los casi dos millones de partos registrados anualmente, 85% se atienden en unidades médicas, el otro 15%, aproximadamente 250 000, ocurren en el hogar. En 26 entidades del país más de 90% de los partos se atienden en hospitales, mientras que en seis entidades hasta 35% de los partos se atienden en el hogar.

Para diseñar estrategias que permitan abatir muertes maternas en México resulta útil distinguir, por lo menos, tres tipos de regiones con perfiles geodemográficos compuestos por una combinación de indicadores que incluyen: cobertura de parto en unidad médica, RMM, tasa de fecundidad, dispersión rural, concentración de población indígena y composición proporcional de las causas en la mortalidad materna (cuadro I).

Perfil geodemográfico I: rezago

Se identifican con este perfil los estados de Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Nayarit, Veracruz. En estos seis estados se registra 35% de la mortalidad materna. En las jurisdicciones sanitarias rurales se documenta, entre las muertes maternas, el antecedente de que la mujer fue a más de tres unidades en búsqueda de la atención, y que fue referida de una a otra porque la unidad carecía de capacidad resolutive. Una elevada proporción de muertes por hemorragia obstétrica suceden fuera de unidad médica, en el hogar y durante el traslado. Así, por ejemplo, Guerrero presenta la tasa más elevada de muerte materna en México y allí 47% de las muertes ocurrieron por hemorragia; más de la mitad de las mujeres muertas por esta causa fallecieron fuera de una unidad hospitalaria.

Perfil geodemográfico II: transición

Éste caracteriza a la mayoría de las entidades federativas (26). Sin embargo, en casi todas hay una jurisdicción rural donde la RMM es superior a la del promedio estatal y que comparte características similares a las descritas en el perfil I. Algunos ejemplos incluyen: Aquismón —de San Luis Potosí—, Tejuipilco y Amecameca —del Estado de México—, San Felipe —del estado de Guanajuato—, Santiago —en el estado de Nuevo León—, la Huasteca Hidalguense, la Sierra Tarahumara —en Chihuahua—, La Sierra de Durango, La Sierra Gorda de Querétaro, por citar algunos.

Perfil geodemográfico III: las grandes urbes

Aquí destaca con un perfil singular el Valle de México, región que definimos como el Distrito Federal y ocho jurisdicciones sanitarias conurbadas del Estado de México. En esta región se registra 24% de las muertes maternas. La tasa global de fecundidad (TGF) es igual o menor al promedio nacional (1.7), la tasa cruda de natalidad es menor. Más de 90% de las comunidades tienen un hospital a menos de una hora de distancia, y aun en comunidades marginadas se cuenta con centros de salud. Sin embargo, en el Valle de México se documenta que más de 3% de las mujeres que buscan atención para el parto recorren más de dos unidades hospitalarias.⁸ En estas zonas una proporción variable, entre 20

CUADRO I

Características geodemográficas de los tres tipos de regiones para el estudio de las muertes maternas en México

Características	Región I Rezago	Región II Transición	Región III Grandes urbes*
Dispersión de la población ⁹	Más de 17% de población rural y dispersa. Si bien existen hospitales comunitarios de menos de 25 camas, adolecen de plantilla de personal especialista para cubrir todos los turnos	17% o menos de población rural, no dispersa	
Población indígena (monolingüe)	Superior al porcentaje nacional (< 8%)	Similar al porcentaje nacional	
Cobertura de atención del parto en unidad médica	Menor a 90% para el estado. El 10% se concentra en una parte del territorio del estado donde todavía 35% de los partos se atiende en el hogar		Grandes hospitales saturados Pequeños hospitales sin unidad de cuidados intensivos ni unidad de cuidados intensivos neonatales por lo que refieren a otra unidad a toda paciente complicada
Razón de mortalidad materna	Superior al promedio nacional	No más de una desviación estándar de la tasa nacional de mortalidad materna	
Tasa global de fecundidad	Superior a 2.5 hijos por mujer	Similar a la nacional (1.7-2.0)	
Tasa cruda de natalidad	22-24	17-20	
Proporción de nacimientos procedentes de mujeres afeas (35 años y más)	Superior al porcentaje nacional de 7.5%		Porcentaje igual o menor al nacional
Embarazo de riesgo psicosocial en adolescentes no unidas, migrantes, solas	Elevada proporción de jóvenes unidas entre población indígena Incremento en jóvenes no unidas en ciudades marginadas ¹⁰	Elevado en las grandes ciudades del estado	Elevado porcentaje de embarazo adolescente en mujeres solas, observado a través del porcentaje de atenciones obstétricas hospitalarias ¹¹
Distribución de causas de muerte	Porcentaje de muertes por hemorragia superior a 30%	Preeclampsia-eclampsia primera causa de muerte	Preeclampsia-eclampsia primera causa de muerte
Sitio de ocurrencia de las muertes maternas	Más de 20% fuera de unidad médica	Más de 80% en unidad médica	Más de 80% en unidad médica

* Hace referencia a la Metrópoli del Valle de México (DF, más ocho jurisdicciones sanitarias conurbadas del Estado de México)

y 25% de los partos se registran en unidades hospitalarias privadas, la mayoría de éstas con menos de seis camas y menos de dos médicos por unidad. Situaciones similares las comparten ciudades fronterizas como Tijuana, y otras grandes urbes como Guadalajara, Puebla, el puerto de Veracruz, y la ciudad de León.

En todas las regiones —excepto contadas excepciones como algunas áreas de Oaxaca y algunas comunidades aisladas entre los grandes territorios despoblados de los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua— la población cuenta con centros de salud a menos de media hora de su casa; la mayoría de la población, aun en los estados de la descrita como Región I, cuenta con un hospital comunitario básico a menos de dos horas de su comunidad. Actualmente se cuentan en México, entre todos los sistemas estatales de salud para población no asegu-

rada, 11 000 centros de salud, 4 000 unidades móviles, y con poco más de 450 unidades con hospitalización con distinto nivel de complejidad y tamaño, en las cuales en 2004 se registró atención de parto en 426 de ellas.

En México, 82% de las muertes maternas en el año 2003 ocurrieron en unidades médicas.** En el estudio de caso de las muertes maternas, se documenta que 1 de cada 3 mujeres acudió a más de dos unidades médicas en búsqueda de resolución de la complicación obstétrica.†† La cantidad de unidades hospitalarias sin capacidad resolutoria de urgencias obstétricas ya no representa un elemento benéfico para evitar la mortalidad materna, sino un riesgo, ya que *una mujer con urgencia obstétrica está expuesta a ser trasladada de una a otra unidad sin capacidad resolutoria, lo que demora su llegada a un hospital que sí tenga la estructura y personal para*

⁹ Bobadilla JL, Cerón S y colaboradores, en un estudio de 33 000 partos en la Ciudad de México documentan que 900 mujeres habían tenido que acudir a más de una unidad, y 200 a más de dos unidades. Recientemente, Villegas M y Núñez-Urquiza RM reportan hallazgos similares derivados del estudio de casos de muertes maternas en el Valle de México, entre 2001 y 2004, “Detección de eslabones críticos en los procesos de atención en los casos de muertes maternas del Estado de México”. Departamento de Salud Reproductiva del Instituto Estatal de Salud del Estado de México. Documento interno.

** Dato elaborado en la Dirección General de Información en Salud, de la Subsecretaría de Innovación, de la Secretaría de Salud.

†† Reporte interno del estudio de más de 500 casos de muertes maternas ocurridas en un periodo de tres años en 17 entidades del país. En: Núñez-Urquiza RM. Reporte para el Programa Arranque Parejo en la Vida. México, DF: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; junio 2003. Documento no publicado.

Comunicación verbal de la doctora Ana Langer.

resolver la urgencia; por eso, la doctora Ana Langer ha llamado “trampas mortales” a las unidades hospitalarias que no cuentan con el personal especialista y con los recursos para atender una urgencia obstétrica.[#] El caso que se ilustra en la figura 1 muestra la importancia de ir más allá de las cifras del indicador de “partos atendidos en unidades médicas” y estudiar los eslabones críticos de los procesos de atención.

A la disponibilidad de servicios, el Programa Oportunidades vino a garantizarle la utilización. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003, más de 90% de las mujeres tiene más de tres consultas prenatales, y más de 85% se atienden su parto en unidad médica. Cuando la disponibilidad de unidades apuesta a una cobertura mayor de 90% (regiones I y II), y la utilización de los servicios es asidua y regular, para disminuir la mortalidad materna y perinatal ya no se trata de hacer más, sino de hacerlo distinto.

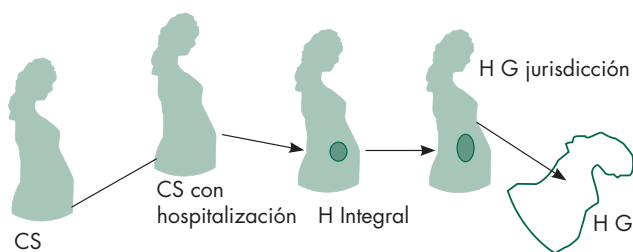
A diferencia de otros países en donde la falta de acceso a unidades médicas es el reto, el sistema de salud pública en México empieza el siglo XXI con un relativo excedente de unidades de atención de primer nivel. Para los 54 millones de población no asegurada, en los sistemas estatales de salud se cuenta con más de 11 000 centros de salud, 4 000 unidades móviles, y poco más de 450 unidades con hospitalización. Con las vías de comunicación actuales, hospitales antes distantes, se han acercado, y estamos hoy ante una relativa sobreoferta de atención médica de primer nivel, mientras que pocas de estas unidades tienen capacidad resolutoria ante una urgencia obstétrica. México cambió: la red de carreteras se extendió constantemente entre 1930 y el presente, y la población se ha concentrado en áreas urbanas, pasando de 75% en 1975, a 83%, según el Censo de 2000. **El reto del sistema actual de salud es el fortalecimiento selectivo de la oferta de servicios, y no tanto el incremento de servicios básicos de salud.**

¿POR QUÉ?

FIGURA 1

...Porque aunque ya la mayoría de las mujeres se atienden en unidades médicas, hay demoras ocasionadas por el traslado de la mujer entre unidades médicas con insuficiente capacidad resolutoria. En las jurisdicciones sanitarias rurales, hasta un 30% de las mujeres recorren tres o más unidades antes de morir, como “LR”...

L.R., de 34 años, en su undécimo embarazo (11) fue a cinco consultas prenatales en su CS “Ch’n”. El día 29 de abril de 2004 solicitó atención por trabajo de parto en su centro de salud a las 16:00 horas...



Se atendió el parto pero presentó hemorragia por retención de restos placentarios, fue trasladada al CS “Unión” donde se hizo legrado. Continuó sangrando, por lo que la refirieron al Hospital Tlq. Como no hubo suficientes paquetes de hemoderivados, la refirieron al Hospital Tzn, donde se hizo histerectomía. No se logró la hemostasia por lo que se trasladó al Hospital General de la capital del estado. Murió a las 10:45 horas. Saldo social 10 huérfanos. MUERTE MATERNA 30 DE ABRIL DE 2004.

- Entre las muertes maternas que ocurren en hospitales de la Secretaría de Salud, 30% son referidas de hospitales comunitarios o integrales de la propia Secretaría
- En la jurisdicción de Aquismón, dos mujeres fallecieron en el traslado
- En Agua Prieta, una mujer murió en la ambulancia a mitad de camino entre uno y otro hospital
- En la jurisdicción de Ometepec, de 19 mujeres que murieron, siete fueron a tres o más unidades por hemorragia obstétrica

Casos como éstos se documentan en casi todas las entidades federativas, incluido el Valle de México.

Fuente: Núñez-Urquiza RM. Comités Estatales de Mortalidad Materna 2002-2005. Reporte interno.

Debido a que 82% de las muertes maternas ocurren en unidades médicas, y a que 78% de las muertes ocurren en mujeres con embarazos a término, y alrededor del parto, es claro que ya no se trata —en la mayoría de los casos— de un problema de cobertura, sino de un problema de oportunidad y de calidad en la atención que es necesario analizar para especificar los factores de la demora y las deficiencias en los procesos de atención, —este análisis es una tarea asignada a los Comités de Estudio y Prevención de Muertes Maternas y Perinatales.

Los Comités para el Estudio y Prevención de Muertes Maternas

Desde la década de los noventa, la Organización Panamericana de la Salud promovió el establecimiento de los Comités para el Estudio y la Prevención de las Muertes Maternas y Perinatales, y la auditoría de casos no sólo de lo registrado en el expediente médico, sino de la historia de búsqueda de atención, para lo cual se hace una entrevista, llamada “autopsia verbal”, al familiar de la fallecida.

En México, hay experiencias documentadas sobre el funcionamiento de estos Comités desde la década de los cuarenta, y en 1995 se estableció el acuerdo por el que todos los hospitales públicos debieran instaurar Comités para el Estudio y la Prevención de Muertes Maternas y Perinatales. Sin embargo, estos Comités conformados por médicos entrenados en hospitales, heredaron el sesgo de las sesiones anatomoclínicas que tienen como propósito la enseñanza de la fisiopatología y la histopatología para el personal en formación. Transcurridos ocho años del establecimiento de estos Comités, el personal del programa Arranque Parejo en la Vida pudo documentar, en 17 estados, que en menos de 1 de cada 4 jurisdicciones sanitarias continuaban funcionando dichos Comités; que el cuestionario confidencial se aplicaba sólo en la unidad

donde fallece la paciente,¹² y que suele haber inconsistencias entre la información de la autopsia verbal y la del personal del hospital donde se atendió a la mujer.[&] En la literatura científica, y en la referida en bancos de datos como Lilacs, se documenta que el devenir de los Comités ha sido semejante en otros países de América Latina,^{13,14} y que sólo recientemente, gracias al compromiso que los países han refrendado en los Objetivos del Milenio, se ha renovado el interés sobre el funcionamiento de dichos Comités, y por la necesidad de darles capacidad decisoria para que sus recomendaciones se lleven a la práctica.

