

Diagnóstico de la Atención Obstétrica en Unidades Médicas del Primer Nivel en Oaxaca

Karla de los Ángeles Pablo-Calderón^a, Miguel Ángel Colmenares-Martínez^a, Liliam Irasema García-Pérez^a, Reynaldo Canseco-García^a, Minerva Hernández-Cruz^a, Iván Rey Gómez-Ramírez^a

Resumen

La atención a la salud materna y perinatal es una prioridad nacional, por lo que en el estado de Oaxaca se realizan acciones dirigidas a la atención del embarazo que es el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del niño o niña; por tal motivo, mediante líneas de acción como ambulancia aérea, capacitación, etc., el estado Oaxaca ha logrado disminuir la razón de mortalidad materna en 2013 y 2014, ubicándose en el sexto¹ y undécimo lugar² a nivel nacional, respectivamente.

No obstante, en 2013 se presentó un parto sin asistencia fuera de las condiciones médico-sanitarias óptimas, por lo que el Consejo Nacional de Salud acordó que las entidades federativas diseñen estrategias enfocadas al Cero Rechazo Obstétrico. Mediante un estudio descriptivo transversal realizado en 2014, el presente trabajo refleja la situación actual de 52 unidades médicas de primer nivel de atención para la implementación de esta estrategia. Los resultados obtenidos identifican áreas de oportunidad principalmente en tres jurisdicciones sanitarias (Costa, Tlaxiaco y Valles Centrales) para la atención de partos eutócicos con la participación activa de los involucrados.

Con el presente estudio se propone instrumentar la Estrategia Cero Rechazo Obstétrico en 33 unidades médicas que cumplieron con las condiciones físicas y técnicas necesarias.

Palabras clave: Cero Rechazo Obstétrico, atención obstétrica, primer nivel de atención médica, accesibilidad.

Introducción

Actualmente la atención a la salud materna y perinatal es un aspecto que evidencia la cobertura y calidad de los servicios de salud y una de las prioridades a nivel nacional, por tal motivo en el estado de Oaxaca se realizan acciones dirigidas a la atención del embarazo que es el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina

Abstract

The focus on maternal and prenatal health is a national priority. In the state of Oaxaca targeted actions are directed to pregnancy care which is the physiological status of women that begins with fertilization and ends with labor and the child's birth. For this reason, using lines of action like air ambulances, training, etc., the state of Oaxaca has reduced the maternal mortality ratio in 2013 and 2014, ranking sixth² and ninth³ place at the national level, respectively.

However, in 2013 there was an unassisted childbirth outside of optimal medical and health conditions, that's why the National Health Council agreed that the states devise strategies aimed at Zero Obstetric Rejection. This paper reflects, using a cross-sectional study conducted in 2014, the current status of 52 medical units of primary care for the implementation of this Strategy. The results identify areas of opportunity mainly in three health districts (Costa, Tlaxiaco and Central Valleys) for the care of normal deliveries with the active participation of all involved parties.

The present study proposes to implement the Zero Obstetric Rejection Strategy in 33 medical units that met the physical and technical requirements.

Keywords: Zero Rejection Obstetrician, obstetric care, first level health care, accessibility.

con el parto y nacimiento del niño o niña; considerando que puede ser un parto normal (eutócico) o cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para su finalización (distócico).

Un aspecto relacionado con el embarazo es la mortalidad materna, definida por la Organiza-

^a Servicios de Salud de Oaxaca, J.P. García 103, Col. Centro, C.P. 68000, Oaxaca, México.

Correspondencia: Karla de los Ángeles Pablo Calderón
Servicios de Salud de Oaxaca
Correo electrónico: karlapablocalderon@gmail.com

ción Mundial de la Salud (OMS) como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del mismo debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales³.

En el año 2000, líderes mundiales de 189 países de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), suscribieron los Objetivos para el Desarrollo del Milenio, siendo uno de ellos, mejorar la salud materna y reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna (RMM)⁴.

La RMM es un indicador que refleja la brecha social existente entre los estados con mejor desarrollo y aquellos con mayor marginación⁵ como es el caso de Oaxaca, que históricamente ha ocupado los primeros lugares de marginación a nivel nacional. Sin embargo, la implementación de estrategias realizadas por el gobierno estatal para mejorar dicha situación dio como resultado que se disminuyera la RMM en 2013 y 2014, ubicándose este estado, en el sexto² y undécimo lugar³ a nivel nacional, respectivamente (Gráfico 1).

Razón tomada con recién nacidos vivos estimados, proyecciones CONAPO 2010 - 2030

Un principio básico de la constitución de la OMS⁶ es el siguiente: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción

de raza, religión, ideología política, condición económica o social." Por lo que en 2008, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017⁷ determinó que los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades, con base en las áreas de acción siguientes:

- Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.
- Fortalecer el acceso a los servicios, la seguridad financiera, la solidaridad en el financiamiento así como la dignidad y respeto a los derechos de los pacientes en la atención de la salud.
- Enfatizar la estrategia de la atención primaria de salud para progresar hacia un acceso universal y equitativo de la atención de la salud en las áreas rurales y periurbanas marginadas, donde los servicios son prácticamente inexistentes.
- Fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia así como el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y local, para facilitar la provisión de servicios de una forma integral y oportuna.
- Establecer un control de calidad con transversalidad en todo el sistema y los servicios de salud.

En concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en 2010 el Sistema Mesoamericano de Salud Pública⁸ planteó el Plan Estratégico para la Salud Materna con las metas de reducir 75% la mortalidad materna y 50% la mortalidad neonatal,

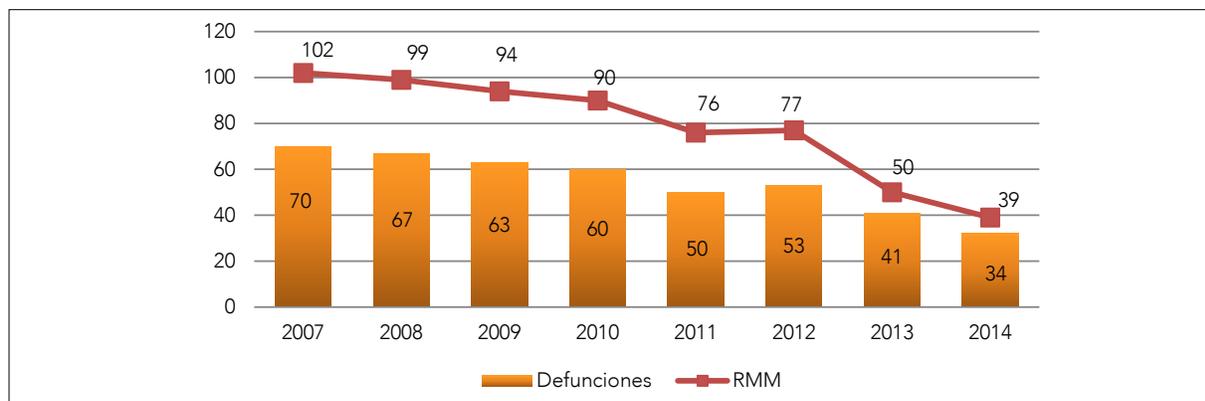


Gráfico 1. Defunciones maternas y razón de mortalidad materna en Oaxaca 2007-2014.

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, Cierres 2005 – 2013 y Semana 53 de 2014.

así como lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar para 2015.

En consecuencia, el Gobierno Federal realizó la adecuación de la Ley General de Salud y su reglamento, en materia de prestación de servicios de atención médica, además de que desarrolló los siguientes instrumentos normativos: a) Manuales de atención como "Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel"⁹ en 2001, "Embarazo saludable parto y puerperio seguros recién nacido sano"¹⁰ en 2001 y "Manejo madre canguro"¹¹ en 2006; b) Lineamientos técnicos como "Cesárea segura"¹² en 2002, "Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia"¹³ en 2007 y "Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica"¹⁴ en 2009; c) Guías de práctica clínica como "Diagnóstico y manejo del parto pretérmino, evidencias y recomendaciones"¹⁵ en 2009 y "Vigilancia y manejo del parto en embarazo de bajo riesgo"¹⁶ en 2014; d) Programas de acción específicos, como "Salud materna y perinatal"¹⁷ en 2013; e) la Estrategia Integral para "Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna"¹⁸ en 2009; además de f) Normas Oficiales Mexicanas como NOM-007-SSA2-1993 "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido"¹⁹ en 2014, NOM-005-SSA3-2010 "Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios"²⁰ en 2010 y NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"²¹ en 2014.

En el ámbito local, el Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca²² y el Programa Estatal de Salud de Oaxaca²³ del periodo 2011-2016 establecieron como estrategia la disminución de la mortalidad infantil y materna, contemplando las líneas de acción siguientes:

- Pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones atendidos con vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada que permita la identificación y el diagnóstico temprano.
- Asistencia obstétrica hospitalaria de calidad fortalecida para el manejo de complicaciones graves.
- Embarazos detectados en forma oportuna para su control, así como el incremento de la planificación familiar.

En el estado de Oaxaca es un desafío cumplir los objetivos antes mencionados dados los rezagos que enfrenta en cuanto al acceso a los servicios básicos, la geografía accidentada, la elevada dispersión de localidades poco pobladas a lo largo de su territorio (77% con menos de 250 habitantes), además de condiciones socioculturales propias de la región.

La disponibilidad de infraestructura y equipamiento sustenta el acceso de los usuarios a los servicios de salud y se convierte en una de las premisas básicas de operación para la articulación funcional de la Red de Servicios para la Atención a la Salud²⁴, misma que determina la cobertura poblacional, la capacidad resolutive de la red y de cada uno de los diferentes establecimientos que la conforman²⁵, de igual manera estos elementos deben estar en relación directa con el tipo de servicios que ofrecen y el personal profesional, técnico y auxiliar del área de la salud con conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para participar de manera adecuada, segura y eficiente.

Por último, tomando en cuenta que el porcentaje de la población sin derechohabencia a servicios de salud aumentó en un 37.3% en la última década²⁶, la atención en salud requiere cada día un mayor fortalecimiento, y de manera especial, la atención obstétrica. Tan sólo hay que considerar que en 2013, los Servicios de Salud de Oaxaca registraron más de 92 mil egresos hospitalarios, 51.3% de gineco-obstetricia y el resto de otros servicios; además de que fueron atendidos más de 33 mil nacimientos, incluyendo partos y cesáreas²⁷.

En Oaxaca, la atención a la salud se ofrece a través de redes de servicios constituidas por un conjunto de unidades de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, que interactúan de manera flexible con diversos sistemas organizativos y de comunicación para asegurar la continuidad de la atención de los pacientes²⁴.

