



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL EQUIPO DE RESPUESTA  
INMEDIATA: EL CASO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD  
SOCIAL EN SAN LUIS POTOSÍ**

**TESIS**

**Que para obtener el GRADO de:**

**MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN  
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
CRISTIAN ERICK CUEVAS GUERRERO**

**DIRECTORA DE TESIS:  
M.I.S. BEATRIZ ADRIANA URBINA AGUILAR**

**CO-ASESORA:  
M.A.A.E. ELSA ALVARADO GALLEGOS**

---

**DICIEMBRE 2015**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**Evaluación Cualitativa del Equipo de Respuesta  
Inmediata: El Caso de una Institución de Seguridad Social  
en San Luis Potosí**

**T E S I S**

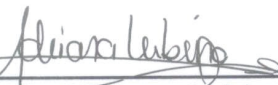
**Para obtener el GRADO de:  
Maestro en Administración de la Atención de Enfermería**

**Presentada por:**

Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
**CRISTIAN ERICK CUEVAS GUERRERO**

**Aprobado por el Comité de Tesis:**

**Directora**

  
\_\_\_\_\_  
**M.I.S. Beatriz Adriana Urbina Aguilar**

**Co-Directora**

  
\_\_\_\_\_  
**M.A.A.E. Elsa Alvarado Gallegos**

**17 de Diciembre de 2015**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**TEMA DE TESIS:**

**“Evaluación cualitativa del equipo de respuesta inmediata: El caso de una Institución de Seguridad Social”**

**ELABORADO POR:**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
CRISTIAN ERICK CUEVAS GUERRERO**

**APROBÓ:**

**PRESIDENTE DE JURADO**

**M.A.A.E. Sofía Cheverría Rivera**

**SECRETARIO**

**Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra**

**VOCAL**

**M.I.S. Beatriz Adriana Urbina Aguilar**

**17 DE DICIEMBRE DE 2015**

## RESUMEN

**Introducción.** La mortalidad materna es un problema de salud pública en el mundo que no ha sido resuelto, por lo que es necesario implementar estrategias que aseguren la adecuada atención a la paciente obstétrica en situaciones emergentes una de ellas es el Equipo de Respuesta Inmediata, hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica que coordinan actividades asistenciales y de gestión.

**Objetivo.** Evaluar desde un enfoque cualitativo la implementación del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) desde la perspectiva de los actores involucrados.

**Método.** Evaluación cualitativa. Con 18 participantes del ERI de un Hospital de Seguridad social 13 mujeres y 5 hombres de diversas disciplinas del área de salud de nivel directivo y operativo, seleccionados por conveniencia, se realizaron entrevistas semiestructuradas las cuales fueron audio grabadas y transcritas en su totalidad luego de obtener el consentimiento informado. Se llevó a cabo un análisis de contenido temático manual.

**Resultados:** Predominaron los participantes del sexo femenino con un 72% sobre el 27.7 % masculino, se logró identificar el contexto organizacional del ERI, así como detectar las principales áreas de oportunidad que se identifican son la insuficiencia de recursos materiales, humanos, equipo electro médico, áreas inadecuadas para la atención, insuficiente gestión de insumos, inexistencia de un programa específico de capacitación.

**Conclusiones:** Desde la visión del equipo multidisciplinario la estrategia ERI tiene resultados benéficos en cuanto a la atención de las emergencias obstétricas y debe mejorarse la gestión de los recursos disponibles para asegurar el éxito, así como llevar a cabo retroalimentación del proceso en diversos niveles de gestión.

**Palabra clave:** Equipo de respuesta inmediata, Evaluación cualitativa, perspectivas.

## SUMMARY

**Introduction.** Maternal mortality is a public health problem in the world that has not been resolved, so it is necessary to implement strategies to ensure adequate care for obstetric patients in emergent situations like Response Team Immediate (ERI) a hospital strategy for the multidisciplinary care emergency obstetric care and where management activities are coordinated.

**Objective.** Evaluate the qualitative approach from the implementation of Immediate Response Team from the perspective of those involved.

**Method.** Qualitative assessment. The study involved 18 members of the ERI of a Social Security Hospital selected by convenience, involving 13 women and 5 men from different disciplines in the health area. Semi-structured interviews which were taped and transcribed audio in full after obtaining informed consent was conducted. It conducted an analysis of thematic content manually.

**Results:** predominance of female participants with 72% of the 27.7% male, were identified organizational context of the ERI, as well as identify key areas of opportunity identified are the lack of material, human resources, equipment electro medical , areas unsuitable for attention, insufficient management of inputs, lack of a specific training program.

**Conclusions:** From the view of the multidisciplinary team the ERI strategy has beneficial results in terms of emergency obstetric care and to improve the management of available resources to ensure success, as well as carrying out process feedback at various levels of management.

**Keyword:** Immediate Response Team, qualitative evaluation, perspectives

## AGRADECIMIENTOS

***“Tanto más crece el esfuerzo, cuando más consideramos la grandeza de lo aprendido”***

*Este trabajo está dedicado en primera instancia al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su apoyo para poder costear mis estudios a través de la beca otorgada en mi beneficio.*

*Al Instituto Mexicano del Seguro Social por abrirme las puertas de honorable institución para llevar a cabo la recolección de datos, así como los participantes en el estudio por su aceptación y apoyo durante las entrevistas, además de haber mostrado un gran interés para la realización de mi proyecto.*

*Al cuerpo docente de la unidad de posgrado e investigación por haber depositado su confianza en mi persona y su apoyo en la realización de mis estudios.*

*A mi directora de tesis Adriana y codirectora Elsa quienes depositaron en mí su confianza y apoyaron con su paciencia, sabiduría y experiencia, piezas claves en la realización de mi trabajo.*

*A mi familia que fue parte primordial en mi desempeño generando en mi motivación para continuar con el logro de mis sueños y metas personales.*