En México el modelo de atención a la salud de la mujer embarazada, diseñado en pasos sucesivos, incluye la atención comunitaria preventiva, como la promoción de la planificación familiar, la vacunación antitetánica a la embarazada, la atención en centro de salud para el control prenatal (con doce contenidos esenciales), la referencia al módulo de embarazada de alto riesgo (Módulo Mater),^{§§} la atención del parto y del recién nacido, y su contrarreferencia al primer nivel de atención para el seguimiento del puerperio y del recién nacido (figura 2).

Más allá de las cifras: el método de detección de eslabones críticos para la auditoría de procesos de atención materna

Este conjunto de procedimientos clínicos organizados en consultas sucesivas puede verse como eslabones de la cadena de servicios. En México, la atención prenatal se oferta en centros de salud, mientras que se prevé la referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo con especialistas y la atención del parto en hospitales. Todo ello está descrito en normas y lineamientos de atención, y sustentado en sistemas regionalizados o redes de atención, compuestas por unidades funcional y estructuralmente diferenciadas por niveles

& Núñez-Urquiza RM. Reporte del estudio de “eslabones críticos en los procesos de atención materna” en 675 casos de 17 entidades del país. México, DF: Arranque Parejo en la Vida, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; 2004. Documento no publicado.

§§ Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. Uno de los programas que especifican las líneas de acción del Plan Nacional de Salud 2000-2006 para mejorar la salud materna y perinatal. Disponible en: www.salud.gob.mx.

FIGURA 2



de atención —primero, segundo y tercer nivel—, las que para su regulación dependen de una unidad administrativa llamada Jurisdicción Sanitaria que incluye funciones de sanidad, regulación, de distribución de insumos, de recolección y análisis de información epidemiológica y de supervisión de la atención médica. Es en el conjunto y en la articulación de los procesos de atención, y en la interrelación de las unidades médicas que conforman una jurisdicción o red de servicios, y en la integralidad y continuidad de las acciones preventivas y de atención de complicaciones como se puede evitar la muerte de las mujeres que presentan complicaciones obstétricas.

Cuando a pesar de que se dio atención médica no se pudo evitar una muerte o una discapacidad, la Comisión para la Acreditación de Organizaciones de Atención a la Salud (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) recomienda que se analice el caso como un evento centinela. Éste se define como un “resultado no deseado de la atención, que deja en discapacidad o muerte a una paciente”, y convoca al análisis tanto del desempeño del personal como de la organización, para detectar qué factores personales y organizacionales mermaron la oportunidad o la calidad de la atención que redundó en no evitar la muerte o la discapacidad. El análisis de la descripción de procesos hace una “radiografía” del desempeño del personal y de las dinámicas de la organización que afectan el proceso de atención del caso. El método de detección de “eslabones críticos” es una herramienta, que ayuda a los Comités a transitar desde el enfoque centrado en la fisiopatología de la paciente, al enfoque de análisis del desempeño para responder dos preguntas:

- ¿En cuál de las interacciones que esta mujer tuvo con los servicios debió haberse detectado y corregido la evolución de la complicación que la llevó a la muerte?

Cada uno de los miembros del personal médico que da atención directa, o del personal gerencial que provee lo necesario para la atención médica, podrá preguntarse:

- ¿Qué tengo que hacer distinto para evitar la muerte de una mujer que está hoy en los servicios, en condiciones similares a la que murió ayer?

Para responder esta pregunta se realiza una “auditoría de caso” en la que se utilizan el expediente clínico, el cuestionario confidencial, y la autopsia verbal. El caso se analiza en cada una de las unidades donde la mujer fue atendida, desde la atención comunitaria, el centro de salud que brindó la atención prenatal, y el personal que atendió el parto, con todo el personal involucrado.

El método parte de los siguientes supuestos:

1. Las muertes maternas son, en su mayoría, evitables mediante la atención, a condición de que ésta sea oportuna y de calidad, de acuerdo con los lineamientos técnicos.

2. Cuando ya la cobertura está garantizada y las mujeres acceden a los servicios, no se trata de hacer más sino de hacer distinto.
3. Las omisiones y demoras que ocurren en un caso de muerte materna estudiada, enseñan sobre lo que puede estar ocurriendo hoy con otras mujeres que están en alguno de los eslabones de los procesos de atención. En ese sentido, la mujer que murió es representativa de otras que están hoy en condiciones similares.
4. Cada caso de muerte materna, de una mujer que fue atendida en los servicios, debe redundar en un aprendizaje que responda a las dos preguntas citadas al inicio.
5. La muerte materna de una mujer que recibió atención médica está asociada a “omisiones”, “demoras” o “desviaciones del estándar de calidad”.

Cada caso de muerte materna se analiza como un evento centinela. El paso de la mujer fallecida por los distintos servicios se utiliza para evaluar los procesos de atención. Se identifican en cada eslabón del servicio qué acciones se realizaron y cuáles otras se dejaron de hacer (figura 3).

El formato para diagramar los eslabones de los procesos de atención constituye un esquema abierto que facilita la reconstrucción del caso, en cada uno de los ámbitos donde se atendió a la mujer. La aplicación de este método al análisis de los casos de muerte exige un conocimiento de las “actividades críticas” del proceso de atención.

Una actividad crítica, es aquella esencial para salvar la vida de una paciente en estado de urgencia. Es crítica en dos sentidos: porque es crucial para salvar la vida, y porque su omisión está asociada con la muerte.

El método de detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la disminución de muertes maternas propone como parámetro para la auditoría de procesos el modelo de atención de la embarazada, del parto y del puerperio y los lineamientos técnicos y normas que lo sustentan.

Un eslabón crítico es aquel procedimiento cuya omisión o demora se asocia a la incapacidad del servicio para evitar una muerte evitable.

Se identifican los eslabones críticos, y se promueve la transformación de una visión de “error” a sancionar hacia una de “error” como espacio de oportunidad de mejora. En la modificación de esos eslabones reside la posibilidad de impacto.¹⁵ Después de identificar un eslabón crítico en un caso específico de muerte materna se definen y detonan acciones de mejora para esa unidad donde ocurrieron las fallas, o ese personal que tuvo la omisión. Las acciones de mejora deben ser precisas, es decir, no deben quedar como recomendaciones generales, sino que tiene

FIGURA 3

Esquema para identificar los eslabones críticos con base en el proceso de atención. México, 2005

Datos generales	Antecedentes GO	Programas preventivos	Atención Prenatal (consulta instructivo)	Referencia	Módulo de riesgo (MATER)	Atención del parto	Atención del puerperio	Congruencia diagnóstica
Nombre Edad Residencia Estado civil Ocupación	Gestas Para Abortos Cesáreas Intervalo intergenésico	Seis acciones	Doce acciones esenciales					
OBSERVACIONES								
-Omisiones -Demoras -Desviaciones del estándar normado, según lineamiento técnico		Norma 007 VDRL Toxoide Censo MEF Acciones de la Cartilla de la Mujer PF CaCu CaMa DM, hipertensión	Lineamientos técnicos de atención prenatal, detección de riesgo y referencia	Lineamientos técnicos	Lineamientos técnicos	Lineamientos técnicos de parto, cesárea y urgencias obstétricas	NOM 007	Entre expediente, certificado de defunción, dictamen del Comité

que precisarse cuál es la acción, quién la llevará a cabo, dónde, con qué amplitud o grado de extensión (en cuáles turnos, cuáles médicos, en qué centros de salud), cuáles serán los indicadores de evidencia para el monitoreo que se realiza, y con qué indicadores se medirá el efecto. A continuación se describe, en el ejemplo 1, la planeación de acciones después de identificar algunos eslabones críticos, utilizando el formato diseñado para tal fin.

EJEMPLO 1

Definición de acciones de mejora inmediatas

Eslabón crítico: demora entre la llegada de la paciente y el primer contacto con el especialista

Acción	Indicador de desempeño	Indicador de efecto intermedio
El Dr. J Camacho, jefe de urgencias, diseñará una ruta crítica (<i>Triage</i>)* que asigne el médico que en cada turno debe valorar a la paciente	Partograma realizado a toda mujer que solicita atención en trabajo de parto	Incremento de expedientes con partograma, entre el mes X y el mes Y
Se realizará un partograma a toda paciente	Ruta crítica diseñada y expuesta permanentemente en cartel	Acortamiento de las demoras intrahospitalarias
Una vez realizado se decidirá qué paso sigue de acuerdo con el algoritmo diseñado	Lista de firmas de "enterado" de cada uno de los jefes de servicio de admisión y urgencias en los distintos turnos	Incremento en la detección de pacientes que ingresan a monitoreo por sufrimiento fetal agudo
El algoritmo se expondrá en cartel en áreas de admisión y de urgencias; antes del lunes de la próxima semana, se habrá dado a conocer personalmente al jefe de admisión y de urgencias de cada uno de los cinco turnos	Instrumento de medición de "lapsos y demoras" en cada expediente	

* Técnica de tamizaje de pacientes en urgencias para definir prioridad de atención según gravedad y pronóstico, utilizada principalmente en casos de desastre

Referencias

1. Naciones Unidas. Guía general para la aplicación de la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe del Secretario General (ONU: A/52/326); 2001.
2. World Health Organization. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Ginebra: WHO; 2004.
3. Lozano R, Núñez-Urquiza RM, Gómez-Duarte MB, Torres-Palacios LM. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. México, DF: Consejo Nacional de Población; 2005.
4. Mojarro O, Tapia-Colocía G, Hernández-López MF, Macín-Pérez I. Mortalidad materna y marginalidad municipal. México, DF: CONAPO. Disponible en: www.conapo.gob.mx/publicaciones/2003/09.pdf.
5. Chowdhury M, Rosenfield L, coord. Millenium Project. Interim report of task force 4 and 5 on child health and maternal health. En: World Health Organization. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Ginebra: WHO; 2004.

£ La Dirección General de Calidad y Educación en Salud desarrolló un instrumento que revisa 32 actividades críticas de la atención obstétrica y neonatal en el caso de urgencias.

Núñez-Urquiza RM. Reporte del estudio de “eslabones críticos en los procesos de atención materna” en 675 casos de 17 entidades del país. México, DF: Arranque Parejo en la Vida, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; 2004. Documento no publicado.

Antes de generalizar las acciones de mejora hacia ellas es necesario conocer si en otras unidades se comenten las mismas omisiones, demoras o desvíos de lineamiento técnico. Para ello se lleva a cabo una “evaluación rápida de procesos enfocada en actividades críticas”.^{16,£} Así, se puede precisar qué acciones se tienen que llevar a cabo y en qué ámbitos.

Es esencial que en el análisis del caso participe todo el personal involucrado. Un análisis de eslabones críticos, con frecuencia, se realiza tanto en el centro de salud como en el hospital donde fue atendida la mujer que falleció.

El método incluye herramientas sencillas y esquemas con imágenes descriptivas de los

procesos de atención, formatos para asentar compromisos del análisis y la medición del error detectado, y la definición de acciones de mejora que precisen quién, cuándo, cómo, dónde, así como los indicadores de desempeño y de efectos intermedios.^{15,17} El cuadro II resume los pasos de la metodología.

En la figura 4 se sintetizan las omisiones, demoras y desviaciones de los lineamientos técnicos de atención en actividades críticas que más comúnmente ocurrieron entre más de quinientas muertes maternas hospitalarias, en 17 estados, revisadas en 35 sesiones de Comités.^{##} Los hallazgos coinciden con lo encontrado por estudios de casos de muertes maternas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, aunque los porcentajes son distintos.

Como resultado del ejercicio de aplicación del método de detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la disminución de muertes maternas, realizado en los Servicios de Salud del estado de Morelos durante 2004, se presentan algunos ejemplos del análisis e identificación de la suficiencia u omisión de la acción indicada en el lineamiento técnico, la oportunidad o demora en la atención, el apego o desviación del protocolo de tratamiento, según lo establecido en los lineamientos técnicos, así como la definición de acciones de mejora indicadas, de acuerdo con lo establecido en los siete pasos (ejemplos 2 y 3).