Las unidades que ofrecen estos servicios van desde las casas de salud hasta los hospitales de alta especialidad, pasando por las unidades médicas móviles, los centros de salud urbanos y rurales, los centros de salud con servicios ampliados (CESSA), los hospitales comunitarios y los hospitales generales. Actualmente existen 733 unidades médicas fijas de primer nivel de aten-

ción distribuidas en seis jurisdicciones sanitarias: Valles Centrales, Istmo, Tuxtepec, Costa, Mixteca y Sierra²⁸.

Por tal motivo, el Estado planteó la obligación de atender cualquier emergencia obstétrica, sin importar la derechohabencia de las pacientes con el fin de fomentar la atención de calidad con pleno respeto de los derechos humanos y los códigos de bioética. De esta manera, en 2014 se recopiló información en 52 unidades médicas de primer nivel que atienden partos eutócicos (41 centros de salud y 11 CESSAs), para conocer la situación actual respecto a su capacidad resolutive, disponibilidad de recursos humanos, habilidades técnicas, infraestructura e insumos, a través de un estudio descriptivo que arroja las áreas de oportunidad de intervención y gestión.

Objetivos

General

Conocer la situación de la atención obstétrica en las unidades médicas de primer nivel del estado de Oaxaca para la implementación de la Estrategia "Cero Rechazo Obstétrico".

Específicos

1. Caracterizar las unidades médicas de primer nivel para la implementación de la Estrategia Cero Rechazo Obstétrico.
2. Analizar los resultados derivados del levantamiento de la información para elaborar la propuesta de implementación de la Estrategia Cero Rechazo Obstétrico.

Metodología

La presente investigación es cuantitativa, descriptiva y transversal²⁹, se realizó el trabajo de campo en 52 unidades médicas de primer nivel de atención de Servicios de Salud de Oaxaca, 41 centros de salud y 11 CESSAs.

A pesar de que en los Servicios de Salud de Oaxaca existen diversos instrumentos de medición, éstos no son aplicables para la determinación del diagnóstico de la atención obstétrica en las unidades médicas de primer nivel; por tal

motivo se definió un instrumento nuevo de 60 preguntas agrupadas en los siguientes apartados: información de la unidad médica, recursos humanos, referencia y contrarreferencia, productividad, capacitación, insumos obstétricos, supervisión, atención prenatal, parto y puerperio.

El cuestionario fue administrado por entrevista personal³⁰, dirigido a los responsables de las unidades médicas seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia³¹, con dicha información se generó una base de datos con el paquete estadístico SPSS versión 20.0, donde se incluyeron las respuestas de las 52 unidades seleccionadas. En primera instancia, se desarrolló la estadística descriptiva señalando las principales características de las unidades médicas y posteriormente, validada la consistencia interna del instrumento basado en el alfa de Cronbach mayor a 0.7, se establecieron 10 indicadores a partir de la referencia teórica que generó una ponderación en función del proceso y estructura.

Sin duda alguna los resultados obtenidos en esta investigación demuestran la diversificación de las 52 unidades de primer nivel de atención en el estado, concentrándose en la jurisdicción de Valles Centrales (31%) y el resto distribuido en las demás jurisdicciones sanitarias (69%) del estado (Gráfico 2).

Estas unidades brindan control prenatal con el propósito de detectar riesgos para su referencia al nivel siguiente y así evitar complicaciones obstétricas.

Ahora bien, de acuerdo al Modelo de Atención vigente³², la unidad funcional de los centros de salud se denomina Núcleo Básico de Servicios de Salud (NBSS) y se encuentra conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras, siendo en lugares rurales, sustituidos por pasantes de estas carreras, quienes brindan atención a la población en consultorios equipados. En el estudio se identificaron 127 NBSS, de los cuales 38 pertenecen a la jurisdicción sanitaria de Valles Centrales, 27 a la Costa, 26 al Istmo y 36 a las demás jurisdicciones sanitarias (Gráfico 3).

Es importante resaltar que las unidades médicas operan con 171 consultorios (medicina general, odontología y psicología, entre otras) sin actualizar la cartera de servicios, el diagnóstico de salud, plan de trabajo, comités de salud y aval ciudadano,

con carencias en infraestructura y equipamiento que han generado la falta de acreditación.

Por lo que respecta a la población que se encuentra bajo la responsabilidad de los Servicios de Salud de Oaxaca, mantiene un registro de 346 mil habitantes en el área, el promedio

por NBSS es de 2,724 habitantes siendo mayor en Valles Centrales e Istmo. Cada NBSS atiende por lo general a 853 mujeres en edad fértil (MEF) con una variación de ± 400 en función a la demanda de cobertura, situación con una atención promedio de 67 embarazos esperados (Cuadro 1).

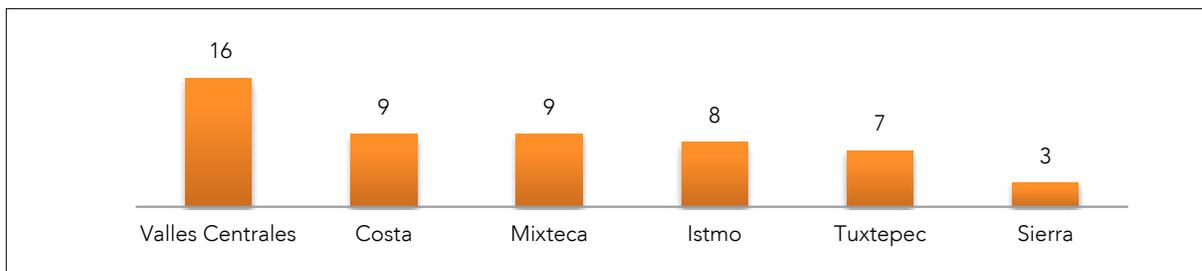


Gráfico 2. Unidades de primer nivel por jurisdicción sanitaria.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