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>I. Introducción</b> .....   | 1  |
| <b>II. Justificación</b> .....   | 3  |
| <b>III. Marco teórico</b> .....  | 9  |
| 3.1 Definición de mortalidad materna.....  | 9  |
| 3.2 Situación de mortalidad materna en el mundo .....  | 9  |
| 3.3 Situación de la mortalidad materna en México y San Luis Potosí.....                          | 10 |
| 3.4 Causas de mortalidad en el mundo y en México.....  | 12 |
| 3.5 Normatividad de la atención materna en México.....   | 14 |
| 3.6 Atención obstétrica de emergencia .....  | 16 |
| 3.6.1 Ruta crítica en atención de la emergencia obstétrica.....                                  | 17 |
| 3.6.2. Modelo de las tres demoras en atención obstétrica de emergencia.....                      | 18 |
| 3.6.2.1. Análisis de la mortalidad materna (El modelo de las tres demoras).....                  | 20 |
| 3.7. El código mater una estrategia para disminuir la mortalidad materna en México.....          | 23 |
| 3.7.1. Concepto.....   | 23 |
| 3.7.2. Objetivo .....  | 23 |
| 3.8 Equipo de Respuesta Inmediata en obstetricia. ....   | 24 |
| 3.8.1 Actividades del Equipo de Respuesta Inmediata .....  | 25 |
| 3.9 El modelo de módulos.....  | 27 |
| 3.10. Investigación cualitativa.....   | 29 |
| <b>IV. Supuesto</b> .....  | 30 |
| <b>V. Objetivos</b> .....  | 31 |
| 5.1 Objetivo General .....   | 31 |
| 5.2 Objetivos específicos .....  | 31 |
| <b>VI. Metodología</b> .....   | 32 |
| 6.1 Tipo de estudio.....   | 32 |
| 6.2 Procedimiento .....  | 32 |
| 6.2.1 Planeación: Durante esta fase se logró acceso al área y seleccionar a los informantes..... | 32 |
| 6.2.1.1 Acceso al área.....  | 32 |

|   |           |
|---|-----------|
| 6.2.1.2 Selección de los informantes.....   | 33        |
| 6.2.2 Recolección de la información .....   | 34        |
| 6.2.3 Profundización en el análisis.....  | 34        |
| <b>VII. Consideraciones éticas y legales .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>VIII. Resultados .....</b>   | <b>39</b> |
| 8.1 Características sociodemográficas de los informantes entrevistados .....  | 40        |
| 8.2 Dimensión 1: El recurso humano: perspectivas de un equipo humanizado y con actitud de servicio.....   | 41        |
| 8.2.1 La ruta de la Vida: El camino para asegurar la sobrevivencia materna-infantil. ....   | 41        |
| 8.2.2 La urgencia obstétrica: La vivencia de las situaciones emergentes elemento clave en la sensibilización de un personal con humanismo. ....                   | 41        |
| 8.2.3 El ERI: Una resolución urgente del embarazo a través del equipo multidisciplinario la perspectiva de los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata..... | 42        |
| 8.2.4 Las finalidades: EL conocimiento auto adquirido por necesidad de mejorar la atención de la urgencia. ....   | 42        |
| 8.3 Dimensión 2: Las condiciones laborales: Factores que favorecen la atención de la urgencia.....  | 44        |
| 8.3.1 La percepción del equipo de salud sobre los servicios auxiliares de diagnóstico: una idea equivocada del personal que brinda la atención directa. ....      | 44        |
| 8.3.2 Sentido de responsabilidad: Características de un grupo proactivo.....  | 46        |
| 8.7 Dimensión 3. Fortalezas: El lado amable de la atención a las usuarias.....  | 46        |
| 8.7.1 La dedicación del personal un elemento que mantiene vigente la implementación del ERI .....   | 46        |
| 8.7.2. La experiencia laboral un elemento que hace segura la atención.....  | 47        |
| 8.7.3. La comunicación: fortaleza que permite la integración del equipo sanitario   | 47        |
| 8.8 Dimensión 4. Las áreas de oportunidad aspectos de mejora para asegurar el éxito de la atención y generar historias de éxito.....                              | 48        |
| 8.8.1 Los recursos: elementos que limitan la atención oportuna de la emergencia obstétrica.....   | 48        |
| 8.8.2 Las deficiencias de recursos: un factor generador de estrés en el lugar de trabajo. ....  | 50        |



|   |           |
|---|-----------|
| 8.8.3 La capacitación: la clave maestra al fortalecimiento del personal de atención directa. .... | 51        |
| <b>IX. Discusión</b> .....  | <b>52</b> |
| <b>X. Conclusiones</b> .....  | <b>57</b> |
| <b>XI. Comentarios y recomendaciones</b> .....  | <b>58</b> |
| <b>XII. Bibliografía</b> .....  | <b>59</b> |
| <b>XIII. Anexos</b> .....   | <b>69</b> |

## **I. Introducción**

En el mundo la mortalidad materna es alta, ya que cada día mueren 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, durante el año 2013 murieron 289 000, durante o después de este periodo, con mayor frecuencia todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.<sup>1,2</sup>

Por esta razón, en la Cumbre Milenio, celebrada en septiembre del año 2000, la Organización de las Naciones Unidas reiteró la expectativa de lograr un mundo más pacífico, próspero y justo. Se formuló el propósito de lograr que la globalización se convierta en una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo; con este objetivo se elaboró la Declaración del Milenio, en la cual se establecieron los Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, el quinto de ellos dirigido a mejorar la salud materna.

México ha asumido el compromiso, de disminuir la mortalidad materna a través de diversas estrategias que incluyen vigilancia, prevención de embarazos de alto riesgo, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones durante y después del embarazo.

A partir de la necesidad de brindar atención de emergencia a usuarias de los servicios de atención obstétrica en riesgo o con problemas reales se consolidó la atención de la emergencia obstétrica mediante la implementación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) en las unidades hospitalarias con el apoyo de los equipos delegacionales y central.

Se considera el ERI como un sistema de atención de respuesta rápida, como una estrategia hospitalaria multidisciplinaria, para la atención de la urgencia obstétrica, para dar atención y tratamiento a las enfermedades hipertensivas del embarazo, hemorragia obstétrica e infecciones relacionadas al periodo perinatal respectivamente.

Lo anterior permite comprender la manera más óptima, de implementación de las estrategias de salud, dicho así, un grupo creciente de académicos de distintas

especialidades y campos disciplinares, a la par de los gestores, tomadores de decisiones, directivos, miembros de la sociedad civil y de las organizaciones no gubernamentales vienen destacando la importancia de fortalecer las políticas y programas públicos en América latina y el Caribe<sup>3</sup>. Por eso la incursión en materia de evaluación es tan relevante y necesaria.

Por lo tanto, es imprescindible hablar de una evaluación de políticas de salud, como una herramienta administrativa y de gestión, de vital relevancia, que permite orientar, redirigir objetivos y reestructurar programas de salud.

Por lo anterior, se hace relevante que el profesional de enfermería participe de forma activa con el rol de líder, al evaluar políticas de salud, con la finalidad de examinar la salud en el contexto del orden global de poder político y económico, mediante iniciativas transdisciplinarias para mejorar la salud y mejorar los derechos humanos y los esfuerzos de las relaciones internacionales<sup>4</sup>.

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo bajo el enfoque cualitativo, se realizó una evaluación cualitativa de la implementación de la estrategia ERI desde la visión y perspectiva de los servidores públicos de diversas categorías que participan directa o indirectamente en esta, dentro del marco de las labores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se consideró de gran utilidad ya que la evaluación cualitativa<sup>5</sup> plantea como propósitos dar cuenta de problemas prácticos de la realidad y busca la interpretación y la comprensión de la perspectiva de los actores involucrados en los procesos de atención.