CUADRO II

Pasos a seguir en el estudio de los eslabones críticos, en caso de muerte materna, con el personal de las unidades médicas —centros de salud u hospital— donde se atendió a la mujer fallecida

Los siete pasos para el estudio de los eslabones críticos

1. De cada caso de muerte materna: a) integrar el expediente de la mujer con los expedientes de todas las unidades en donde ella se atendió; b) aplicar el cuestionario confidencial, y c) realizar la autopsia verbal
2. Describir cada caso en un diagrama de eslabones de acuerdo con los pasos que el modelo de atención contempla para atender a la mujer en su ciclo reproductivo (figura 4)
3. En cada uno de los “eslabones de la cadena del servicio” analizar si hubo:

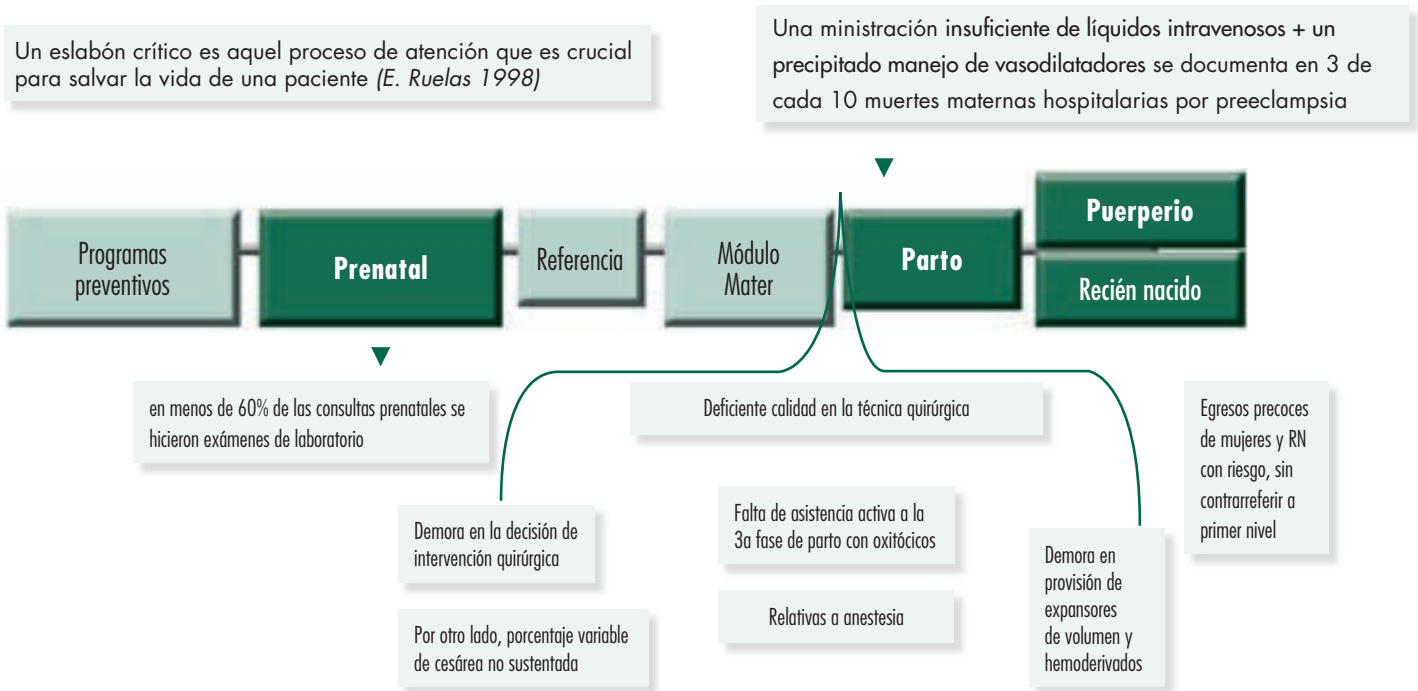
- Suficiencia u omisión de la acción indicada en el lineamiento técnico
- Oportunidad o demora en la atención
- Apego o desviación del protocolo de tratamiento, según lineamiento técnico

4. Definir: a) las acciones de mejora (por lo menos dos de cada caso revisado); implica definir qué se va a hacer, dónde, cuándo y quién; b) los indicadores de desempeño que permitan verificar que se generó la acción, y los cambios que afectan la organización, para lo cual pueden consultar el documento denominado “Plan de Monitoreo”, y c) los indicadores de efecto intermedio: incremento o disminución de la muerte materna, cambios en la atención a las usuarias o en su detección, referencia o tratamiento (ejemplos 1-3)
5. En un segundo momento, y con los directivos del hospital, incluyendo personal administrativo, se debe discutir el conjunto de casos para:
 - 5.1 Ponderar la frecuencia con la que falla un eslabón, asociado a una muerte materna (histograma de frecuencias)
 - 5.2 Analizar ¿qué factores organizacionales contribuyen a que esté fallando un eslabón del proceso de atención? (esquema de espina de Ishikawa)¹⁸
6. Establecer un plan de mejoras organizacionales a corto y mediano plazo
7. Establecer un plan de conducción y monitoreo del cambio:¹⁹
 - a) Crear un sentido de urgencia
 - b) Establecer una coalición coordinadora del cambio según los lineamientos de APV
 - c) Posicionar una visión del cambio
 - d) Monitorear la mejoría del desempeño
 - e) Crear una competencia sana
 - f) Dar visibilidad a los indicadores
 - g) Desarrollar un plan de reconocimientos continuos

FIGURA 4

Eslabones críticos en los procesos de atención obstétrica (2002-2004)

Omisiones, demoras y desviaciones del estándar del lineamiento técnico



Falta de supervisión del adscrito y **DEMORAS** en el traslado entre unidades de referencia

Reporte interno: Núñez-Urquiza RM. Arranque Parejo en la Vida. Treinta y cinco sesiones de Comités en 17 estados, 675 muertes maternas auditadas



6. Gómez-Dantés O. El secuestro de Lucina o cómo detener la epidemia de cesáreas. Salud Publica Mex 2004;46:71-4.
7. Bermúdez-Ruiz R, Rodríguez-Pumarejo G. Trombosis venosa mesentérica (TVM) en el puerperio. Ginecol Obstet Mex 1993;61(11):323-25.
8. Petitti DF. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. Clin Obstet Gynaecol 1985;28(4):763-69.
9. Bobadilla JL. Evaluation of maternal health programs. Approaches, methods and indicators. Int J Obstet Gynaecol 1992;38 Suppl:S67-S73.
10. Núñez-Urquiza RM, Hernández B, García-Barrios C *et al*. Embarazo adolescente no deseado y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Publica Mex 2003;S92-S102.
11. Secretaría de Salud. Sistema de atención en Hospitales. 2000-2004. México, DF: DGIS; 2005.

12. Secretaría de Salud. Lineamientos para el funcionamiento de los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal. México, DF: SSA; 2002.

13. Ferreira CE. Maternal death: An avoidable tragedy. *Rev Bras Estud Popul* 1992;9(1):87-9.

14. Kestler E. Maternal mortality in Central America. The basis for national programs on epidemiologic surveillance. *Rev Latinoam Perinatol* 1989;9(4):167-77.

15. Núñez-Urquiza RM. Guía de detección de eslabones críticos en los procesos de atención. *Arranque Parejo en la Vida*. México, DF: Secretaría de Salud; 2004.

16. Cochet L, Pattinson RC, Macdonald AP. Severe acute maternal morbidity and maternal death audit. A rapid diagnostic tool for evaluating maternal care. *S Afr Med J* 2003;93(9):700-2.

17. Núñez-Urquiza RM, Arroyo-Román L, Mora-Tapia JA. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/DGCES/Foro 2005.

18. Ishikawa K. Actividades en los círculos de calidad. ¿Qué es el control total de calidad? Colombia: Editorial Norma; 1993.

Conclusiones

El método de detección de eslabones críticos en el estudio de las muertes maternas es una herramienta útil para detectar y sistematizar las fallas en cada una de las etapas de la atención. Su carácter participativo con el personal de salud involucrado facilita su sensibilización y autocrítica, y la posibilidad de pasar de la sensación de falla, culpa y negación, hacia la visión de lo que es necesario hacer para mejorar y, por consiguiente, su compromiso en acciones específicas de mejora de los procesos para evitar nuevas muertes maternas.

El método constituye una herramienta de auditoría de procesos, que focaliza y sintetiza el trabajo de los Comités para el Estudio y Prevención de Muertes Maternas y Perinatales. Esta característica dio lugar a su utilización de manera regular en todas las entidades federativas, tras la publicación del Acuerdo del Consejo de Salubridad General en el *Diario Oficial de la Federación*, el 1 de noviembre de 2004, a partir del cual las muertes maternas son de notificación obligatoria, y se crea un equipo nacional de análisis de defunciones maternas en la Secretaría de Salud.

Nota de historia. Al enfrentarnos al análisis de muertes maternas, aplicamos la técnica de “tiempos y movimientos” para entender el eslabonamiento de los procesos de atención en un sistema de atención “fragmentado —por diseño— en unidades con niveles distintos”, en el cual la continuidad de la atención se da por el movimiento de la paciente de una unidad a otra.²⁰⁻²² El método de “Detección de eslabones críticos en los procesos de atención” surgió primero de la asesoría de tesis, como una diagramación de tiempos y movimientos de las pacientes en su búsqueda de atención. La auditoría de procesos se hizo mediante la comparación entre la atención dada contra la atención normada por los lineamientos técnicos, y los lapsos entre una y otra atención, evaluando éstos contra índices contruidos de “intervalo terapéutico” para cada proceso de atención. Más adelante se agregaron los conceptos de “actividad crítica”, por recomendación del doctor Enrique Ruelas Barajas, subsecretario de Calidad e Innovación de la Secretaría de Salud, y algunas técnicas para la reducción de la improvisación y del error, recomendadas por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* en su texto *Sentinel events: Evaluating cause and planning improvement*.²³ Estas recomendaciones enriquecieron el método de detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la disminución de muertes maternas, que fue implantado en la Secretaría de Salud a través de la asesoría contratada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, y difundido por el programa *Arranque Parejo en la Vida*.

La aplicación de esta estrategia también se ha recomendado para analizar el proceso en pacientes graves en quienes se evitó la muerte, y así detectar aquellas acciones que salvaron la vida.

EJEMPLO 2

Compromisos de acciones de mejora en el estado de Morelos adquiridos en la sesión de Comité que se llevó a cabo el 21 de mayo de 2004, en la cual se analizó el caso 5 (N.P.T.) de mujer que llegó con preeclampsia y en la cual se detectaron dos eslabones críticos: demora intrahospitalaria mayor de dos horas y ausencia de nota de referencia

Acción de mejora	Indicador de desempeño	Indicador de efecto intermedio
Protocolo <i>Triage</i> * de atención (jefes de servicio, de urgencias y ginecobstetricia) en un mes.	Medición de los lapsos entre la llegada de una mujer con una urgencia obstétrica y el momento en que es atendida	– Disminución de las demoras en la atención de pacientes con urgencias obstétricas, en admisión y entre los servicios
Agilizar pruebas de laboratorio (jefe del laboratorio)	Establecimiento del protocolo de <i>Triage</i> (se actualizará en 15 días), uno para el Módulo MATER y uno para el servicio de ginecobstetricia	– Disminución de la demora en la decisión de trasladar a una paciente que requiera de terapia intensiva
El Dr. M. A. G, Jefe de Enseñanza hospitalaria, hará capacitación sobre el manejo de preeclampsia	Estandarización de los rangos y entrega (impreso y enmicado) a cada médico. Desde el 16 de julio se habilita turno nocturno M-J-S	Incremento de anticoncepción pos evento obstétrico, en el Hospital General Axochiapan, de enero a julio
Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia, entre la unidad urbana de Jonacatepec y el Hospital General de Axochiapan (Dr. R, Dr. A G M)	Minuta de la visita de supervisión del día 28 de junio por parte de la Jurisdicción Sanitaria III	– Incremento a 100% en las pacientes que llegan con nota de referencia desde la unidad de Jonacatepec

* Técnica de tamizaje de pacientes en urgencias para definir prioridad de atención según gravedad y pronóstico, utilizada principalmente en casos de desastre

EJEMPLO 3

Compromisos de acciones de mejora en el estado de Morelos adquiridos en la sesión de Comité que analizó el caso de muerte materna de una mujer que había egresado del hospital de Axochiapan un año antes, por un aborto fetal, sin método de anticoncepción y que se embarazó dos meses después del penúltimo parto; se detectó un eslabón crítico: falla del Programa de Planificación Familiar posevento obstétrico

Acción de mejora	Indicador de desempeño	Indicador de efecto intermedio
<p>Fortalecer consejería para anticoncepción posevento obstétrico, especialmente en mujeres de alto riesgo</p> <p>La enfermera MP: consejería de planificación familiar a toda paciente en edad fértil, hospitalizada en cualquier servicio. Asentar en el expediente el resultado de la consejería</p> <p>En Chalcatzingo, hacer censo de mujeres en edad fértil (MEF) y de usuarias (Dra. Verazaluze y personal del centro de salud)</p> <p>Supervisión y asesoría al Centro de Salud Chalcatzingo y de la unidad de urgencias de Jonacatepec, para verificar los procesos de atención (Dra. Verazaluze y responsables estatales de Arranque Parejo en la Vida)</p>	<p>-Se reforzó al personal de consejería de planificación familiar en el hospital, con otra enfermera en turno nocturno</p> <p>-Se previó un espacio adecuado para hacer consejería a pacientes hospitalizadas antes de egresarlas</p> <p>Censo MEF actualizado al 30 de junio</p> <p>Se efectuó el 17 y 18 de junio</p> <p>Se capacitó al personal del Centro de Salud de Chalcatzingo, y el 1 de agosto a los médicos pasantes en servicio social, de reciente ingreso</p> <p>Se efectuó supervisión integral por personal estatal a la unidad de urgencias de Jonacatepec, el 11 de junio</p>	<p>Entre mayo y julio se registró un aumento de anticoncepción posevento obstétrico de 20 a 43%</p> <p>Se registró a 384 mujeres en edad fértil en Chalcatzingo, de las cuales 96 se manifestaron usuarias activas de planificación familiar (25% de la población de MEF: 42% oclusión tubaria bilateral, 28% dispositivo intrauterino)</p>



19. Koper JP. Liderando el cambio. México, DF: McGraw Hill; 2002.

20. Mundell ME. Estudio de tiempos y movimientos. México, DF: Continental; 1984.

21. Vincent Ch, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals. Preliminary retrospective record review. BMJ 2001;322 (3 March):517-9.

22. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. México, DF: McGraw-Hill; 1995.