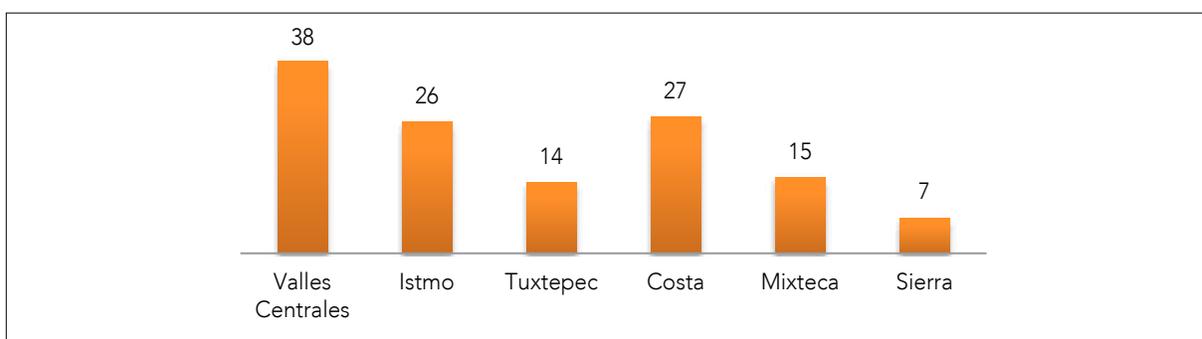


Gráfico 3. Núcleos básicos de servicios de salud por jurisdicción sanitaria.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

Cuadro 1. Promedio de la población total, MEF y embarazos esperados por jurisdicción sanitaria.

Jurisdicción Sanitaria	Población total	MEF	Embarazos esperados
Valles Centrales	3,303	1,206	84
Istmo	3,160	1,222	68
Tuxtepec	2,124	463	56
Costa	2,545	482	59
Mixteca	1,758	490	67
Sierra	1,927	558	25
Promedio	2,724	853	67

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

La cobertura de MEF es de 78%, destacando que las jurisdicciones sanitarias de la Costa y Mixteca son las que presentaron mayor índice de atención (Gráfico 4) en los servicios de prevención de salud sexual y reproductiva, siendo consideradas el eje de acceso a las redes de servicios.

A pesar de haberse reducido la tasa de fecundidad asociada a una mayor cobertura en los Servicios de Salud, sólo se mantienen registros del 12% de embarazadas atendidas con respecto a mujeres en edad fértil con mayor incidencia en la Costa, Tuxtepec y el Istmo (Gráfico 5).

Asimismo la NOM-007-SSA2-1993 "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido" establece que una mujer con bajo riesgo, debe recibir mínimo 5 consultas prenatales, sin embargo se presentaron variaciones desde 3 en la jurisdicción sanitaria del Istmo hasta 18 en la Sierra (Gráfico 6).

En este sentido, si se cumple con la normatividad antes citada, se detectaría el riesgo que conlleva a las principales afecciones como la hemorragia, transtorno hipertensivo del embarazo, abortos, entre otras.

Los resultados reflejan que existe un médico por cada 1,074 habitantes, siendo menores en las jurisdicciones sanitarias de la Sierra y Mixteca y mayores en Istmo y Tuxtepec. En cuanto al índice de enfermeras por mil habitantes³³, el estudio reflejó una enfermera por cada 771 habitantes, las cifras menores corresponden a Tuxtepec y Costa y las mayores a Istmo y Valles Centrales (Gráfico 7).

En el Gráfico 8 se muestran los bajos porcentajes de capacitación específica en los temas de embarazo, parto, puerperio, recién nacido, emergencias obstétricas, reanimación neonatal, cero rechazo e interculturalidad, siendo estos aspectos importantes para la atención obstétrica.

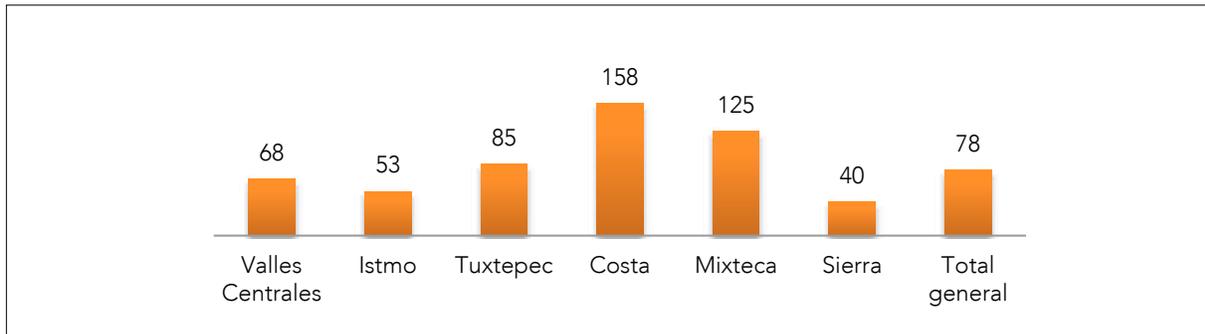


Gráfico 4. Porcentaje de MEF atendidas en relación con la proyección MEF por jurisdicción sanitaria.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