Dentro del marco del presente proyecto de investigación se logró conocer el contexto organizacional en el que se implementa el ERI, permitió además conocer la forma en la que se implementa la estrategia, y se identificaron así sus áreas de oportunidad, fortalezas y debilidades.

La recolección de información se llevó a cabo mediante 18 entrevistas semiestructuradas, audio grabadas y analizadas bajo un análisis de contenido temático, lo cual permitió definir elementos para conocer en forma sustancial la implementación de la estrategia.

## **II. Justificación**

La mortalidad materna ha sido considerada uno de los indicadores de la inequidad social en el entorno internacional, de la mala calidad de la atención médica; ya que las muertes maternas derivadas de las complicaciones obstétricas son evitables basándose en tres puntos principales: detección de signos de alarma por la mujer durante la gestación, conocimiento adecuado de las complicaciones que desarrollan las mujeres en el periodo perinatal por el personal responsable de su atención y por último, suficiencia de recursos en instituciones y hospitales generales u obstétricos que cuentan con la tecnología e infraestructura que en la actualidad está disponible para su resolución, en las distintas instituciones de salud<sup>6,7</sup>.

En los últimos decenios la esperanza de vida ha mejorado mucho, según estadísticas de la OMS, la esperanza de vida de hombres y mujeres es de 68.1 y 72.7 años para el año 2012 en el mundo, a pesar de ello, estos avances en salud, se ven afectados por distintas causas una de ellas la mortalidad materna<sup>8,9</sup>.

En los países en desarrollo, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva, ya que más de 1400 mujeres mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, por lo cual cada año suman alrededor 536 000<sup>10</sup>.

El secretario general de esa organización señaló que la salud materna es “la madre de todos los desafíos en salud, quizá no existe otro tema que vincule la seguridad, prosperidad y progreso de las naciones, como la salud de las mujeres. Hoy la mortalidad materna es el objetivo de la Cumbre del Milenio, que muestra menor movimiento, y eso es un escándalo”. En su opinión, la única solución para evitar las muertes maternas innecesarias; es un sistema de salud organizado, competente y funcional.

Los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos años tanto en las naciones y estados del mundo, por lo anterior, las entidades federativas con el mayor registro de casos han permanecido sin cambios, demostrando que hay problemas estructurales y de diversa índole en el sistema de salud que impiden a las mujeres un acceso efectivo a los servicios de salud materna.

El Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud<sup>11</sup>.

Dicho así, las estrategias planteadas en el País para disminuir las tasas de mortalidad materna, no han logrado los resultados esperados.

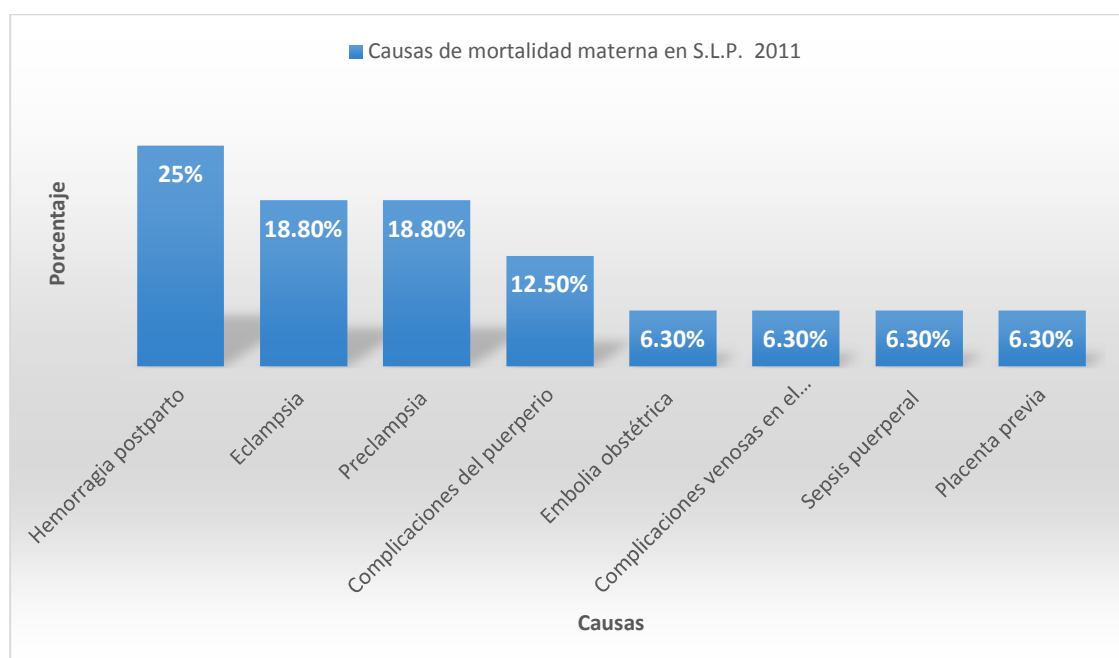
El programa de arranque parejo en la vida desde 2007 al año 2012, estableció políticas encaminadas a reorientar la prestación de los servicios de salud materna, en todas las instituciones del país que forman parte del sistema nacional de salud, responsable de elaborar planes estatales de acción de salud materna y perinatal durante este periodo, con el objetivo de reconocer las necesidades de las entidades en esta materia. Si bien el programa plantea un conjunto de acciones de incidencia, que abarcan desde la mejora en la infraestructura de los servicios de salud materna hasta la coordinación nacional para el registro estadístico de los casos de mortalidad materna, de acuerdo con la meta nacional, los porcentajes de reducción de muerte materna son inferiores a lo establecido en los Observatorios de Muerte Materna (ODM). A pesar de la implementación de diversos programas con la finalidad de disminuir la mortalidad materna, no hay acceso a recursos efectivos que proporcionen a los familiares de las víctimas la reparación del daño y la obtención de justicia<sup>12</sup>.

En San Luis Potosí S.L.P. la mortalidad materna se redujo a partir de 1992 sin marcar una tendencia hasta 1998, de 2003 a 2006 hubo una tendencia consistente a la reducción, y a partir de 2010, hubo un incremento y reducción intermitente, por lo que la muerte materna en el estado se redujo de 38 en 2003 a 17 en 2008 según cifras del observatorio de mortalidad materna de la ciudad de San Luis Potosí, que en la actualidad es un tema de salud pública que refleja las deficiencias desde diversos aspectos que tiene el sistema de salud estatal, por mencionar algunos, deficiencia en infraestructura de instituciones del estado, así como déficit de conocimiento y falta de adiestramiento obstétrico de quienes atienden a las embarazadas, lo cual limita la finalidad de las estrategias planteadas para disminuir la mortalidad materna en el estado<sup>13</sup>.