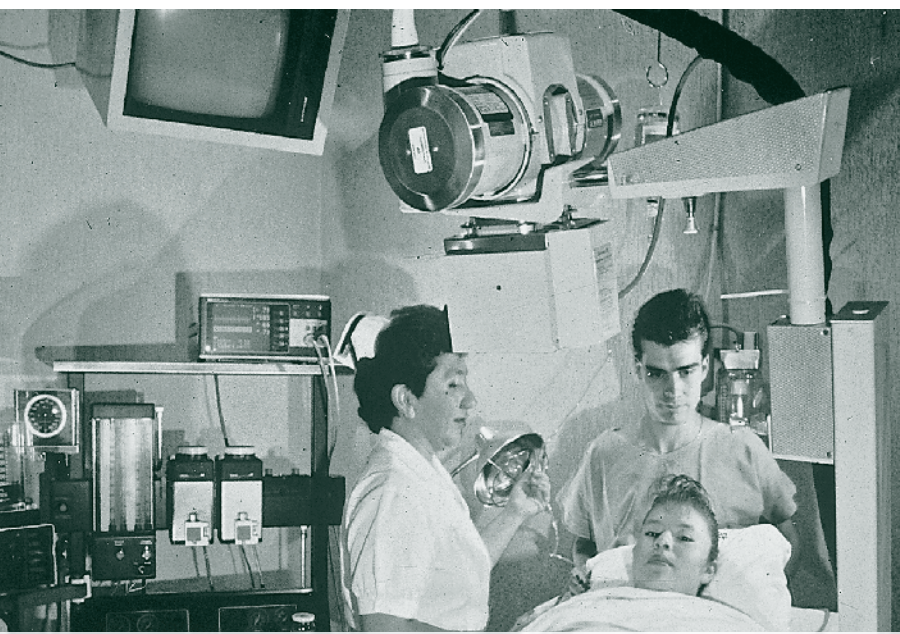
23. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel events: Evaluating cause and planning improvement. Illinois (ILL): JCAHO; 1998.

Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género, en entidades federativas de la República Mexicana

Ofelia Poblano-Verástegui,¹ Carlos E Carrillo-Ordaz,¹ Alma Lucila Saucedo-Valenzuela,¹ Emanuel Orozco,¹ Doris Verónica Ortega-Altamirano,² Gerardo Mora,¹ Mauricio Lavalle.¹

¹ Dirección de Organización en Sistemas de Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

² Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social, CISS, INSP. Investigación financiada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004).



Durante la presente administración, en la Secretaría de Salud se ha otorgado un especial énfasis en el logro de la equidad de género en la provisión de servicios de salud. Así, la Dirección General Adjunta de Equidad de Género y Salud Reproductiva, antes Programa Mujer y Salud (PROMSA), otorgó el financiamiento para la realización del presente trabajo de investigación denominado “Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en entidades federativas de la República Mexicana”, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública, bajo la responsabilidad directa del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, específicamente de la Dirección de Organización en Sistemas de Salud.

El objetivo general del trabajo fue determinar la existencia de diferencias por género en la calidad técnica e interpersonal de la atención médica hospitalaria recibida. De existir dicha atención diferencial, el propósito era evaluar su magnitud y la naturaleza de los condicionantes asociados a ella, con el fin de proveer información útil para la toma de decisiones. Para ello, se utilizó la comparación de los procesos de atención de tres motivos de consulta comunes en los servicios de urgencias, cirugía

y hospitalización clínica —infarto agudo del miocardio, hernioplastía y diabetes mellitus—, en hospitales generales de las Secretarías Estatales de Salud de cinco entidades federativas del país.

Además del objetivo general, se consideraron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar la existencia de inequidades, por género, en la calidad técnica de los procesos de atención requeridos, según cada diagnóstico.
- Identificar los aspectos de la atención hospitalaria que afectan diferencialmente a cada género, según la percepción de las usuarias y usuarios acerca de la atención recibida.
- Validar la sensibilidad a género de los indicadores de calidad técnica en cada uno de los diagnósticos seleccionados.
- Establecer si en los proveedores de servicios del segundo nivel de atención de las entidades federativas investigadas existen determinantes asociados a la atención diferencial por género en los servicios de salud.
- Generar información útil para los niveles de toma de decisión y para los proveedores de servicio que apoye la sensibilización y toma de conciencia de la desigualdad, para la búsqueda de medidas que garanticen la equidad de género en la prestación de servicios médicos.

El presente resumen tiene el propósito de presentar de forma sintética la metodología desarrollada y aplicada para la investigación, así como la descripción breve de los principales resultados y conclusiones derivadas de los datos obtenidos. Se abordan las variables del contexto sociocultural y del organizacional que tienen su origen en la dinámica de género y que influyen en la calidad de la atención a la salud, tanto en el personal médico y paramédico que presta los servicios como en los y las pacientes.

Antecedentes

Algunos estudios realizados en Europa y Norteamérica demuestran de manera consistente que existen diferencias raciales y de género que influyen en la calidad de la atención recibida. La raza negra y las mujeres con enfermedad coronaria, por ejemplo, reciben menos intervenciones estándar comparadas con la raza blanca y los hombres.¹ Los mismos estudios indican, además, que las diferencias raciales se relacionan más con factores socioeconómicos y con variables del proceso de atención, mientras que las diferencias de género están más relacionadas con factores clínicos. La toma de decisiones del médico parece ser determinante, lo que sugiere que el sesgo inconsciente que se origina en la construcción social de género puede contribuir a provocar las disparidades observadas en el tratamiento.^{2,3} Se ha demostrado la existencia de menor probabilidad para las mujeres que para los hombres de recibir los tratamientos más efectivos para el infarto: trombolíticos, aspirina, betabloqueadores⁴ y revascularización coronaria.^{5,6}

Los médicos pueden estar influidos por los estereotipos de conducta por género y juicios de valor, y pueden confundir o minimizar los síntomas en la mujer con aspectos emocionales ya que aquéllas con enfermedad coronaria comúnmente tienen síntomas atípicos de angina, incluyendo dolor abdominal y de espalda, lo que complica la evaluación clínica.³ También está demostrado que es más difícil que las mujeres sean sujetos de investigación en estudios de cohorte y ensayos clínicos, lo que ha provocado una falta de criterios diagnósticos diferenciados por sexo.⁷ Otros reportes señalan que el sexo no es factor de desigualdad en morbilidad y mortalidad, pero que el género puede ser determinante.⁸

La diabetes mellitus (DM) ofrece la oportunidad de observar cómo la carga biológica de cada sexo afecta la manifestación de la enfermedad, las comorbilidades y complicaciones.⁹ Algunos reportes señalan diferencias entre hombres y mujeres con DM. Estas diferencias se observan en el acceso y frecuencia de utilización de los servicios, control de glicemia, calidad de vida, satisfacción del paciente con la atención recibida y mortalidad por esta causa.¹⁰

En cuanto a la calidad de la realización de procesos diferencial por género en cirugía no existe literatura específica; sin embargo, se ha observado que el uso de analgésicos posquirúrgicos en ocasiones es diferencial para la raza y la etnia. No obstante, aunque se ha señalado que el género es un factor que influye, no se ha logrado deslindar de la raza y el nivel socioeconómico.¹¹ Además, tanto en DM como en intervenciones quirúrgicas se reporta que la solicitud de atención es más tardía en las mujeres. La pobreza, la falta de protección social y la escolaridad baja están claramente relacionadas con el sector femenino de la población de los países.¹²

De acuerdo con el informe Salud México 2002,¹³ la mortalidad por enfermedades isquémicas es más alta en las entidades de mayor desarrollo y entre los hombres. Las diferencias entre entidades llegan a ser hasta de cuatro veces en los hombres y cinco veces en las mujeres. En el cuadro I se comparan las tasas de mortalidad, estandarizadas por 100 000 habitantes,[†] por enfermedad isquémica y por diabetes mellitus en las entidades federativas invitadas a participar —Querétaro, Guanajuato, Veracruz, Nuevo León y Yucatán— con el comportamiento nacional, en 2002. En cuanto a enfermedad isquémica se observan tasas más altas entre los hombres, y en Nuevo León y Yucatán se encuentran por encima de la media nacional.¹³ En México la DM ocupa el primer sitio en la lista de las principales causas de muerte en mujeres y el segundo en hombres, y muestra un comportamiento ascendente. De acuerdo con datos de la ENSA 2000,¹⁴ casi 11% de la población nacional de entre 20 a 69 años de edad padece esta enfermedad. En 2002, respecto a la entidad federativa, el mismo cuadro muestra tasas más altas en las mujeres, comparadas con los hombres —excepto en Guanajuato—; una tasa poco mayor que la nacional en Querétaro y muy superior a la nacional en Guanajuato.¹³

Material y métodos

El estudio fue multicéntrico, cuantitativo y cualitativo. Mediante muestreo por conveniencia se invitó a ocho estados a participar; éstos debían estar interesados en el estudio, tener al menos un hospital general con más de 120 camas y otro con

CUADRO I

Tasas de mortalidad* por enfermedad isquémica y diabetes mellitus. México, 2002

Entidad federativa	Enfermedad isquémica		Diabetes mellitus	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Querétaro	71.64	38.63	89.76	97.40
Guanajuato	72.71	45.25	119.33	116.01
Nuevo León	128.5	72.73	76.52	80.22
Veracruz	67.03	45.06	71.53	71.77
Yucatán	89.45	48.98	46.33	69.34
Nacional	83.06	54.48	82.21	83.32

* Estandarizada por 100 000 habitantes.

† Por método directo utilizando la población mundial como estándar.

al menos 60 camas, cuyo cuerpo directivo estuviera sensibilizado hacia la evaluación de la calidad de la atención y permitiera la revisión de expedientes. Los cinco estados que aceptaron participar se encuentran ubicados en el centro, Golfo de México, norte y sur del país. Por las condiciones sociopolíticas y geográficas de cada estado y los recursos disponibles en atención hospitalaria, de manera conjunta con los servicios estatales de salud, se seleccionaron nueve hospitales: ocho generales y uno de especialidades. La recolección de datos se realizó entre octubre de 2004 y enero de 2005.

Se planeó un muestreo simple para la selección de los casos en cada hospital, con base en los egresos hospitalarios de 2002; sin embargo, por su baja frecuencia se hizo un censo de todos los casos que se presentaron durante los meses que duró la recolección de datos y que cubrieran los requisitos de inclusión de los tres diagnósticos seleccionados, a saber:

1. **Infarto agudo del miocardio (IAM).** Cualquier paciente que al ser atendido en urgencias fuera diagnosticado como tal, que no fuera transferido a otra unidad médica en un término de 24 horas, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.
2. **Diabetes mellitus (DM) descompensada.** Cualquier paciente que al ser atendido en urgencias fuera diagnosticado como tal, que fuera hospitalizado o mantenido en urgencias al menos 24 horas, que no presentara complicaciones como neuropatía, nefropatía, retinopatía como origen de ese ingreso hospitalario, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.
3. **Hernioplastía.** Cualquier paciente programado para cirugía de hernia umbilical, inguinal o abdominal, ya sea ambulatoria u hospitalaria, que aceptara participar y firmara el consentimiento informado.

Se diseñaron instrumentos de recolección de datos *ex profeso*, para cada diagnóstico, tanto para la calidad interpersonal como para la calidad técnica. Las listas de cotejo para los expedientes se estructuraron con base en los indicadores de calidad técnica utilizados internacionalmente, y en las guías de atención que fueron desarrolladas y validadas por los colegios y asociaciones médicas correspondientes, así como con las normas oficiales mexicanas, cuando las hubo.

Durante la fase inicial, de tipo cuantitativo, se aplicó una encuesta a los usuarios y una guía de cotejo a los expedientes clínicos hospitalarios. Se capacitó a enfermeras y trabajadoras sociales para la aplicación de los cuestionarios a los pacientes, y a médicos internistas como verificadores de la calidad técnica a través del cotejo de los registros del evento hospitalario. Después de dicha capacitación se realizó durante cuatro meses el trabajo de campo en cada uno de los nueve hospitales participantes. El procedimiento realizado una vez que se identificaron los casos en los servicios hospitalarios y de urgencias fue: la firma del consentimiento informado, la aplicación del cuestio-

nario durante la estancia del paciente y, finalmente, la revisión del expediente después del egreso del paciente. Ningún expediente salió de las instalaciones hospitalarias.

En la fase cualitativa se aplicaron guías de entrevista para los responsables de enseñanza y calidad en cada hospital, guía de discusión de grupo para médicos(as) y enfermeras(os) de los servicios donde regularmente se recibe y hospitaliza a los pacientes de los diagnósticos seleccionados; así como guías de observación de proceso aplicadas durante las visitas a los hospitales. Las entrevistas se realizaron en una hora y las sesiones de grupo en una hora y media y contaron siempre con la presencia de tres investigadores. Las sesiones fueron audiograbadas previo consentimiento informado y las observaciones se registraron en diario de campo de las y los investigadores.