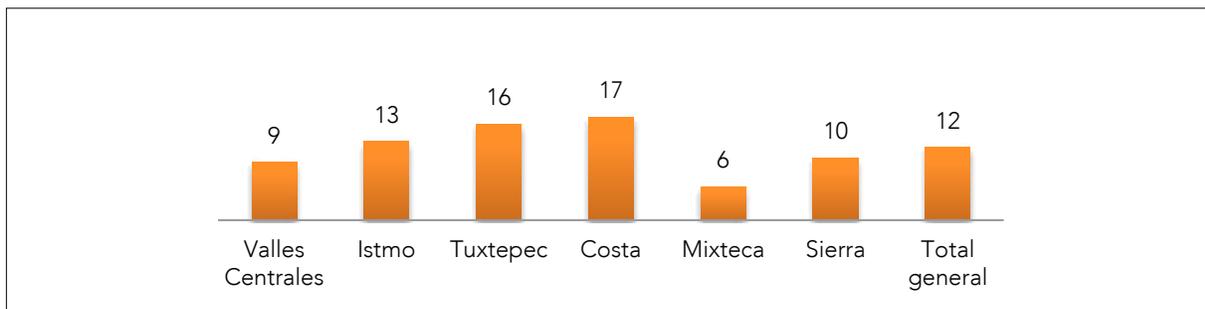


Gráfico 5. Porcentaje de embarazadas atendidas en relación con MEF por jurisdicción sanitaria.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

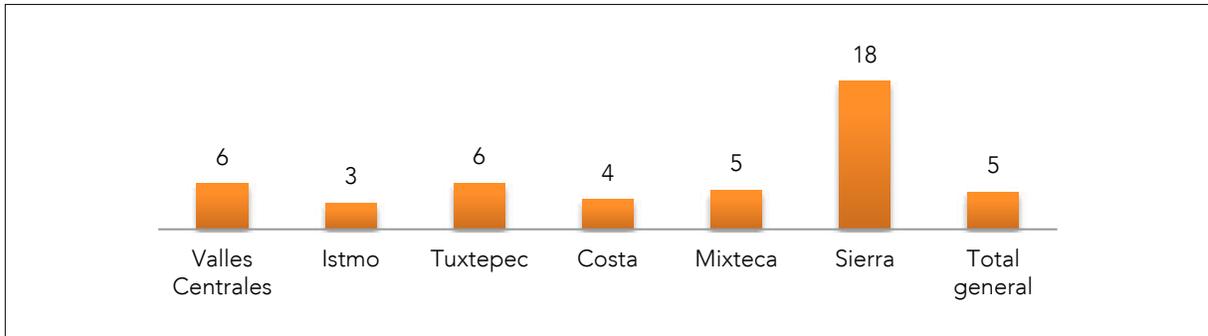


Gráfico 6. Promedio de consultas por embarazada por jurisdicción sanitaria.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

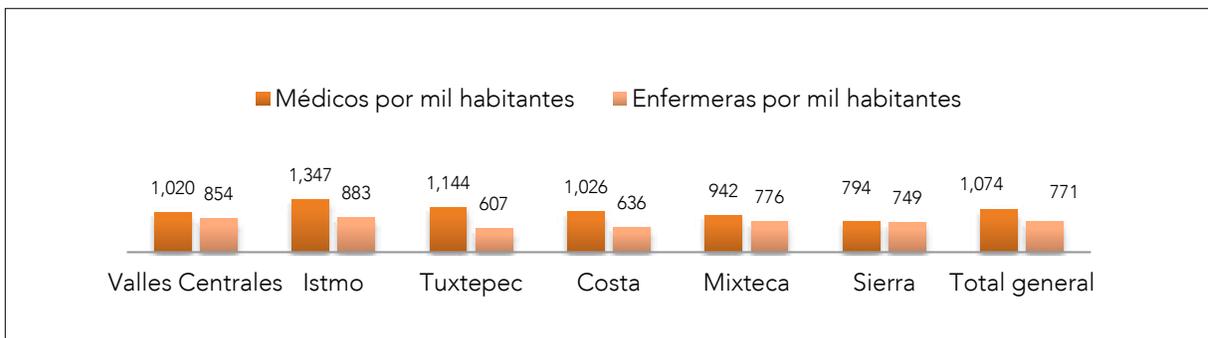


Gráfico 7. Índice de médicos y enfermeras por mil habitantes por jurisdicción sanitaria.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

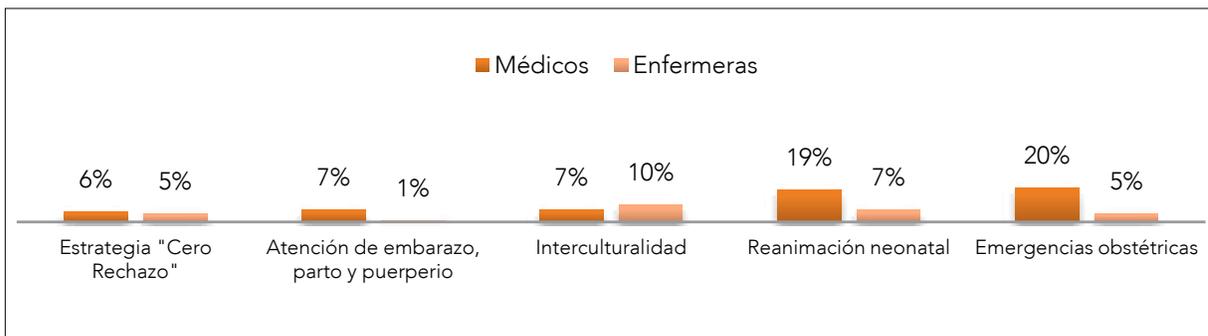


Gráfico 8. Capacitación a personal médico por tema.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

En relación a los registros de control, existen áreas de oportunidad con respecto a la referencia y contrarreferencia de las pacientes; la historia clínica perinatal presenta omisiones; el censo de embarazadas, calendario obstétrico y tarjetero no son consistentes; la diversidad de formatos para la integración de información impide su actualización; las notas médicas deberían incluir signos

vitales, referir a los resultados de laboratorio y detallar la terapéutica empleada de administración de folatos e hierro (Gráfico 9). Las situaciones anteriores se presentan por la alta demanda del servicio.