En 2011 ocurrieron 26 defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, con este número de defunciones, la razón de mortalidad materna en el estado fue de 48 fallecimientos por cada cien mil nacidos vivos. El embarazo de las adolescentes y de las mujeres que se encuentran al final de su periodo reproductivo de manera particular de alto riesgo, se observa que la razón de mortalidad materna en las adolescentes de 15 a 19 años y en las mujeres de 40 a 44 años es de 69.2 y 154 defunciones por cada cien mil nacidos vivos.

Las tres primeras causas de muerte materna representan 69.2% del total de estas defunciones: la principal causa de fallecimiento (23.1%) se vincula con el edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; la segunda se asocia con las complicaciones que se relacionan con el puerperio (19.2%) y la tercera son las complicaciones del trabajo de parto y del parto (15.4 por ciento).

A continuación se describe mediante un gráfico el porcentaje de complicaciones obstétricas causantes de muertes maternas durante 2011<sup>14</sup>, en San Luis Potosí, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, publicado en 2013:



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad materna 2011. Base de datos

Dentro de las instituciones que se encuentran en constante lucha para sumar esfuerzos en cuanto a la disminución de la mortalidad materna, se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En él se han desarrollado a través de diversas estrategias asistenciales, de enseñanza e investigación, creación de programas y estrategias para dar solución a la problemática.

Una de estas estrategias que se ha venido implementando apegándose a la normatividad mundial y federal, que además de ser una estrategia hospitalaria que contempla la participación de un equipo multidisciplinario a fin de dar respuesta rápida y oportuna a la urgencia obstétrica, la cual en obstetricia se denomina Código Máter (ERI). Dicha estrategia se concibe como un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia de atención hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica en gran medida la hipertensión arterial, hemorragia obstétrica y sepsis. Este involucra a diversos actores dentro de su estructura, cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios; dentro de los actores que operan dicha estrategia se encuentran, enfermera(o), gineco-obstetra, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, entre otros.

Sin beneficio de la duda, la mortalidad materna es en la actualidad un problema de salud pública de prioridad mundial, que desde la visión administrativa se ejerce a través de esta estrategia o protocolo de acción que incluye, la valoración integral de cinco signos de alarma: taquicardia, taquipnea, hipotensión, desaturación y cambios en el estado de consciencia, para reconocer en forma oportuna estos síntomas y signos, se hace necesario la estandarización de la atención de la mujer con urgencia obstétrica y que esta atención sea brindada por un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias para evitar muertes en esencia evitables<sup>15</sup>. Todo esto en un ambiente suficiente y seguro para brindar la atención oportuna al binomio madre-hijo.

El equipo de respuesta inmediata (ERI), se encuentra operando al 100 % en la mayoría de las instancias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a pesar de ello, se carece de un sistema efectivo de evaluación y de necesario rigor

metodológico, que permita analizar qué información, es necesaria para evaluar el efecto potencial en la salud de las propuestas públicas y estrategias, el cual ofrezca información acerca del cumplimiento de los objetivos y metas que se establecen al implementar la estrategia código mater para el IMSS llamado ERI<sup>16</sup>, ya que nunca se ha evaluado.

En efecto, para asegurar que los programas de salud y estrategias cumplan con los objetivos para los que fueron creados, se requieren realizar evaluaciones constantes, ya que al carecer de la metodología para evaluar la operación de la estrategia no se logra redefinir y reestructurar la problemática de la política, o la revisión de la misma, para plantear la solución del problema<sup>17,18</sup>.

Dentro del contexto de la salud pública actual, es indispensable que las instituciones cuenten con las herramientas administrativas que aseguren, apoyen y agilicen el cumplimiento de los programas, planes, objetivos y proyectos gubernamentales y den cumplimiento a los requerimientos de las políticas públicas<sup>19</sup>. Es de importancia que las distintas instituciones que otorgan un producto de salud, evalúen y desarrollen revisiones constantes, con la finalidad de proporcionar atención de calidad y con ello permita limitar o disminuir las problemáticas sanitarias de los distintos niveles de atención, tal es el caso de la mortalidad materna.

En este contexto, el IMSS en sus diversas dependencias deberá contar con herramientas de evaluación, guías de práctica, instrumentos de observación, entre otras, mismas que determinen la situación actual y expongan deficiencias de sus programas.

En el mismo tenor, esta investigación permitirá satisfacer una inquietud del investigador para determinar la forma de mejorar el proceso de gestión, mediante la detección de áreas de mejora, así como el desarrollo de una herramienta administrativa eficaz para mejorar y elevar la calidad con la que se brinda el cuidado asistencial de la paciente de situación urgencia obstétrica, por tal motivo, se eligió esta unidad, por demostrar interés por personal directivo de enfermería para la realización del mismo, además de conocer cuál es la situación actual de la implementación de la estrategia y ser de prioridad para satisfacer las necesidades de las líneas de investigación de la unidad, que considera a la mortalidad materna



como. El objetivo primordial de la estrategia es contribuir al cumplimiento de los objetivos nacionales y mundiales para favorecer y asegurar la disminución de los casos de mortalidad materna dentro de las instituciones de salud y en general en el país.

Aunado a ello se pretende evaluar la estrategia desde la perspectiva de los actores que la operan, mediante recolección de datos, a través de diversas técnicas del enfoque cualitativo, para definir en conclusión un posible sistema que permita redefinir objetivos, generar la pauta para la creación de nuevos indicadores y la principal razón, favorezca la toma de decisiones del cuerpo de gestión de la institución.

Dentro de las unidades hospitalarias localizadas en la ciudad de San Luis Potosí, el hospital general de zona # 1 con unidad de medicina familiar, considerada como una unidad hospitalaria con capacidad resolutive en emergencias obstétricas las 24 horas del día, los 365 días del año y que en la actualidad opera el código máter dentro de sus programas de atención, implementado desde el nivel operativo y directivo, por el Equipo de Respuesta Inmediata de la institución (ERI), coordinando funciones para la atención de la urgencia y emergencia obstétrica. A pesar de los esfuerzos por cumplir con las metas planteadas para disminución de los índices de mortalidad, no se cuenta en la actualidad con un método propio para la institución, que permita identificar las áreas de oportunidad en cuanto a la implementación de la estrategia, esto trae como consecuencias desconocimiento del efecto del modelo de intervención, limitación en la gestión del capital humano, desconocimiento del progreso del programa y las áreas a mejorar, ausencia de mecanismos de recolección, análisis y uso de los datos dentro de un programa medible, repetible y que permita la toma de decisiones oportuna, entre otras<sup>20</sup>.