Se construyeron índices, de acuerdo con la definición y grado de cumplimiento de los procesos de atención idónea, para cada uno de los diagnósticos seleccionados (cuadro II). El cuestionario, la lista de cotejo para los expedientes, las guías de entrevista y de discusión aplicadas al personal de salud, así como la de observación —a partir de los cuales se identificaron las expectativas del paciente, se calificó el grado de cumplimiento de los procesos de atención y las condiciones de infraestructura y organización— están a disposición de los lectores que lo soliciten.*

Resultados

Se obtuvieron en total 408 casos que cubrían los criterios de inclusión para los tres diagnósticos seleccionados, lo que representó un censo de los mismos en los hospitales participantes. El motivo de egreso más frecuente fue DM descompensada, 194 casos; seguido de hernioplastía, 143 casos e infarto agudo al miocardio 71 casos (cuadro III). La relación hombre/mujer en cada diagnóstico fue: 41%/59%, 55%/45% y 83%/17%, respectivamente. Igualmente, la edad de los y las pacientes correspondió a lo descrito en la literatura, siendo en promedio un poco más jóvenes los pacientes de DM, que los de las otras dos patologías. Los pacientes procedían principalmente de medio urbano; tenían escolaridad baja (primaria) a excepción de los atendidos por infarto (bachillerato o más); 21% de los hombres eran desempleados y 80% de las mujeres, amas de casa.

Con base en la opinión de la percepción de la *calidad interpersonal* recibida por los y las pacientes durante su episodio de hospitalización, de la evaluación de la calidad técnica y la exploración —a mayor profundidad— de los contenidos del discurso social presente en proveedores de servicio fue posible integrar las siguientes categorías de análisis.

Género y entorno organizacional

En este apartado se da cuenta de las *condiciones para la calidad de la atención*. Las condiciones de infraestructura y organizacionales en que se proveyó la atención a los pacientes participantes

* A la doctora Ofelia Poblano V: opoblano@correo.insp.mx

CUADRO II

Construcción de índices y ponderación del puntaje global, con base en el proceso de atención, de tres diagnósticos seleccionados. México, 2005

Construcción del índice de diabetes mellitus

	Códigos	Valor mínimo	Valor máximo
Puntaje global	1 a 23 25 a 29	0	28
Historia clínica	1 a 3	0	3
Examen clínico	4 a 15	0	12
Laboratorio y gabinete	16 a 21	0	6
Monitoreo y ajuste	22 a 23	0	2
Nutrición y educación	25 a 29	0	5
Total			28

Construcción del índice de infarto agudo del miocardio

	Códigos	Valor mínimo	Valor máximo	Multiplicador
Puntaje global	1 a 6 8 a 31	0	30	
Sintomatología	1 a 6	0	6	1
Examen clínico	8 a 12	0	5	1
Laboratorio y gabinete	13 a 19	0	7	1
Manejo farmacológico	20 a 27	0	8	2.5
Manejo invasivo	28 a 31	0	4	1
Total			30	

Construcción del índice de hernioplastia

Categoría	Indicador	Calificador Sí	Multiplicador	Puntaje
Laboratorios	Biometría hemática	1	1	1
	Grupo y Rh	1	0.5	0.5
	Tiempo de protombina	1	1	1
	Tiempo de tromboplastina parcial	1	0.5	0.5
	Glucosa sérica	1	1	1
	Urea y creatinina	1	0.5	0.5
	Subtotal			4.5
Valoraciones	Preanestesia	1	0.5	0.5
	Cardiovascular	1	1	1
	Consentimiento informado	1	2	2
	Subtotal			3.5
Procedimiento quirúrgico	Hernia inguinal o crural (mutuamente excluyentes)	1	1	1
	Otra	1	0	0
	Cirugía ambulatoria	1	1	1
	Cirugía hospitalaria	1	0	0
	Reparación por laparatomía	1	1	1
	Reparación por laparoscopia	1	2	2
	Con aplicación de malla	1	0	0
	Anestesia local o regional (una excluye la otra)	1	1	1
	Anestesia general	1	0	0
	Complicaciones	0	-3	-3
	Subtotal			6
Medicación	Antibiótico profiláctico	1	2	2
	Analgésico	1	2	2
	Tiempo de aplicación 0" a 30"	1	1	1
	Subtotal			5
Posoperatorio	Analgésico al egreso	1	1	1
	Instrucciones posquirúrgicas	1	1	1
	Consulta posquirúrgica	1	1	1
	Subtotal			3
Total del índice				22

CUADRO III

Acumulado de casos (octubre 2004 a enero 2005). Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género, en entidades federativas de México

Estado	Hospitales	Diabetes mellitus	Hernioplastía	Infarto
Nuevo León	H. General Metropolitano, Monterrey	22	18	22
Veracruz	H. Civil Luis F. Nachón, Xalapa	22	26	4
	H. Regional, Veracruz	23	18	5
	Centro de Especialidades Médicas Dr. Rafael Lucio (CEMEV), Xalapa	19	11	6
Yucatán	H. General Agustín O'Horan, Mérida	16	18	16
	H. General, Tizimín	9	4	1
Guanajuato	H. General, León	36	32	7
	H. General, Irapuato	28	8	3
Querétaro	H. General, Querétaro	19	8	7
Totales		194	143	71

Referencias

1. Sheifer S. Acute ischemic heart disease: Race and sex differences in the management of coronary artery disease. *Am Heart J* 2000;39(5):848-5.
2. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Gender disparities in clinical decision making. *JAMA* 1991;266:559-62.
3. Stone PH, Thompson B, Anderson HV *et al.* Influence of race, sex, and age on management of unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction: The TIMI III registry. *JAMA* 1996;275:1104-12.
4. Schulman KA, Berlin JA, Harless W *et al.* The effect of race and sex on physicians recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1999;340:618-26.
5. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM *et al.* Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1991;325:226-30.
6. Krumholz HM, Douglas P, Lauer M, Pasternak RC. Selection of patients for coronary angiography and coronary revascularization early after myocardial infarction: Is there evidence for a gender bias? *Ann Intern Med* 1992;116:785-97.
7. Health Canada. Exploring concepts of gender and health. Ottawa, Ontario: Women's Health Bureau, Health Canada; 2003: 20-24.
8. Cleeland CS, Gonin R, Baez L *et al.* Pain and treatment of pain in minority patients with cancer. *Ann Intern Med* 1997;127:813-16.

era deficiente. Si bien algunos hospitales presentaban una infraestructura y equipamiento más renovados, esto no fue condición suficiente para proveer atención de calidad.

Se estableció que las diferencias entre los prestadores de servicio hombres y mujeres afectaban la participación en el trabajo, dinámica en torno a la cual las mujeres privilegiaban el hogar sobre el trabajo y los hombres tenían el reconocimiento de 'saber ejercer más la autoridad'. Este es un ejemplo de la dinámica de género mostrando su influencia sobre aspectos organizacionales relevantes para el logro de la calidad.

Los organigramas de todas las entidades mostraron la superioridad numérica de los hombres en los puestos de mando, desde el primer hasta cuarto nivel. Esta misma conformación del cuerpo de gobierno se observó en el personal médico que dio atención a los tres padecimientos seleccionados, donde las médicas representan 20% del personal en el área de medicina interna y menores proporciones o ninguna en cirugía o especialidades críticas. Sólo los estados del centro del país contaban con una mayor participación femenina, tanto en el cuerpo de gobierno como en el médico.

Manejo del concepto de equidad de género y atención médica

El discurso de los proveedores en torno a la equidad de género fue insistente en plantear que este tema es secundario a la equidad financiera y la justicia social en los servicios de salud. Sin embargo, la evaluación de la calidad técnica mostró diferencias significativas en algunos aspectos de la calidad de la atención recibida por hombres y por mujeres, diferencias que no necesariamente tienen como base las necesidades de tipo biológico, y para las que es necesario plantear explicaciones de índole sociocultural. El desempeño en los procesos críticos en todos los hospitales participantes fue deficiente. Los siguientes aspectos fueron los más relevantes:

- El cumplimiento de los procesos considerados idóneos para la atención de los casos de cada uno de los padecimientos en estudio fue bajo: 50.64% en DM descompensada, 58.95% en hernioplastía, y 62.02% en infarto agudo del miocardio.
- Sólo se observó diferencia significativa en el índice global ponderado de hernioplastía ($p=0.05$), mientras que para los índices globales de DM e IAM no hubo diferencia (cuadros IV-VI).

- Los subprocesos de atención más afectados fueron: en DM, el examen clínico y la orientación educativa en medidas nutricionales y de autocuidado (41.2 y 29.4%), en especial para las mujeres en hernioplastía, la realización y registro del acto quirúrgico y la medicación (analgésica y antibiótica) con 43.8 y 31.2% de cumplimiento, en detrimento de las mujeres; y para IAM, el manejo de medicación y de técnicas invasivas consideradas de alto compromiso para el pronóstico del paciente, con 54.5 y 21.7%, respectivamente.
- Algunas diferencias que es necesario estudiar más a fondo fueron: a) la atención brindada por parte del personal médico en el examen clínico y en la solicitud y realización de estudios diagnósticos, ante la presencia de IAM en las mujeres; b) los promedios de estancia hospitalaria —en los tres diagnósticos— siempre fueron mayores para los hombres que para las mujeres; y, c) la preferencia de las médicas por técnicas quirúrgicas menos invasivas y más costo-eficientes.

CUADRO IV

Índice de calidad técnica en la atención de diabetes mellitus descompensada, por sexo. México, 2005			
	Hombres	Mujeres	<i>p</i> *
	81	113	
Puntaje global			
Media	14.75	13.77	0.08
DE	4.29	3.62	
Mín-Máx	6-27	7-24	
Historia clínica			
Media	2.33	2.48	0.1
DE	0.8	0.68	
Mín-Máx	0-3	0-3	
Examen clínico			
Media	5.53	4.96	0.02
DE	2.29	1.83	
Mín-Máx	0-12	0-10	
Laboratorio y gabinete			
Media	3.72	3.55	0.1
DE	0.77	0.84	
Mín-Máx	2-6	0-5	
Monitoreo y ajuste			
Media	1.66	1.70	0.1
DE	0.54	0.47	
Mín-Máx	0-2	0-2	
Nutrición y educación			
Media	1.67	1.32	0.1
DE	1.78	1.55	
Mín-Máx	0-5	0-5	

* Prueba de dos muestras con varianzas iguales

9. Gale EA, Gillespie KM. Diabetes and gender. *Diabetologia* 2001;44(1):3-15.

10. Jonsson PM, Sterky G, Gäfvels-Bsw C, Östman J. Gender equity in health care: The case of Swedish diabetes care. *Health Care Women Int*2000;21(5):413-31.

11. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA* 1993;269:1537-39.

12. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(5/6):454-61.

13. Secretaría de Salud. Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. México, DF: SSA; 2003: 38-39.

14. Secretaría de Salud – Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: INSP, SSA; 2003:93-101.

CUADRO V

Índice ponderado de calidad técnica en la realización de hernioplastía, por sexo. México, 2005			
	Hombres	Mujeres	<i>p</i> *
Puntaje global ponderado			
Media	13.35	12.48	0.05
DE	2.59	2.82	
Mín-Máx	6-18	0-16	
Laboratorios			
Media	4.05	3.91	0.3
DE	0.66	0.83	
Mín-Máx	1-4.5	0-4.5	
Valoraciones			
Media	2.35	2.48	0.6
DE	1.25	1.99	
Mín-Máx	0-3.5	0-3.5	
Procedimiento quirúrgico			
Media	2.80	2.40	0.01
DE	1.06	0.71	
Mín-Máx	-2 - 4	0-4	
Medicación			
Media	1.58	1.53	0.6
DE	0.69	0.74	
Mín-Máx	0-3	0-3	
Posoperatorio			
Media	2.57	2.14	0.003
DE	0.70	1	
Mín-Máx	0-3	0-3	

* Prueba de dos muestras con varianzas iguales

CUADRO VI

Índice ponderado de calidad técnica en el proceso de atención al infarto agudo del miocardio, por sexo

	Hombres 59 (83.1%)	Mujeres 12 (16.9%)	p*
Puntaje global ponderado			
Media	25.89	26.79	0.2
DE	5.29	3.82	
Mín-Máx	13-36	16.5-31	
Sintomatología			
Media	3.67	3.25	0.8
DE	1.43	1.05	
Mín-Máx	1-6	2-5	
Examen clínico			
Media	4.69	4.75	0.4
DE	0.96	0.86	
Mín-Máx	0-5	2-5	
Laboratorio y gabinete			
Media	5.94	6.16	0.2
DE	1.22	0.71	
Mín-Máx	0-7	5-7	
Manejo farmacológico			
Media	10.67	11.87	0.1
DE	0.57	3.86	
Mín-Máx	2.5-20	2.5-17.5	
Manejo invasivo			
Media	0.89	0.75	0.8
DE	0.54	0.45	
Mín-Máx	0-2	0-1	

* Prueba de dos muestras con varianzas iguales

Perspectiva de género en las relaciones sociales y percepción de calidad en la atención

Esta categoría da cuenta de la percepción de los usuarios respecto a la calidad, así como de los contenidos vertidos por los proveedores de servicio durante las sesiones grupales y la observación realizada en campo. Las expectativas de los usuarios hacia la calidad de la atención en los hospitales públicos fueron bajas, por lo que la evaluación de la misma resultaba alta. Además, aunque con diferencias pequeñas, no siempre significativas, los hombres otorgaron calificaciones más altas a la calidad de la atención ofrecida por el personal de salud y a la satisfacción en general; sin embargo, y de forma contradictoria, también fueron un poco más asertivos en expresar desacuerdo o queja con los procesos hospitalarios, en especial de interacción con el personal de salud, tales como la información recibida, la identificación del personal y la oportunidad de la atención.

Los roles que las mujeres desempeñan en sus hogares y demás ámbitos de la vida diaria, se reproducen en los hospitales cuando ellas (por igual enfermeras, médicas o acompañantes) se convierten en cuidadoras de los enfermos con más frecuencia que los hombres, sobre todo en estados con mayor marginación,

como Veracruz y Yucatán. La relación médico paciente se ve influida por el género, principalmente para las mujeres; en los tres diagnósticos se encontraron preferencias significativas de las pacientes de ser atendidas por médicas, a la vez que éstas atendieron en mayor porcentaje a mujeres que a hombres.