El crecimiento acelerado de las unidades médicas de Servicios de Salud de Oaxaca, mermó la

capacidad instalada de supervisión en todos los niveles por lo que es una constante que impide emitir juicios de valor, implementar medidas preventivas y correctivas con oportunidad y llevar un seguimiento en beneficio de la unidad médica y por consiguiente de los usuarios de los servicios de salud (Gráfico 10).

Una vez abordados los puntos más relevantes de este estudio, se procedió a integrar la información en 10 indicadores de estructura y proceso (Gráfico 11) que permitieron apreciar avances importantes en servicios personales como de infraestructura.

Algunos indicadores en estado crítico son el porcentaje de embarazadas detectadas en el primer trimestre, el porcentaje de embarazadas de alto riesgo y complicaciones referidas; en general existe una ventana de oportunidad para mejorar en el corto y mediano plazo estos índices.

Inclusive se utilizaron los criterios de salas de expulsión adecuadas, existencia de ambulancia de traslado, de médicos y enfermeras en los turnos, hospital de referencia a menos de una hora de traslado así como existencia de medicamentos para una emergencia obstétrica.

De manera general se obtuvo que en el nivel estatal así como en tres jurisdicciones sanitarias (Costa, Tuxtepec y Valles Centrales) existe un área de oportunidad alta para la implementación de la Estrategia "Cero Rechazo Obstétrico" mientras que en las jurisdicciones restantes (Mixteca, Istmo y Sierra) se debe continuar con acciones que mantengan los estándares de calidad para la atención a la mujer embarazada y al recién nacido.

La sumatoria de los 5 indicadores seleccionados y analizados en las 52 unidades médicas está por debajo del 50%, lo que explica que el factor determinante en la atención de la mujer embarazada en el primer nivel no es la infraestructura ni el recurso humano sino los procesos que condicionan la accesibilidad, entendiendo este término como el acceso efectivo a los servicios de salud, esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financie-

ras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive²⁸.

Derivado de lo anterior, se seleccionaron 33 unidades médicas que se consideraron en condiciones para que a corto plazo se establezca el proceso de implementación de la Estrategia «Cero Rechazo Obstétrico».

Discusión

El parto sin asistencia fuera de las condiciones médico-sanitarias óptimas es un suceso excepcional, que al presentarse en los servicios de salud otorgados, genera polémica entre la ciudadanía, que percibe que los eventos se deben a la falta de recursos humanos o unidades médicas sin considerar la interculturalidad y cosmovisión de la población que juega un papel importante. Ante tal circunstancia, se evaluó la Estrategia "Cero Rechazo Obstétrico" con la finalidad de tener un panorama más cercano al contexto de las unidades de la red de servicios, verificándose con los datos obtenidos que la apreciación de la opinión pública es incorrecta.

De acuerdo a los indicadores explorados, existen limitaciones en la identificación de embarazadas de alto riesgo y en la referencia de complicaciones, la mayor evidencia sucede en los problemas que enfrentan estas unidades en el registro de las embarazadas desde el primer trimestre de gestación, misma situación que se refleja en los sistemas de información, que en la actualidad son de forma manual y no orientan la toma de decisión en todos los niveles, impidiendo un seguimiento adecuado y oportuno.

Asimismo, se hace hincapié de la inoperatividad de un sistema de referencia y contrarreferencia que obstaculiza la atención médica oportuna a las mujeres embarazadas.

Se cuenta con personal suficiente que requiere el reconocimiento de sus aptitudes, mediante una supervisión y capacitación constante que potencialice sus competencias técnicas y actitudinales en temas relacionados en la Estrategia "Cero Rechazo Obstétrico".

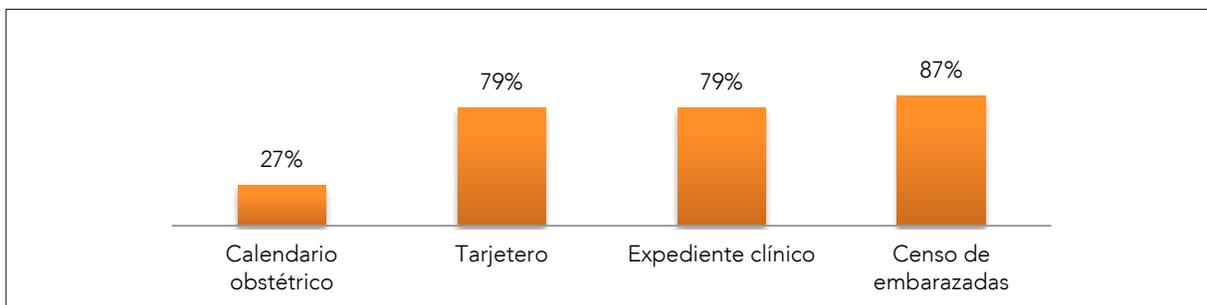


Gráfico 9. Porcentaje de unidades médicas con registros de control.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