Dentro del contexto estudiado, no se ha evaluado, la implementación de la estrategia, por lo que se considera pertinente desarrollar una evaluación cualitativa desde la perspectiva de los actores que operan la estrategia, involucrando a dos grupos de actores cuerpo directivo y operativo, con la finalidad de describir como se opera la estrategia y sistematizar la forma de evaluarla, para concluir en una propuesta para monitorear la implementación de la misma.

### **III. Marco teórico**

#### **3.1 Definición de mortalidad materna**

La OMS define a la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días después de su terminación debido a cualquier causa relacionada con el embarazo<sup>21</sup>. El banco mundial define la tasa de mortalidad materna, como, la cantidad de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos. Los datos se estiman según un modelo de regresión que usa información sobre fertilidad, asistentes para el parto y prevalencia del VIH, según el banco mundial<sup>22</sup>.

#### **3.2 Situación de mortalidad materna en el mundo**

La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva en el mundo. Más de 1,500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales. Si bien es difícil medir las enfermedades y secuelas relacionadas con el embarazo, las estimaciones varían de 16 a 50 millones de casos anuales incluyen condiciones como infección, complicaciones neurológicas, hipertensión, anemia y fístula obstétrica.

A pesar de los esfuerzos realizados desde la conferencia Internacional sobre Mortalidad Materna sin Riesgo (1987), la organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reconocido que las tasas de mortalidad materna, que continúan inaceptables en un número importante de países, por ello existe un gran interés mundial en disminuir este tipo de mortalidad. En septiembre de 2002 los miembros de la ONU adoptaron la declaración la Declaración del Milenio; en la cual participaron México y otros 188 estados miembros suscribieron los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio, dentro de los cuales se encuentra el número 5, que establece la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna en un 75 %, respecto a los niveles de 1990<sup>23</sup>.

Por lo anterior la mortalidad materna continúa es un problema de salud pública en el mundo, dicho así la muerte de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio está considerado un problema no resuelto por ello a pesar de los avances y metas

que se plantearon a partir de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), no se ha logrado disminuir la razón de mortalidad materna, en México la estimación de la Razón de mortalidad materna para 1990 corresponde a 89 por cien mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y a 55.6 en 2007; estos registros implican una reducción de 37.5 por ciento en 17 años, esto refleja una reducción promedio anual de 2.2 %, registrándose una disminución importante en el año 2006 de 5.2 %, cifra insuficiente ya que se requiere como mínimo una reducción anual de 7.7 % para lograr la meta planteada, en la cumbre de los ODM <sup>24,25</sup>. En números absolutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio, si analizamos los avances y retrocesos en términos de razón de mortalidad, se logra concluir que la mortalidad es un problema de salud de prioridad mundial y nacional aun con rezago.

En el mundo existe el compromiso por mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna e incrementar el acceso universal a la salud reproductiva – Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio–, por ello la atención obstétrica de emergencia es una prioridad dentro de las políticas de salud materna y se han estandarizado funciones básicas para identificar los servicios desde un nivel básico hasta de atención integral<sup>26</sup>.

### 3.3 Situación de la mortalidad materna en México y San Luis Potosí.

La mortalidad materna es un problema de salud pública que refleja la inequidad social y evidencia limitaciones en cobertura y calidad de los servicios de salud, como el acceso a métodos de planificación familiar, la detección y el tratamiento adecuado de complicaciones y la atención oportuna en hospitales resolutivos<sup>27</sup>.

En México, la razón de mortalidad materna en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100, 000 nacimientos<sup>28</sup>. En números absolutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio, si analizamos los avances y retrocesos en términos de razón de mortalidad materna, entre 1990 y 2010, de las 32 entidades federativas, 14 registraron avances mínimos, incluso un incremento, y 18 la redujeron. Cabe resaltar los casos de Colima y Morelos que la redujeron 64.4 % o

más, sin embargo hay que analizar que de acuerdo con los objetivos del milenio, establecen que México según el compromiso de este gobierno debería disminuir la razón de mortalidad materna en un 75 % para el 2015, dada la tendencia actual, es muy probable que México no pueda cumplir con el compromiso al que fue comprometido, con la OMS<sup>29,30</sup>.

Esto hace referencia al número de muertes registradas el año en el país, las cifras aún son alarmantes, en México alrededor de tres mujeres fallecen al día por causas maternas y 35 neonatos por causas perinatales<sup>31,32</sup>. A lo largo de las últimas dos décadas, una de cada 8 muertes maternas se presentó en menores de 20 años. En 2010, del total de muertes maternas, 10 por ciento correspondieron a jóvenes menores de 19 años, quienes alcanzan niveles de entre 20 y 30 por ciento en San Luis Potosí, Tabasco, Nuevo León, Chihuahua, Aguascalientes.

En general se ha registrado en todo el país, un incremento de los embarazos no deseados entre las adolescentes y jóvenes, en particular entre las menores de 15 años. Casi la mitad de las mujeres en el país ya es madre antes de cumplir los veinte años. En 2009, de todas las hospitalizaciones en niñas de 10 a 14 años, el 29.7% se debió a causas relacionadas con embarazo, parto y aborto. El aumento de las hospitalizaciones por causas maternas ha sido constante en esta última década, y es impactante ver que se focaliza, entre otros grupos de edad, en menores de 15 años.

El sitio de la defunción nos habla del acceso a los servicios y de la calidad de atención en los mismos. En 2010, más del 91 por ciento de las mujeres que fallecieron por una causa materna, llegaron a establecimientos hospitalarios y accedieron a algún tipo de atención antes de morir, lo que habla de una deficiente calidad en la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud. Pero en estados como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, alrededor de 1 de cada cuatro mujeres murieron en su casa; hasta 15 por ciento fallecieron en la vía pública en Guerrero y San Luis Potosí. Estas cifras evidencian, en los estados más marginados, un serio problema de acceso a los servicios de salud<sup>33</sup>.

San Luis Potosí es un estado que está ubicado en la zona centro del país; tiene 2.4 millones de habitantes, 58 municipios y cuatro zonas geográficas: Altiplano, Centro, Media y Huasteca. Tiene 9% de población indígena. El análisis de la mortalidad materna de tres quinquenios previos proporcionó información suficiente para tomarlo en cuenta, en un Plan Estatal de Salud. En el estado desde 1990 hasta 2003 se observa un comportamiento epidemiológico estacionario, con registro de mayor mortalidad en la capital del estado y en la zona con mayor población indígena, en un estudio observacional y retrospectivo, realizado en San Luis Potosí, en el que se hizo una revisión sistemática de todas las muertes maternas, a través de eslabones de críticos en los tres niveles de atención y las responsabilidades de nivel directivo, con el personal que atendió a cada paciente y las autoridades y las autoridades locales y estatales del sector, con la finalidad de debatir la importancia de hacer lo necesario para que no se complique o muera otra paciente más en condiciones similares, se identificó que el incremento en la cobertura de planificación familiar, el personal médico al aumentar el conocimiento de riesgos de complicaciones, el trato cálido y personal logró una cobertura del 80 % de métodos anticonceptivos, que logran disminuir los índices de mortalidad materna<sup>34</sup>.