Conclusión general

La construcción social denominada género está presente en todas las interacciones que se llevan a cabo en el ámbito de la atención hospitalaria. Los indicadores de calidad técnica utilizados fueron lo suficientemente robustos como para identificar que la atención médica en los hospitales participantes —al menos en los diagnósticos seleccionados— era deficiente. Fue posible probar estadísticamente algunas diferencias encontradas en la atención recibida entre hombres y mujeres a través de dichos indicadores, en especial en la atención de hernia y de diabetes mellitus.

En relación con lo anterior, los estereotipos de género encontrados en los pacientes, tanto durante la observación como a través de la encuesta realizada, permiten señalar que las mujeres que acuden a los servicios de las Secretarías Estatales de Salud repiten durante su estancia en el hospital los patrones de pasividad y permisividad aprendidos, mientras que los hombres pueden expresar algún desacuerdo con la atención recibida, aunque para ambos la satisfacción percibida finalmente sea alta.

El personal de salud, en especial el masculino, no considera que la equidad de género sea un problema prioritario para el sistema de salud, ni para la atención a los pacientes, ni para las relaciones laborales. El personal de salud femenino, por su parte, se encuentra en una etapa de transición, donde lucha por acceder a niveles profesionales y laborales superiores reconociendo la existencia de limitaciones, la mayoría en el ámbito social y político, y aceptando que la presencia del papel “de madre y esposa” y la influencia del entorno familiar también son condicionantes para autolimitarse. Bajo la influencia de este mismo contexto sociocultural, las médicas tienen escasa participación en las especialidades consideradas “críticas” y en la atención a pacientes de mayor complejidad.

Los resultados de este estudio señalan, sin lugar a dudas, que el campo de análisis de la dinámica organizacional y de la calidad de la atención desde la perspectiva de género ofrece un marco muy enriquecedor para la comprensión del proceso de la relación médico paciente, así como de las relaciones de colaboración y de jerarquía necesarias en el ámbito laboral.

Mujer y drogas

Graciela Alpízar-Ramírez, Patricia Gómez-Martínez, Luis Jesús Sandoval-Quintero.
Mujer y drogas. México, DF: Centros de Integración Juvenil, AC; 2004

Se trata de un libro publicado en el año 2004, bajo el auspicio de los Centros de Integración Juvenil, AC, cuyos autores: Graciela Alpízar Ramírez, Patricia Gómez Martínez y Luis Jesús Sandoval Quintero, además de sus aportaciones, integraron las de 11 profesionales en las materias relacionadas con el tema.

Kena Moreno coordinó la obra y el artista plástico José Luis Cuevas aportó las ilustraciones. El Prefacio fue escrito por el Dr. Jesús Kumate, Presidente del Patronato Nacional de los Centros de Integración Juvenil, AC.

En la obra se parte de la consideración de que el consumo de drogas en México es un problema de salud pública creciente que requiere de estrategias para combatirlo.

La problemática de las adicciones ha afectado más extensamente a los hombres; sin embargo, en años recientes el consumo por parte de las mujeres ha aumentado enormemente. En este trabajo en particular se observa, analiza y reflexiona sobre el consumo en las mujeres, sus determinantes, consecuencias y alternativas para enfrentar este fenómeno social.

El texto muestra los resultados de un trabajo con abordaje multidisciplinario, en el que el *género* se aplica transversalmente de manera importante.

Los autores brindan información documentada y actual sobre la relación de las mujeres con las drogas. Su población objetivo son, particularmente, padres y madres de familia, maestras y maestros, y orientadoras y orientadores.

En la obra se asume y se demuestra que la adicción en las mujeres es diferente a la de los hombres, tanto en los motivos que la originan, como en las drogas que consumen y, por lo tanto, en las especificidades a considerar para intervenciones integrales.

Inicialmente se presenta y se explica la categoría de género como una herramienta que ayuda no sólo a “entender los procesos de diferenciación y de relación entre hombres y mujeres”, sino que también apoya en la estructuración de “propuestas de transformación de estilos de vida tradicionales, basados en las costumbres sociales”, de ahí que en este apartado se desarrollen los conceptos fundamentales de la perspectiva de género y se aborden los temas de la subjetividad y la violencia.

Esta parte inicial es fundamental, pues facilita a los lectores la comprensión de la manera como el *género* se entrelaza con todos los temas tratados a lo largo del libro.

Para continuar, se explican profusamente aspectos socioculturales y técnicos y se rescata tanto información estadística, como de resultados de estudios recientes, para mostrar las diferentes sustancias adictivas, sus formas de consumo, sus factores de riesgo individuales, familiares y sociales, así como sus efectos sobre el organismo, y las alternativas para atender las adicciones.

En otro apartado se expone el significado cultural del estigma y se vincula con las adicciones, en particular cuando se manifiesta en las mujeres. La parte sustancial del planteamiento es que las mujeres adictas sufren de formas de estigmatización más pronunciadas que los varones.

Los autores explican que “existe un concepto altamente negativo que asocia a la adicción femenina con la promiscuidad sexual; se dice que una mujer adicta ha perdido todos sus valores y principios, por lo que no es capaz de criar y educar a sus hijos y, como tiene menor poder y estatus que el hombre, para la sociedad una mujer adicta es peor que un hombre adicto” (p. 106). Esta situación constituye lo que los autores denominan “doble estigma” y subrayan la necesidad de romperlo a través de “una concepción que incluya las diferencias de género y permita diseñar programas de atención específicos, en el entendido de que existe un proceso de desarrollo psicosocial distinto entre hombres y mujeres que es necesario modificar” (p.116).



Se presenta también un extenso análisis sobre la familia. En primer lugar, aclaran que es importante considerar la existencia de muchos tipos de familias que, como grupos sociales, han tenido cambios a través de la historia por lo que actualmente prevalecen muy variadas formas de organización familiar: nuclear, monoparental, con jefatura femenina, reconstituidas, con adopción, de migrantes, matrimonios internacionales, parejas homosexuales y familias mixtas. Todas esas formas implican cambios en el tamaño, la estructura, las relaciones, los roles de género y la convivencia entre sus integrantes. En el capítulo también se abordan los temas de conyugalidad, parentalidad y grupo fraterno.

En el apartado “Las funciones de la familia” se afirma que “En las familias de jóvenes adictos se ha observado que las funciones de normatividad y de nutrición afectiva son deficientes y que dan por resultado falta de seguridad, baja autoestima y búsqueda de aceptación en los grupos de pares que le dan seguridad”.

Se plantea que actualmente nos enfrentamos a cambios concretos en las familias, por lo que se requiere adecuar los patrones culturales, los cuales tardan más tiempo que los sociales. “Las familias mexicanas transitan entre dos fuerzas: una que exige el cambio en la cotidianidad, en la manutención del hogar y el trabajo doméstico compartido por hombres y mujeres, y otra que reclama que todo permanezca igual: la jefatura masculina y el cuidado de los hijos asignado a las mujeres” (p.137). Este fenómeno ha repercutido en las familias aumentando los reclamos entre las parejas, el estrés, la ansiedad y la violencia familiar, así como el “incremento de las adicciones, cuyo inicio ocurre a edades cada vez más tempranas” (p.138).

Respecto al tema de la familia se manifiesta que “en la medida en que transformemos nuestros conceptos de lo que deben ser y hacer las mujeres y los hombres, en la proporción en que logremos cambiar las expectativas de género y de lo que debe ser una familia, iremos accediendo a nuevas formas de vida en común que ocurrirán de manera paralela a las profundas transformaciones sociales que ya estamos viviendo” (p.139).

El capítulo “Familia, género y adicciones” tiene como eje el análisis de los factores asociados con el consumo de drogas en la familia, entre éstos destacan:

- Baja percepción de riesgo relacionado con el consumo de tabaco, alcohol, drogas de uso médico y otras sustancias.
- Repetición en por lo menos tres generaciones de consumo de alcohol, roles de género y depresión de alguno de sus miembros.
- Hijos inmiscuidos en los conflictos de los padres.
- Violencia familiar y abuso sexual en la infancia.
- Una serie de trastornos asociados presentes en otros miembros de la familia.
- Redes de apoyo extrafamiliar débiles.

También se expone una serie de trastornos asociados con las adicciones, tales como la depresión, el estrés postraumático, los trastornos de alimentación, las influencias culturales, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, las familias multiestresadas. Y se explican los factores individuales, familiares y sociales relacionados con el consumo de drogas en las mujeres.

En el libro se realiza el análisis profundo y bien documentado de la “Violencia familiar”. Se desarrolla ampliamente el concepto de violencia, se destaca la importancia de la problemática usando como base datos generados por la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, realizada por la Secretaría de Salud en 2003.

Se exponen los diferentes tipos de violencia familiar: física, emocional, sexual, abandono, negligencia u omisión, y financiera o económica, maltrato a menores, y se tratan los factores asociados a ellas.

También se ocupan de la violencia en adolescentes, y de la conyugal o de pareja, resaltando las características emocionales de las mujeres que sufren maltrato; además, abordan el tema del ciclo de la violencia doméstica.

El capítulo que cierra el libro, “Recomendaciones para los padres o responsables de los hijos”, constituye una útil aportación para prevenir e identificar los riesgos y los daños en nuestros seres cercanos y tomar las medidas pertinentes.

Llama la atención positivamente la insistencia de los autores en destacar lo indispensable que resulta actualmente esforzarnos por construir nuevas formas de feminidad y masculinidad, con la consecuente desmitificación de los estereotipos, y la promoción de la igualdad de derechos y responsabilidades entre mujeres y hombres, así como de su libertad para elegir estilos de vida, sobre la base de la tolerancia y el respeto.

El último apartado de este capítulo tiene un sentido muy práctico, pues brinda elementos para detectar y tratar adecuadamente la problemática que implica cualquiera de las adicciones tratadas en el texto.

Así pues, el libro *Mujer y drogas* constituye una valiosa aportación al análisis de un aspecto de la salud de la población, tratado con una perspectiva integral en la que juega un papel relevante la aplicación del enfoque de género. Queda pendiente un abordaje en el que se integre al análisis la población rural y se dé mayor importancia a las clases sociales, en tanto son elementos que revelan otras especificidades de la gran problemática social.

Cecilia Robledo Vera

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva,
Secretaría de Salud, México.

¡Cada madre y cada niño contarán!

Organización Mundial de la Salud.
Informe sobre la Salud en
el Mundo 2005. *¡Cada madre y cada niño contarán!*
Panorama General. Ginebra, Suiza: OMS; 2005

En esta publicación que nos entrega la Organización Mundial de la Salud, el *Informe sobre la salud en el mundo 2005*, el director general, Lee Jong-wook, menciona en su mensaje que las madres, los recién nacidos y los niños son el bienestar de una sociedad y su potencial futuro, y que si bien las propias familias y las comunidades pueden hacer mucho para corregir la mortalidad materna e infantil que todavía presenciamos, también es una responsabilidad pública. En ese sentido, señala la fragmentación de los servicios de salud frente a la necesidad de una continuidad asistencial desde el embarazo y el parto, hasta la infancia. Destaca que el mundo necesita sistemas de salud coherentes, integrados y eficaces, capaces de responder a las necesidades de salud, por lo cual es necesario apoyar a los países que trabajan por lograr el acceso universal a los servicios y la protección financiera para todos los niños y las madres. De esa manera, cada madre, cada recién nacido y cada niño obtendrían la atención requerida —sin sufrir gastos catastróficos ni enfrentar la pobreza debido a los costos de tal atención—, y avanzaríamos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y más.

La preocupación por la salud de la madre y el niño está inmersa en la de lograr los ODM. En este documento también se señala un cambio de actitud frente a la atención materno infantil: de ser programas bienintencionados de carácter técnico, al derecho de recibir atención de calidad, con el Estado como garante, lo que la convierte en un imperativo moral y político; además, plantea que en lugar de hablar de la salud de la madre y el niño se empiece a hablar de la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Para asegurar esa atención ininterrumpida se requieren sistemas de salud amplios, fuertes, que aseguren el acceso universal a los servicios de salud, lo cual, se alcanzaran los ODM, podría beneficiar la vida de millones de personas.

Dentro del panorama general se comenta que muchos países han conseguido mejorar la salud y el bienestar de las madres, los recién nacidos y los niños, y que precisamente aquellos con morbilidad y mortalidad más altas son los que menos han avanzado en la década de los noventa; en algunos incluso se han registrado retrocesos en la mortalidad materna, neonatal y en la niñez. Es en estos últimos donde ha habido insuficientes inversiones en los sistemas de salud, dificultades en la organización del acceso a la atención materno infantil eficaz, recesiones económicas y crisis de recursos humanos sanitarios exacerbados por la pobreza y la epidemia de VIH/SIDA, favoreciendo un contexto de exclusión, de grandes desigualdades. Además, los enfoques de los programas a menudo han conducido a su fragmentación, lo cual dificulta la continuidad en la prestación de los servicios y su profesionalización.

Por considerarlo de interés para sus lectores, *Género y Salud en Cifras* presenta una reseña del Resumen elaborado por la OMS acerca del **Panorama General**, del **Informe sobre la Salud en el Mundo 2005**.