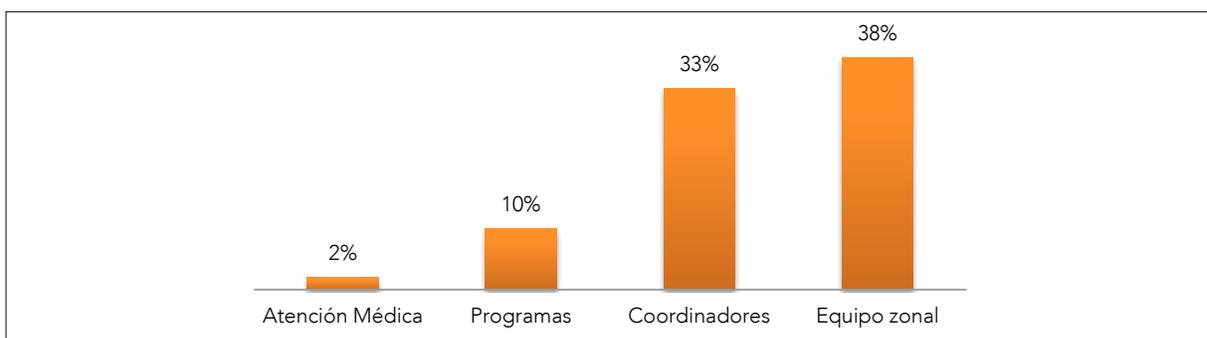


Gráfico 10. Acciones de supervisión por área.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

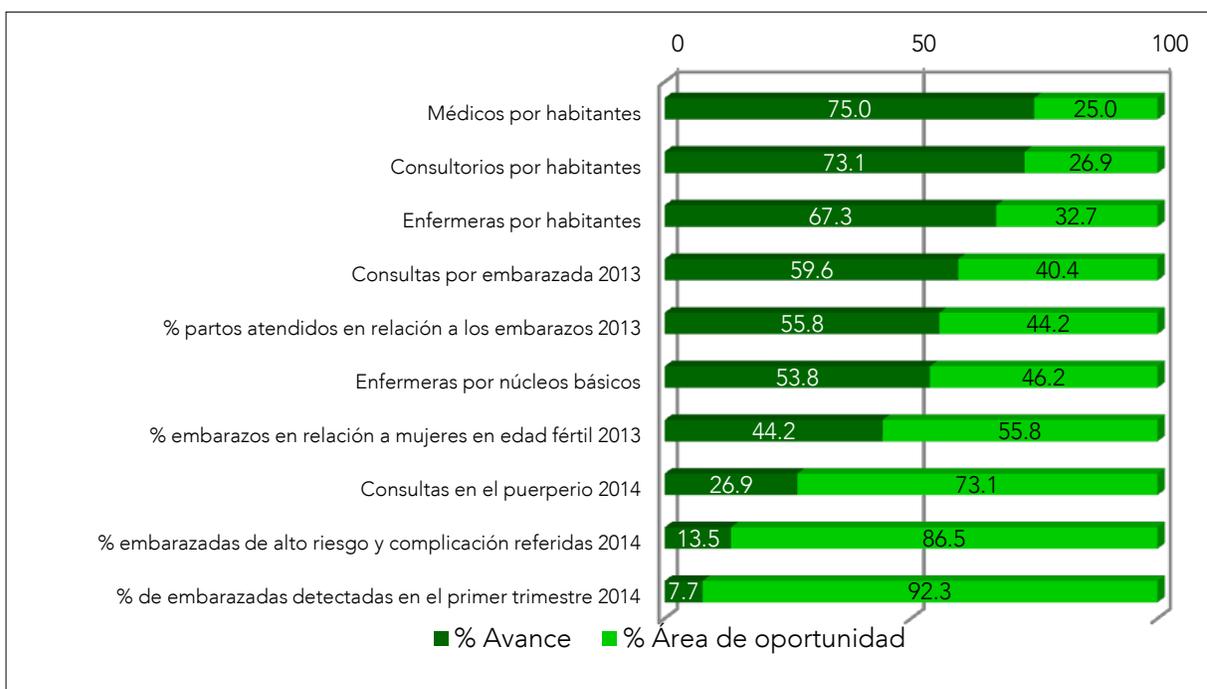


Gráfico 11. Indicadores utilizados en el diagnóstico de la atención obstétrica.

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en 2014.

Conclusiones

Los resultados obtenidos al aplicar la cédula, demuestran que es necesario realizar acciones mínimas para alcanzar la cobertura completa de infraestructura física y de recursos humanos, de los servicios que se ofertan a la población, considerando a la población a la cual están destinados.

El producto final ratifica la capacidad física y técnica de las unidades de primer nivel de atención al considerar los 36 criterios de: Salas de expulsión adecuadas, existencia de ambulancia de traslado, existencia de médicos y de enfermeras en los tres turnos, hospital de referencia a menos de una hora de traslado y existencia de medicamentos para una emergencia obstétrica.

En contraste, los procesos de dichas unidades merecen especial atención: Al observar una baja cobertura en la identificación de las mujeres embarazadas en el primer trimestre del embarazo, que valdría la pena investigar la posible causa, puede inferirse que sea debido a la poca oportunidad de la mujer embarazada para asistir al centro de salud, sea por cuestiones culturales o por la falta de la búsqueda intencionada de ellas por parte del personal de salud, lo cual también se ve reflejado en el control del puerperio en estas unidades de primer nivel; fenómeno que se aprecia incluso cuando ya están con el diagnóstico de embarazo, conlleva al incumplimiento de la normatividad, principalmente en el control prenatal con la asistencia a sus consultas y la identificación del riesgo obstétrico.