### 3.4 Causas de mortalidad en el mundo y en México

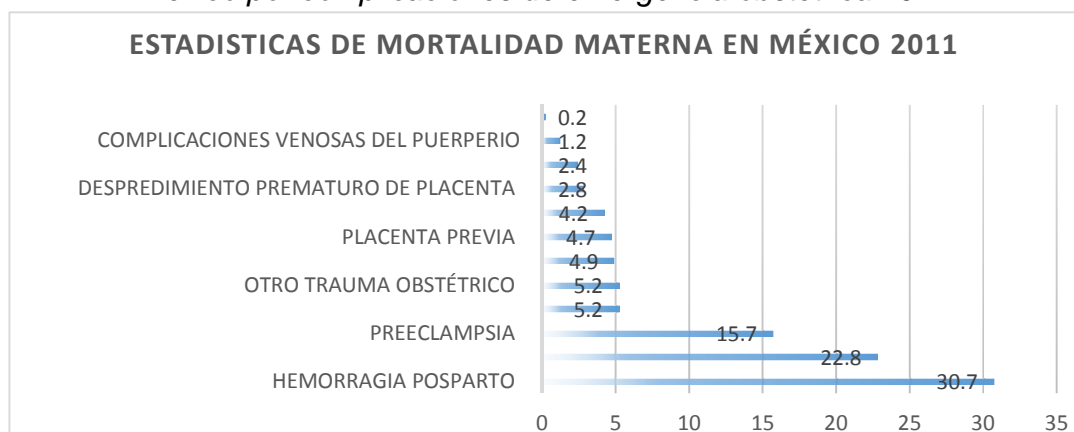
La principal causa de defunción por complicaciones de emergencia obstétrica, con una tasa de mortalidad observada de 1.70 por cada millón de mujeres de 30 a 34 años<sup>35</sup>. En la segunda etapa de gestación es la eclampsia, que presenta la tasa más alta entre las mujeres de 25 a 29 años (6.94 por cada millón) y la pre eclampsia (4.05 en mujeres de 30 a 34 años), que detectada de forma oportuna es menos letal que la eclampsia. Las complicaciones post-evento obstétrico mortales más frecuentes, son la hemorragia posparto que se presenta con mayor prevalencia entre las mujeres de 30 a 34 años (8.52 por cada millón de mujeres de ese grupo de edad); el trauma obstétrico que incluye la inversión del útero posparto y se observa más entre las mujeres de 35 a 39 años (1.60 por cada millón); y la sepsis puerperal (infección genital después del parto) que afecta en mayor proporción a las mujeres de 25 a 29 años (1.84 por cada millón de mujeres)<sup>36,37</sup>.

En México la mortalidad materna está alejada de disminuir su razón y con ello dar cumplimiento a los objetivos del milenio, dentro de las cinco primeras causas de muerte materna representan 88.3% del total de estas defunciones; en la primera causa se ubican las defunciones obstétricas indirectas con 31.9%, seguida de las enfermedades hipertensivas del embarazo, edema y proteinuria con 20.4%; hemorragia del embarazo, parto y puerperio con 19%; otras complicaciones del embarazo y parto con 11.2% y las ocurridas a consecuencia de un aborto, con 5.8 por ciento.

Durante 2011, del total de defunciones por complicaciones de emergencia obstétrica en mujeres de 15 a 49 años en México, 31 de cada 100 muertes fueron por hemorragias posparto asociadas con retención de placenta; 23 por eclampsia; 16 preeclampsias; 5 por embarazos ectópicos; 5 por otro trauma obstétrico; 5 más por sepsis puerperal; y 5 por placenta previa, que puede estar asociada con otros factores importantes como el acretismo placentario, que se relaciona a mujeres que tuvieron una cesárea previa,<sup>25</sup> que incrementa el riesgo de hemorragia obstétrica grave, por lo que es importante evitar el abuso de esta técnica.

En la siguiente gráfica se observa la distribución porcentual de las principales causas de mortalidad materna en México, cifras que permiten visualizar las situaciones que merecen observancia, y control de atención sanitaria.

*Distribución porcentual de mortalidad observada en mujeres de 15 a 49 años en México por complicaciones de emergencia obstétrica 2011.*



Fuente: INEGI: Estadística de mortalidad 2011

### 3.5 Normatividad de la atención materna en México

La normativa nacional en el ámbito federal y local otorga carácter prioritario a la prestación de servicios de salud materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las obligaciones internacionales de derechos humanos contraídas por México comprometen al Estado a prevenir la muerte materna; sin embargo, los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos cinco años. Tanto las principales causas como las entidades federativas con el mayor registro de casos han permanecido sin cambios. Esta situación es sin duda un reflejo de la existencia de problemas estructurales en el Sistema que impiden a las mujeres un acceso efectivo a los servicios de salud materna.

Dentro de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, dentro de su artículo 4° establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos<sup>38</sup>.

La Ley General de Salud en su artículo 3o. fracción IV establece que se considera a la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico<sup>39</sup>, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo<sup>40</sup>, parto y puerperio, así como del recién nacido y etapas posteriores, que permite vigilar su crecimiento y desarrollo, la promoción del desarrollo y el bienestar familiar, dentro de los ordenamientos en el artículo 62 de la ley general de salud, menciona que dentro de los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes<sup>41</sup>. Dentro del mismo contexto el artículo 65 de la ley general de salud, se circunscribe que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: programas para padres destinados a promover la salud materno-infantil<sup>42</sup>.

Estas son algunas de las leyes y normas que impactan de manera directa sobre la atención materna en México.

**Programa de acción específico arranque parejo en la vida:** es uno de los programas prioritarios de esta administración pública Federal, cuyo propósito se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país y la salud de niñas y niños, contribuyen a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población. Para dar respuesta a este compromiso, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida establece un esquema operativo de 16 acciones básicas, integradas en cuatro componentes sustantivos así como de 16 acciones de apoyo agrupadas en cuatro componentes estratégicos<sup>43</sup>.

- a) Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los 28 días de vida.
- b) Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social.
- c) Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano.
- d) Promover la atención integral y de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer su sano crecimiento y desarrollo.
- e) Fortalecer en los tres niveles de gobierno, las acciones de rectoría que contribuyan a mejorar las condiciones de salud materna y perinatal en la población mexicana, mediante la coordinación de esfuerzos, unificación criterios y optimizando recursos.



**Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción:** Se ha definido como prioritario ya que una de las finalidades del programa es contribuir a alcanzar una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual. Por otro lado fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país, lo que repercute de manera positiva en el desarrollo económico, cuyo objetivo es contribuir a que la población mexicana disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

### **Estrategia embarazo saludable**

A partir de 2008, se inició una de las principales estrategias del Seguro Popular (SP) para mejorar la salud materna, la estrategia embarazo saludable, con el objetivo de garantizar la incorporación de las mujeres embarazadas que no cuenten con seguridad social y protegerlas durante su embarazo, el efecto de esta ha sido positivo ya que desde 2008 a 2012 durante el primer trimestre se han incorporado al SP, 1.8 millones de mujeres, con la finalidad de aumentar la equidad de atención en salud materna.

#### **3.6 Atención obstétrica de emergencia**

En todo nuevo contexto de emergencias se pueden esperar que el 15% de las mujeres embarazadas tengan complicaciones durante el embarazo o el parto y que necesiten atención obstétrica de emergencias, por lo tanto es importante que las naciones pongan atención a las necesidades de la mujer gestante y a los recién nacidos dentro de los primeros días de una emergencia nueva para prevenir la mortalidad materna y perinatal, para lo cual los preparativos para una situación de emergencia en torno a garantizar una maternidad sana deben incluir la distribución rápida de insumos para partos asépticos, medicamentos esenciales, y equipos para

la atención obstétrica en los establecimiento de salud como así asegurar la presencia de personal calificado para ofrecer atención obstétrica de emergencia<sup>44</sup>.

### 3.6.1 Ruta crítica en atención de la emergencia obstétrica

En la actualidad se ha llevado a cabo una modificación en el enfoque de la atención de las emergencias obstétricas, por lo tanto se hace necesario fortalecer los vínculos existentes en los diversos niveles de atención a la paciente obstétrica desde la atención prenatal y pre hospitalaria, tratamiento en unidades de segundo nivel y tercer nivel, así como las unidades de rehabilitación de la red hospitalaria tomando cada actor involucrado las responsabilidades pertinentes en cada unidad para brindar una atención oportuna y con ello disminuir las muertes maternas dentro del periodo prenatal hasta los 42 días posparto o post-evento obstétrico<sup>45</sup>.

En el marco de la evolución de la atención de emergencias obstétricas en México se hace necesario la identificación de la ruta crítica por el personal de salud.

La Ruta Crítica es una propuesta de Pasos esenciales para activación del ERI dentro de la unidad hospitalaria cuenta con los siguientes elementos:

1. Ingresar la paciente por sus propios medios o por personal de ambulancia.
2. Es valorada por personal de Triage obstétrico, quien activa el ERI mediante alarma sonora, voceo por 5 veces consecutivas o la forma de activación que la institución elija para tal fin.
3. Inicia tratamiento de acuerdo a guías clínicas.
4. Traslado para manejo complementario bien a quirófano o la Unidad de Toco-Cirugía, Unidad de Choque o Cuidados Intensivos Obstétricos.
5. Retroalimentación permanente del sistema, mediante capacitación continua, evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia científica.



### 3.6.2. Modelo de las tres demoras en atención obstétrica de emergencia.

La Organización Mundial de la Salud ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal del embarazo, parto y puerperio profesional y calificado, esto asegura la detección y tratamiento oportuno, que involucra involucrando a todo el equipo multidisciplinario que atiende partos, ya que se considera que la atención profesionalizada del parto favorece una óptima atención ante las emergencias obstétricas, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. Por lo anterior dentro de las estrategias propuestas por la OMS se encuentran dos principales:

- Una estrategia que privilegia el cuidado profesional del parto.
- Una estrategia que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia.

Por lo anterior se considera a la muerte materna, como una cadena de eventos de orden multifactorial que inicia con la educación en salud en la población femenina, la asistencia técnica mediante el control, el desempeño fundamental del médico durante el evento obstétrico, cabe señalar que las mujeres mueren en los hospitales a causa de fallas en la atención de la emergencia obstétrica médica y quirúrgica, por lo que se han implementado estrategias dentro de las instituciones que contribuyen a disminuir en forma efectiva la mortalidad materna, una de ellas el Código Mater que representa una experiencia factible, accesible e indispensable en las unidades hospitalarias.

En 1990, Thaddeus y Maine propiciaron el primer cambio de enfoque sobre la mortalidad materna al enfatizar la paradoja aparente en las inversiones de salud pública: no se conoce aún una prevención primaria para la mayoría de las complicaciones obstétricas causantes de muerte, al mismo tiempo que la atención médica primaria no logra reducir los índices de mortalidad materna en el mundo; estos autores sugieren que el tiempo, desde la aparición de una complicación hasta su desenlace, debe ser la única medida utilizada para enfrentar las complicaciones.

Thaddeus y Maine utilizaron el concepto de las “demoras” entre la aparición de una complicación y su tratamiento y resolución adecuados, para vincular factores

diversos como la distancia, la autonomía de las mujeres y la asistencia médica. Esto brinda un marco de trabajo claro para el estudio de las muertes maternas más allá de las causas médicas, al combinar en un solo marco las secuencias causales de origen social y conductual relacionadas con el hogar, la comunidad y el sistema de salud, que trascienden la información clínica o demográfica<sup>46</sup>.

Según los autores las demoras son secuenciales e interrelacionadas: fase 1, demora de la decisión de buscar ayuda por parte de la mujer y/o su familia, fase 2 demora en llegar al establecimiento de salud adecuado y fase 3 demora en recibir el cuidado adecuado en ese establecimiento, aunque es importante tomar en cuenta que los prestadores de salud deben concentrarse primero en abordar el tercer tipo de demora a fin de asegurar que el establecimiento de salud y su personal cuenten con el equipamiento, lo cual tiene que ver con la calidad en la organización o la dimensión administrativa y con la calidad técnico científica de la prestación del servicio, aunado a la capacidad necesaria para asistir a las mujeres antes de fomentar la concurrencia de la comunidad y las derivaciones.

La falla para reconocer de manera temprana el deterioro en la condición clínica de un paciente lo pone en riesgo de muerte, llamado "falla para rescatar", este concepto no implica negligencia o falta de profesionalismo, sino la poca experiencia del personal de salud hospitalario o la sobrecarga de trabajo que impide reconocer los signos tempranos de deterioro y responder en forma rápida para resolverlos de manera integral, esta es la base de la creación de los equipos de respuesta inmediata<sup>47</sup>.

En México a partir de 2009 se crea la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, basándose en este modelo, generando con ello la creación de redes prestadoras de servicios de salud entre la Secretaría de Salud (SS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado (ISSSTE) e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de la firma del Convenio General para la Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, cuyo principal objetivo es que toda mujer en etapa

gestacional que presente una emergencia obstétrica sea atendida en cualquier unidad médica de estas instituciones, sin importar afiliación.