Se dispone de los conocimientos técnicos necesarios para dar respuesta a muchos de los problemas y riesgos relacionados con la salud y supervivencia materna, neonatal y de la niñez, y la experiencia en atención prenatal ha mostrado que las intervenciones eficaces sirven como plataforma para otros programas de salud; por ejemplo, se puede aprovechar la atención prenatal para que las embarazadas se preparen para el parto o para enfrentarse a un entorno laboral o escolar hostil. Adoptar las decisiones técnicas y estratégicas adecuadas se traduce en mejoras en los ámbitos sociales, políticos y jurídicos; es el caso de atender las necesidades en materia de anticoncepción, información y educación, o de facilitar el acceso a una atención posaborto de calidad, acorde con las necesidades de la paciente y con el marco jurídico establecido.

Los sistemas de salud enfrentan grandes retos; uno de los principales es la atención de los 136 millones de partos que ocurren cada año, los cuales se espera aumenten conforme los jóvenes vayan alcanzando la edad reproductiva, junto con el desafío que implican en aquellos lugares donde es más peligroso dar a luz. Si las mujeres recibieran una atención especializada y sensible a sus necesidades, durante y después del parto, se podrían evitar casi la totalidad de los desenlaces fatales y las secuelas discapacitantes. Además, para lograr un grado óptimo de seguridad es importante que den a luz cerca de su hogar, en un ambiente donde se respeten sus valores culturales al respecto; idealmente, atendidas por una partera o personal sanitario capacitado, en un servicio descentralizado de primer nivel de atención a la salud. De requerirse, se debe contar con el apoyo coordinado de un hospital.

Igualmente necesaria es la atención especializada durante las primeras semanas siguientes al parto —en las cuales se produce la mitad de las muertes maternas, y las responsabilidades de los servicios de salud no son claras—. También en este periodo se observa una brecha en la atención neonatal, pues los problemas de salud de los recién nacidos no están incluidos en los programas de maternidad sin riesgo ni en las iniciativas de supervivencia infantil; mientras tanto, la mortalidad neonatal representa una proporción importante de la mortalidad en niños menores de cinco años de edad. Así, los ODM relacionados con la mortalidad en la niñez no se alcan-

zarán si no se abate dicha proporción, para lo cual no se necesitan tecnologías costosas sino sistemas de salud que brinden atención ininterrumpida desde antes del embarazo hasta el parto y el puerperio, incluyendo la participación de profesionales sanitarios especializados y asegurando el tránsito de la atención del lactante desde los servicios de salud materna a los de salud infantil.

Se necesitan enfoques integrados que, además de centrarse en los problemas de salud más frecuentes en la infancia, se ocupen del crecimiento y desarrollo de los menores. En ese sentido, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) está acercando la atención sanitaria a los hogares a partir de tres componentes: a) ampliar los conocimientos del personal de salud para tratar enfermedades y asesorar a las familias; b) fortalecer el apoyo del sistema de salud, y c) mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para criar hijos sanos y afrontar las enfermedades que surjan. El reto es poner la AIEPI al alcance de todas las familias y crear las condiciones necesarias para que éstas la aprovechen.

El acceso universal a la atención de la salud es el proyecto donde pueden confluir las aspiraciones de una continuidad asistencial desde el embarazo y el parto hasta la niñez, establecida conjuntamente con las familias y las comunidades, dentro de sistemas de salud fortalecidos, que ubiquen a la atención materna, neonatal e infantil en el centro de sus estrategias de desarrollo; es decir, enmarcar la salud de las madres, los recién nacidos y los niños dentro de un proyecto político más amplio, que dé respuesta a la legítima demanda social de protección a la salud y acceso a la atención sanitaria de los ciudadanos.

En los próximos 10 años es técnicamente factible alcanzar a todos los niños mediante intervenciones de salud infantil que permitan cumplir los ODM. En los 75 países que acaparan el grueso de la mortalidad en la niñez, se precisarían para ello US\$ 52 400 millones, además de los gastos actuales, de los que US\$ 25 000 millones representan el gasto adicional en recursos humanos. Estos US\$ 52 400 millones equivalen a un incremento inmediato de 6% del promedio actual del gasto público en salud en esos países, que para 2015 debería aumentar a un 18%.

Respecto de la atención materna y neonatal, la meta del acceso universal es más lejana, habida cuenta de los diferentes escenarios para asegurar la expansión de los servicios en cada uno de los 75 países mencionados. Actualmente, cerca de 43% de las madres y los recién nacidos reciben algún tipo de asistencia, pero no toda la que se necesita para evitar al menos la mortalidad materna. En el mejor de los escenarios, se daría acceso a una gama completa de atención de primer nivel y de apoyo, en 2015, a 101 millones de madres (aproximadamente 73% del número previsto de partos) y a sus hijos. De ser así, se avanzaría en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el mundo, aun cuando los ODM relacionados con la salud de la madre no se alcanzaran en todos los países.

Lo más urgente es atender la escasez y el desequilibrio en la distribución de los profesionales sanitarios; para la extensión masiva de las actividades de atención al niño se precisa de aproximadamente 100 000 profesionales polivalentes a tiempo completo, que habría que complementar con 4.6 millones de agentes de salud comunitarios; para ampliar la cobertura de la atención materna y neonatal habría que formar, en la próxima década, al menos 334 000 parteras adicionales y mejorar la preparación de 140 000 profesionales sanitarios que brindan atención materna de primer nivel y 27 000 médicos que actualmente carecen de la competencia para ofrecer atención de apoyo. Además, para captar, retener y redistribuir a profesionales de calidad en la atención de estas áreas haría falta un aumento de 2% del gasto público actual en salud durante 10 años, hasta alcanzar un incremento de 17%, para lo cual se requeriría de la solidaridad internacional.

No basta con **aumentar la oferta de servicios** y **remunerar a los profesionales** de la atención sanitaria para asegurar un acceso universal, hay que eliminar las barreras económicas y ofrecer a los usuarios una protección financiera previsible contra los gastos catastróficos en la atención de la salud, independientemente de la forma como los países decidan hacerlo: con base en fondos recaudados mediante impuestos, en el seguro social de enfermedad o en una combinación de ambos. Se debe tener cuidado en no excluir a ningún grupo de la población y en que la atención materno infantil sea prioritaria y **financiada de manera coherente**. Este de-

nio previo al 2015 se puede caracterizar por la aceleración de los avances hacia la cobertura universal y por centrarse en los recursos humanos para la salud, lo cual significa acceso y protección financiera para todos los ciudadanos, de manera que ninguna madre, ningún recién nacido y ningún niño quedarán desatendidos.

Resumen de los capítulos

Capítulo 1. Las madres y los niños son importantes —y su salud también

En el siglo XX, la atención materno infantil dejó de considerarse un asunto doméstico y se convirtió en una de las prioridades de la salud pública. En los albores del siglo XXI, los ODM le han conferido un papel central en la lucha contra la pobreza y la desigualdad, determinando cómo se debe responder a los desiguales progresos en ese sentido hasta hoy registrados en el mundo.

Este capítulo presenta un resumen de la situación que guardan actualmente la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Los mayores avances se registran en los países que en la década de los noventa ya estaban bien posicionados; las menores mejorías, en aquellos que tenían las tasas más altas de mortalidad.

Las tasas de mortalidad de menores de cinco años cayeron de 146 por 1 000 nacidos vivos en 1970 a 79 por 1 000 en 2003; sin embargo, hacia el cambio de milenio esa tendencia mundial a la baja empezó a frenarse en algunos países. Se observaron mejoras en la atención materno infantil en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Europa, mientras que desaceleración de los avances en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. En 93 países, que representan 40% de la población mundial, dicha mortalidad está disminuyendo rápidamente; en otros 51, a los que corresponde 48% de la población mundial, los lentos progresos observados implican que se requiere un fuerte impulso para cumplir los ODM; 43 países, que comprenden el 12% restante de la población mundial y cuyos niveles de mortalidad ya eran altos, se encuentran en una fase de estancamiento o de retroceso.

Respecto de los recién nacidos, los datos fiables son recientes, pero de difícil interpretación. Las últimas estimaciones revelan que la



mortalidad neonatal es más alta de lo que se creía, pues representa 40% de las defunciones de menores de cinco años, y que menos de 2% de las muertes de recién nacidos ocurre en países de ingresos altos.

En el mundo, más de 300 millones de mujeres padecen actualmente alguna enfermedad atribuible al embarazo o al parto. De las 529 000 defunciones maternas que se registran anualmente, incluidas 68 000 provocadas por abortos peligrosos, sólo 1% ocurre en los países ricos. Aunque en los años noventa el uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto aumentó en todas las regiones, excepto en África Subsahariana, no hay grandes mejorías, y el subregistro de mortalidad materna y neonatal sigue siendo alarmante.

Capítulo 2. Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?

Este capítulo trata sobre las posibles explicaciones de los problemas a los que se ha enfrentado la salud materno infantil en muchos países. La lentitud de los avances, o el estancamiento o retroceso en la atención materno infantil se relacionan con la pobreza, las crisis humanitarias y, sobre todo en África Subsahariana, con los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA. Tales factores contribuyen a mantener o acentuar la exclusión del acceso a la atención sanitaria. Las características de la exclusión varían de un país a otro, así como los retos de política sanitaria varían de acuerdo con el modelo de exclusión. Los regímenes asistenciales con base en distritos sanitarios, apoyados por una red de centros de salud y un hospital de referencia han mostrado ser una fórmula racional al alcance de los gobiernos para organizar la prestación de servicios de salud descentralizada, aunque se requieren compromiso e inversiones a largo plazo para obtener resultados sostenidos.

Capítulo 3. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo

Asegurar una buena asistencia prenatal, encontrar formas adecuadas de evitar embarazos no deseados o enfrentar sus consecuencias y mejorar la atención de las mujeres embarazadas constituyen los elementos más importantes para mejorar el desenlace de los embarazos.

En el campo de la atención prenatal se han alcanzado logros ejemplares: ampliación de la cobertura mundial en 20% durante la década de los noventa y aumento sostenido en gran parte del mundo. La atención prenatal tiene el potencial —poco explorado— de promover modos

de vida saludables, así como de servir de plataforma para programas centrados en la malnutrición, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, el paludismo, la tuberculosis y la planificación familiar. En las consultas prenatales se pueden establecer planes de parto en circunstancias seguras y que ayuden a las embarazadas a prepararse para el maternaje.

Como orientaciones esenciales para el futuro se mencionan la necesidad de mejorar la calidad asistencial y seguir ampliando la cobertura, mejorar los entornos sociales, políticos y jurídicos para responder a problemas como el bajo estatus de la mujer, la violencia de género, la discriminación laboral y escolar o la marginación; es decir, eliminar las fuentes de exclusión social es tan importante como dar atención prenatal.

Se estima que anualmente se producen 87 millones de embarazos involuntarios, inoportunos o no deseados. La necesidad desatendida de invertir en materia de anticoncepción, información y educación para prevenir los embarazos no deseados persiste: más de la mitad de las mujeres afectadas —46 millones cada año— recurre al aborto inducido y 18 millones se someten a él en condiciones peligrosas; sin embargo, es posible evitar las 68 000 muertes y las discapacidades atribuibles a los abortos peligrosos; para ello es necesario garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a servicios de aborto y atención posaborto de buena calidad y acordes con sus necesidades.

Capítulo 4. Atender 136 millones de partos anuales

La prestación de una atención profesional especializada durante el parto puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la mujer como para el recién nacido. En este capítulo se examinan las principales complicaciones del parto y las causas de mortalidad materna más importantes (hemorragias, infecciones, eclampsia, parto obstruido y abortos peligrosos).

Todas las madres y todos los recién nacidos requieren una atención especializada, dispensada cerca de su hogar, respetando sus valores y modo de vida, ha de ser segura y estar a cargo de un profesional capaz de actuar inmediatamente si surgen complicaciones. El servicio del primer nivel de atención debe

estar apoyado por un hospital de referencia y funcionar de manera coordinada.

Capítulo 5. Los recién nacidos cobran más importancia

La asistencia neonatal ha estado desatendida debido a una falta de continuidad entre los programas de salud materna y los de salud infantil. Cada año nacen muertos casi 3.3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las defunciones durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes al parto o las registradas en los niños de entre 1 a 4 años de edad. La asistencia profesional especializada durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal es tan fundamental para el recién nacido como lo es para la madre, de ahí la necesidad de encontrar la manera más adecuada de dar continuidad a la atención durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la atención prestada a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido —etapa para la cual no hay una definición clara de las responsabilidades profesionales y programáticas.

En este capítulo se presentan una serie de puntos de referencia respecto de las necesidades en materia de recursos humanos y redes de servicios para facilitar a todos atención en el primer nivel y de apoyo en salud materna y neonatal. A pesar de las notables carencias de servicios y de recursos humanos, diversos escenarios para expandir los servicios sanitarios y avanzar hacia el acceso universal a una atención materna y neonatal, tanto de primer nivel como de apoyo, en 75 países permiten prever que la cobertura aumente de 43% en la actualidad (con un grupo mínimo de intervenciones) a cerca de 73% (con una gama completa de intervenciones) en 2015. Su puesta en práctica costaría US\$ 1 000 millones en 2006, que aumentarían progresivamente hasta llegar a los 6 000 millones en 2015; según estimaciones, el posible impacto de esta extensión disminuiría la mortalidad materna, entre 2000 a 2015, de un nivel global de 485 por 100 000 nacimientos a 242 por 100 000 nacimientos, y la mortalidad neonatal, de 35 a 29 por 1 000 nacidos vivos.