Asimismo se refuerza la necesidad de un sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades de salud con el hospital ancla, que sea efectivo y ágil. La Estrategia "Cero Rechazo Obstétrico" requerirá de poco esfuerzo y recursos, considerando que el personal adscrito a estas unidades, debe estar involucrado de una manera importante.

Por tal motivo, se seleccionaron 33 unidades médicas que se consideraron en condiciones físicas y técnicas aceptables para establecer el proceso de implementación de la Estrategia «Cero Rechazo Obstétrico» mientras que las 19 restantes requerirán un fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud.

El presente instrumento es de utilidad para la inclusión de las unidades de primer nivel que no contemplan en su cartera de servicios la atención del parto eutócico y en su caso, la estabilización y referencia adecuada de la paciente, sobre todo en las zonas rurales de mayor dispersión y marginación.

Referencias

- [1] Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Información relevante de muertes maternas hasta la semana epidemiológica 52 de 2013. [En línea] [Consultado el 14 de enero de 2015] Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/informesh/2013/mmat/mmat13_52.html
- [2] Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Información relevante de muertes maternas hasta la semana epidemiológica 53 de 2014. [En línea] [Consultado el 14 de enero de 2015] Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/2014/mmat/mmat14_53.html
- [3] Organización Panamericana de la Salud/OMS (1995). «Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud». Washington, D. C: Edición 2003, 10ª revisión, pp. 139.
- [4] Presidencia de la República. Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2013. [En línea] [Consultado 18 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/doctos/InfMex2013.pdf>
- [5] Gobierno de la República (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013. México: Secretaría de Salud, 2013.
- [6] Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos. <http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/CD50-12-s.pdf>
- [7] Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. [En línea] Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/>

- dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf
- [8] Sistema Mesoamericano de Salud Pública. Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna. Plan Regional. Salud Materna, Neonatal y Reproductiva. [En línea] [Consultado el 12 de septiembre de 2014] Disponible en: <http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/images/Documentos/Proyectos/Salud/salud%20materna%20mayo14.pdf>
- [9] Secretaría de Salud. Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel. Manual de Atención. México: Secretaría de Salud; 2001.
- [10] Secretaría de Salud (2001). Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros Recién Nacido Sano. Manual de Atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Primera edición. México, D.F.
- [11] Secretaría de Salud (2006). Manejo Madre Canguro. Manual de Atención. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Primera edición. México, D.F.
- [12] Secretaría de Salud. Cesárea Segura. Lineamiento Técnico. [En línea] [Consultado 6 de enero de 2015] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
- [13] Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. Lineamiento Técnico. 4a ed. México: Secretaría de Salud; 2007.
- [14] Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico. [En línea] [Consultado 12 de septiembre de 2014] Disponible en: www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx
- [15] Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-063-08. México: CENETEC; 2009.
- [16] Consejo de Salubridad General. Vigilancia y manejo del parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08. México: CENETEC; 2014.
- [17] Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. [En línea] [Consultado 10 de enero de 2015] Disponible en: http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/PAE_SMP%20%281%29.pdf
- [18] Secretaría de Salud. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna. 2a ed. México: Secretaría de Salud; 2009.
- [19] Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- [20] Consejo de Salubridad General. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. [En línea] CENETEC; 2010 [Consultado 12 de septiembre de 2014]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_005_SSA3_2010.pdf\(2010\)](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_005_SSA3_2010.pdf(2010))
- [21] Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. [En línea] [Consultado el 14 de agosto de 2014] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
- [22] Gobierno del Estado de Oaxaca. Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2011-2016. [En línea]. 2011 [Consultado 13 septiembre 2014]; Disponible en: http://www.finanzasoxaca.gob.mx/pdf/planes/Plan_Estatal_de_Desarrollo_2011_2016_2.pdf
- [23] Servicios de Salud de Oaxaca. Programa Estatal de Salud de Oaxaca 2011-2016. México: Servicios de Salud de Oaxaca; 2011.
- [24] Secretaría de Salud. Organización y procedimientos de la red de servicios de salud. Manual. México: Secretaría de Salud; 2002.
- [25] Frenk J & Ruelas E. Planeación de Unidades Médicas en Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS. México: Secretaría de Salud; 2006.
- [26] Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Población sin

- derechohabencia a servicios de salud. [En línea]. [Consultado el 14 de enero de 2015]. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/>
- [27] Secretaría de Salud. Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. [En línea] [Consultado el 3 de septiembre de 2014] Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/> de SAEH 2013, plataforma.
- [28] Servicios de Salud de Oaxaca (2014). Clave Única de Establecimientos de Salud a junio de 2014. México: SSO; 2014.
- [29] Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5a ed. México: McGraw Hill; 2010.
- [30] Kerlinger F & Lee H. Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. 4a ed. México: McGraw Hill; 2002.
- [31] Grande I & Abascal E. Análisis de encuestas. España: ESIC; 2005.
- [32] Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud. [En línea] [Consultado 12 de septiembre de 2014] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/sic/>
- [33] Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud. [En línea] [Consultado el 6 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/> de SIS atenciones, plataforma.
- Recibido:** 31 de octubre de 2014
Corregido: 8 de febrero de 2015
Aceptado: 9 de febrero de 2015
- Conflicto de interés:** No existe conflicto de interés