Capítulo 6. Replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo

Actualmente se dispone de intervenciones eficaces y técnicamente idóneas para reducir

la mortalidad en la niñez y mejorar la salud infantil, pero es necesario aplicarlas a mayor escala. A pesar de que los programas verticales desarrollados en las décadas de los setenta y ochenta dieron resultados rápidos y significativos, pronto se vio que conllevaban limitaciones y que era conveniente adoptar un enfoque más general respecto de las necesidades del niño, tanto para mejorar los resultados como para responder a una demanda real de las familias. Así, surgió la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia —una serie de intervenciones sencillas, asequibles y eficaces para tratar conjuntamente las principales enfermedades infantiles y la malnutrición—. Lo distintivo de la AIEPI es que ha modificado el enfoque de la atención infantil en el sistema de salud, asegurando una continuidad asistencial desde la familia y la comunidad, los servicios de primer nivel de atención a la salud, hasta los de referencia correspondientes, con énfasis en el apoyo psicosocial y la solución de problemas.

A medida que se avanza hacia una asistencia global e integrada también hay que buscar la cobertura universal, con lo cual la incidencia y la letalidad de los problemas de salud que causan la muerte de menores de cinco años de edad disminuirían, de manera tal que permitirían a los países acercarse a los ODM e incluso superarlos. La puesta en práctica de diversos escenarios para alcanzar cobertura plena en 75 países costaría US\$ 2 200 millones en 2006, hasta llegar paulatinamente a 7 800 millones en 2015.

Capítulo 7. Conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

En este último capítulo se analiza el lugar que ocupan la salud de la madre, el recién nacido y el niño en el contexto más amplio de los sistemas de salud, examinado como parte de la agenda, más extensa, del acceso universal. De esta manera, se enmarcan dentro de un proyecto político claro y sencillo: responder

a la legítima demanda de la sociedad, que solicita la protección de la salud de los ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria.

Para asegurar el acceso universal a los servicios de salud se requiere de una red asistencial que despliegue el personal de salud requerido para expandirlos, a sabiendas de la abrumadora falta de profesionales de la salud y su desigual distribución. Para contender con ello es necesario idear formas sostenibles de ofrecer una retribución competitiva e incentivos que contribuyan a captar, motivar y retener a agentes de salud competentes y productivos, para lo cual muchos países pobres requerirán ayuda. Sin embargo, además del reto relacionado con el personal, hay que reducir o eliminar las barreras económicas que dificultan el acceso y proporcionar al usuario una protección previsible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. Para tal efecto no se deben perder de vista dos condiciones: a) que no se excluya a ningún grupo de la población, y b) que los servicios de atención a la salud de la madre, el recién nacido y el niño se sitúen en el centro del conjunto de servicios a la población en materia de salud y se financien de manera coherente a través del sistema elegido (sistemas generalizados de prepago y mancomunación).

En la mayoría de los países, la mejor forma de garantizar la sostenibilidad financiera a corto y mediano plazo radica en contemplar todas las fuentes de financiación —externas e internas, públicas y privadas—. La canalización de fondos hacia sistemas de seguro generalizados, que costeen la expansión de las redes de atención sanitaria y aseguren la protección financiera, es la opción que ofrece mayores garantías de éxito para una financiación sostenible de la salud de la madre, el recién nacido y el niño y de los sistemas sanitarios de los que ésta depende.

Magda Luz Atrián Salazar
Género y Salud en Cifras.

PARA DESCIFRAR

Gasto nacional en atención de abortos, Secretaría de Salud, México, 2003

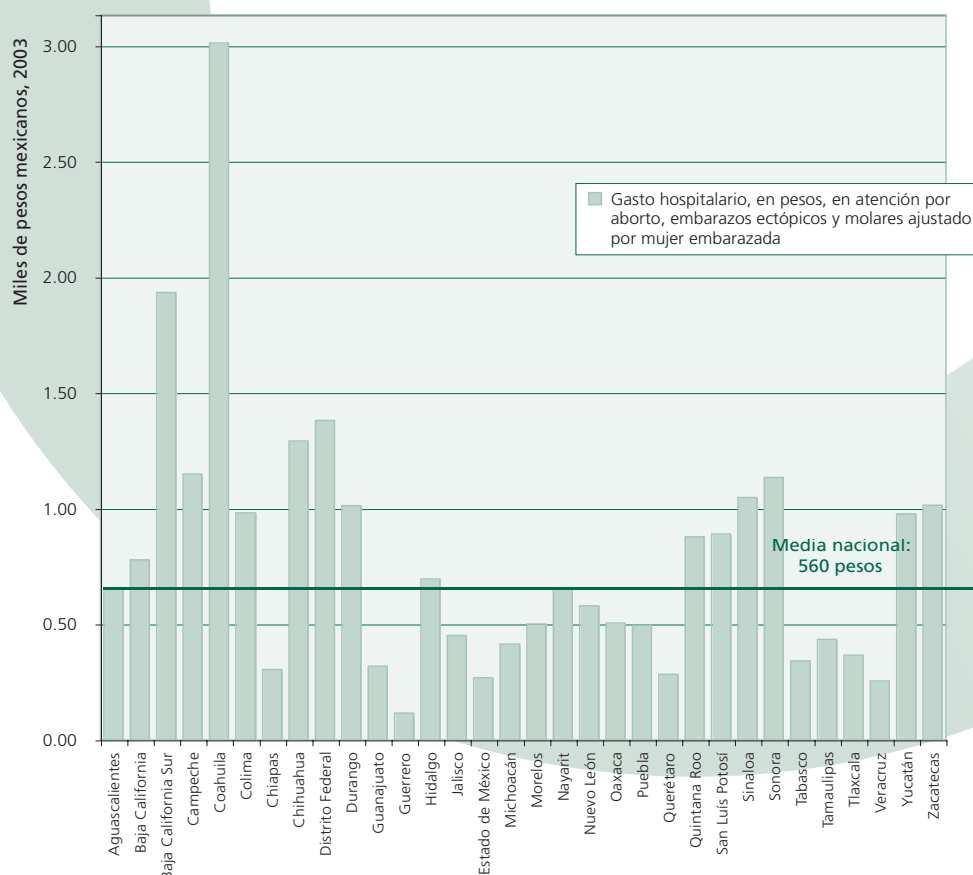
	Gasto hospitalario,* en atención por aborto, embarazos ectópicos y molares (CIE O00-O08)	Como porcentaje del gasto hospitalario total en salud reproductiva
Sector público		
Secretaría de Salud y Secretarías Estatales de Salud**	122 679.02	7.14
IMSS-Oportunidades	33 608.08	3.76
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	294 282.54	5.24
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	64 035.10	7.59
Sector privado		
Empresas de seguros privados	nd	nd
Pago de bolsillo	nd	nd
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)	1 501.65	7.89

* En miles de pesos

** Incluye gasto en Hospitales Federales de Referencia y Organismos Desconcentrados

nd: no hay datos

Gasto hospitalario en atención por aborto, embarazos ectópicos y molares, ajustado por mujer potencialmente embarazada.* México, 2003



* Mujeres potencialmente embarazadas, calculadas a partir de la tasa de natalidad y la población estatal (Consejo Nacional de Población). México en cifras. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>; World Health Organization (WHO). Mother-baby package costing spreadsheet. (Version 1.01. Ginebra: WHO, 1999).

Comentario: el gasto reportado corresponde a la atención de abortos, embarazos ectópicos y molares. Se estima que el gasto debido exclusivamente a abortos (CIE O03-O08) representa entre 59 y 87% del gasto total documentado.

NOTIGÉNERO

ENERO

Conferencia Internacional de Enfermería sobre Prevención y Manejo de Enfermedades Crónicas

Lugar y fecha: Bangkok, Tailandia, 25 al 27 de enero de 2006
Informes: <http://nursing.yale.edu/World/Regions/AsiaPacific/Thailand/conference.html>

Contacto: Renu Pookboonmee, RN, DNS Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand.
Fax: 662 246 4800
Correo electrónico: mahidol2006@yahoo.com

I Foro Social Mundial y II Foro Social de las Américas

Lugar y fecha: Caracas, Venezuela, 24 al 29 de enero de 2006

Informes: http://www.wsf2006.org/spanish/spanish/org_activity_list.php
Correo electrónico: fsmcaracas@forosocialamericas.org
Página web: <http://www.forosocialmundial.org.ve>

Congreso Internacional de Salud y Derecho

Lugar y fecha: México, Distrito Federal, 24 al 27 de enero de 2006

Convoca: Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM
Informes: Secretaría Académica del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
Correo electrónico: saij@servidor.unam.mx
Página web: <http://www.juridicas.unam.mx>
Teléfono: 5665 2436 Fax: 5665 3344
Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, 04510 México, D.F.
Teléfono: (52) (55) 5622 7464 o 78. Fax: (52) (55) 5665 2193

ENERO

II Foro y VII Congreso de las Américas en Ciencias de la Salud Familiar

Lugar y fecha: La Paz, Bolivia, 24 al 28 de enero de 2006
Convoca: Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Centro para Programas de Comunicación

Informes: Unidad de Postgrado Facultad de Medicina, Av. Saavedra N° 2246, Piso 13, Teléfono: 222 8062. Página web: <http://www.ops.org.bo/servicios/>

16th Annual Clinical Care of the Patient with HIV Infection

Lugar y fecha: Baltimore, MD, Estados Unidos, 13 al 14 de marzo de 2006
Informes: Office of Continuing Medical Education
Teléfono: 410 955 5880. Fax: 410 955 0807
Correo electrónico: cmenet@jhmi.edu

Congreso Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría/II Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto-Juvenil

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, 27 al 31 de marzo de 2006
(Palacio de Convenciones de La Habana)

Conferencia Internacional: "Impacto de los problemas mentales en las mujeres y los niños"

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, 27 al 31 de marzo de 2006

Convoca: Asociación Psiquiátrica Mundial (APM) / Grupo Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Cuba / Hospital Psiquiátrico de La Habana (HPH) / Sociedad Cubana de Psiquiatría.
Informes: <http://www.loseventos.cu/Eventos/datoeventsauspician.asp?cod=11747>

26th Annual Conference on Families and Health
Lugar y fecha: Austin, Texas, 1 al 5 de marzo de 2006
Convoca: Society of Teachers of Family Medicine
Contacto: STFM Tel: 800 274 2237, ext. 5415
Fax: 913 906 6096
Correo electrónico: stfmooffice@stfm.org
Página web: <http://www.stfm.org>

II Conferencia Internacional de Personas

viviendo con VIH y SIDA (PVVS) y VII Conferencia de Cuidados Domiciliarios y Comunitarios para PVVS

Lugar y fecha: Lima, Perú, 12 al 16 de marzo de 2006
Información: <http://www.living2005.org/>

MARZO

Maestría en Promoción, Comunicación y Salud

Lugar y fecha: La Paz, Bolivia, 1 de marzo de 2006 al 1 de febrero de 2007

Convoca: Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Centro para Programas de Comunicación

Informes: Unidad de Postgrado Facultad de Medicina, Av. Saavedra N° 2246, Piso 13, Teléfono: 222 8062. Página web: <http://www.ops.org.bo/servicios/>

16th Annual Clinical Care of the Patient with HIV Infection

Lugar y fecha: Baltimore, MD, Estados Unidos, 13 al 14 de marzo de 2006
Informes: Office of Continuing Medical Education
Teléfono: 410 955 5880. Fax: 410 955 0807
Correo electrónico: cmenet@jhmi.edu

Congreso Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría/II Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto-Juvenil

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, 27 al 31 de marzo de 2006
(Palacio de Convenciones de La Habana)

Convoca: Asociación Psiquiátrica Mundial (APM) / Grupo Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Cuba / Hospital Psiquiátrico de La Habana (HPH) / Sociedad Cubana de Psiquiatría.
Informes: <http://www.loseventos.cu/Eventos/datoeventsauspician.asp?cod=11747>

26th Annual Conference on Families and Health

Lugar y fecha: Austin, Texas, 1 al 5 de marzo de 2006

Convoca: Society of Teachers of Family Medicine

Contacto: STFM Tel: 800 274 2237, ext. 5415

Fax: 913 906 6096

Correo electrónico: stfmooffice@stfm.org

Página web: <http://www.stfm.org>

II Conferencia Internacional de Personas

viviendo con VIH y SIDA (PVVS) y VII Conferencia de Cuidados Domiciliarios y Comunitarios para PVVS

Lugar y fecha: Lima, Perú, 12 al 16 de marzo de 2006

Información: <http://www.living2005.org/>

ENERO

Metodología del Congreso Internacional de la Salud del Adulto Mayor

Lugar y fecha: La Paz, Bolivia, 24 al 28 de enero de 2006
Convoca: Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Centro para Programas de Comunicación

Informes: Unidad de Postgrado Facultad de Medicina, Av. Saavedra N° 2246, Piso 13, Teléfono: 222 8062. Página web: <http://www.ops.org.bo/servicios/>

Quinta Conferencia Internacional de Enfermería

Redes de Enfermería en la Lucha contra el Cáncer

Lugar y fecha: Panamá, Panamá, 24 al 28 de enero de 2006

Contacto: conferencia@unpanama.edu

Informes: www.unpanama.edu

Simposio Internacional de Cáncer de Mama

Lugar y fecha: La Paz, Bolivia, 24 al 28 de enero de 2006

Convoca: Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Centro para Programas de Comunicación

Informes: Unidad de Postgrado Facultad de Medicina, Av. Saavedra N° 2246, Piso 13, Teléfono: 222 8062. Página web: <http://www.ops.org.bo/servicios/>

Quinta Conferencia Internacional de Enfermería

Redes de Enfermería en la Lucha contra el Cáncer

Lugar y fecha: Panamá, Panamá, 24 al 28 de enero de 2006

Contacto: conferencia@unpanama.edu

Informes: www.unpanama.edu