#### 3.6.2.1. Análisis de la mortalidad materna (El modelo de las tres demoras).

Para analizar la mortalidad materna existe un método de los más utilizados para este propósito el llamado, camino para la supervivencia de la muerte materna, descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS y el fondo de poblaciones de las Naciones Unidas<sup>48</sup>.

El modelo se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen de forma eficiente, ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. De esta forma, a partir de tres preguntas simples, se trata de identificar cualquier factor que haya causado demoras, ya que cualquier situación que signifique un retraso para que la mujer reciba atención adecuada para costarle la vida; por tal motivo el método de análisis ha sido denominando el modelos de las tres demoras<sup>49</sup>.

El modelo considera tres demoras o fases:

- a) Fase 1: Demora en tomar decisión de buscar atención.

El retraso en decidir en buscar atención es causada en general por las limitaciones en el entendimiento de lo que implica la atención médica, la cual incluye, barreras en el medio socio cultural que determinan los valores, creencias y actitudes, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas que involucran el poder adquisitivo (económico), así como la información; además del contexto geográfico que determina la accesibilidad física al servicio de salud, y el contexto institucional que determina el alcance, la organización de los servicios médicos y la calidad con la que son proporcionados estos<sup>50</sup>.

Esto puede analizarse desde la perspectiva del contexto de la unidad de análisis de la cual se desea obtener datos, ejemplo de esto en México, se describe en el estudio de casos de mortalidad en el estado de Yucatán, elaborado por Rodríguez Angulo y colaboradores, que luego de analizar las muertes a través de autopsias verbales y análisis cualitativo se identifican factores atribuidos a las pacientes y que correspondieron al primer retraso, se observó la falta de reconocimiento de la complicación debe ser reconocido y clasificado como anormal para poder tomar una

decisión, la falta de transporte, al momento de solicitarlo, fue una de las demoras que contribuyeron al segundo retraso de las defunciones estudiadas, aunque en las comunidades existen vehículos disponibles para el traslado de pacientes, no se encontraron disponibles cuando se les solicitó, en algunos casos los familiares tuvieron que contratar un particular.

Dentro de esta fase y en la investigación antes mencionada, se identifica otro factor que retrasó la decisión de solicitar atención o de buscarla, fue las malas experiencias en la atención, manifestada por los familiares, que retrasaron la búsqueda oportuna de los servicios, esta situación ha sido identificada como una causa de baja o nula utilización de los servicios de salud y por una causa de la embarazada al momento de ser trasladada a otro nivel de atención<sup>51</sup>.

b) Fase 2: Demora en llegar a la institución sanitaria.

La dificultad que conlleva en llegar a un establecimiento puede desalentar a la mujer en buscar atención, puede encontrar obstáculos, como la falta de transporte o una distancia excesiva hasta la unidad de salud, por lo tanto la segunda demora es resultado de la poca accesibilidad a los servicios de salud<sup>52</sup>, por lo tanto la accesibilidad del servicio juega un rol como factor determinante de la decisión de búsqueda del servicio de salud.

c) Fase 3: Obtención del tratamiento oportuno y adecuado (calidad de la atención).

Estudios han documentado que las causas identificadas en el tratamiento inadecuado de la paciente en situación de urgencia obstétrica, se encuentran la carencia crónica de personal capacitado y de suministros esenciales, además el tiempo transcurrido que supera los treinta minutos desde la decisión de un tratamiento definitivo sea quirúrgico o médico y el tiempo en que se inicia este y por último, el desabastecimiento de productos sanguíneos, de personal que carece de conocimientos técnicos, y actitudes hostiles para con las pacientes, causados la escasez de fondos, en ocasiones no se cuentan con políticas claras que establezcan en qué consiste un tratamiento adecuado para los trastornos que pueden poner en riesgo sus vidas.

En países de bajos recursos la mala calidad de la atención que se brinda, contribuye a la mortalidad materna ya sea en forma directa (porque sus estándares de atención de emergencia están por debajo del nivel óptimo) y en forma indirecta (porque impiden el uso del servicio de salud).

Una vez que el paciente logra tener acceso a los servicios de salud ¿Obtuvo una atención de calidad?

Las respuestas tienen que ver con una atención deficiente, por ejemplo:

- Dificultades administrativas para acceder al servicio
- Tratamientos médicos inadecuados e inoportunos
- No identificación adecuada del riesgo
- Personal insuficiente y capacitado para la atención del caso
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, entre otros.
- Actividades de promoción y prevención inexistentes e ineficientes
- Falta de oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante
- Atención en instituciones de salud no acordes con la gravedad del cuadro clínico de la paciente
- Calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico (ecografías, exámenes de laboratorio, entre otros).
- Deficiente calidad de la historia clínica
- Niveles de Atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan o acreditan.

Entre los años 2000 y 2004 se registraron en el país un total de 2.3 millones de muertes, y según el reporte de la secretaria de salud, el 38.5 % fueron debidas a causas evitables.

### 3.7. El código mater una estrategia para disminuir la mortalidad materna en México.

#### 3.7.1. Concepto

Se le denomina Código Mater al sistema de atención de la emergencia obstétrica, que se implementa mediante la gestión de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud<sup>53</sup>, cuya función es responder de manera inmediata ante la presencia de una situación de salud que ponga en riesgo la vida de un mujer en el periodo perinatal, que involucra en mayor frecuencia la hipertensión arterial (preeclampsias), hemorragia obstétrica y sepsis<sup>54,55</sup>, con la finalidad de optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios, en específico los humanos (gineco-obstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido), que asegure disminuir los índices de mortalidad materna en las instituciones de salud<sup>56</sup>.

Un establecimiento de atención obstétrica de emergencia integral debe ofrecer funciones características como: administración de antibióticos por vía parenteral, drogas oxitócicas y anti convulsionantes, extracción manual de la placenta, extracción de productos de la concepción retenidos, parto vaginal asistido, asistencia de cesáreas y transfusión sanguínea.

#### 3.7.2. Objetivo

Estandarizar la atención de la mujer con una urgencia obstétrica, a través de un grupo multidisciplinario para minimizar las demoras en la integración de diagnósticos y el establecimiento del tratamiento, con base a la evidencia científica y normatividad en cada una de las áreas institucionales<sup>57</sup>, con la finalidad de preservar la salud de la madre, prevenir y/o disminuir la morbimortalidad que resulta de los procesos de emergencia obstétrica y de la misma reanimación y en lo posible preservar la vida del producto de la concepción<sup>58</sup>.

Para cumplir el objetivo se deben realizar tres acciones específicas<sup>59,60</sup>.

1. Identificar: signos de alarma como: a) hipertensión o hipotensión arterial b) convulsiones tónico-clónicas c) alteraciones del sensorio o estado de conciencia d) sangrado tras vaginal abundante o por alguna otra vía e) taquicardia, taquipnea f) cianosis g) fiebre o hipertermia > 38.5° h) datos de shock.

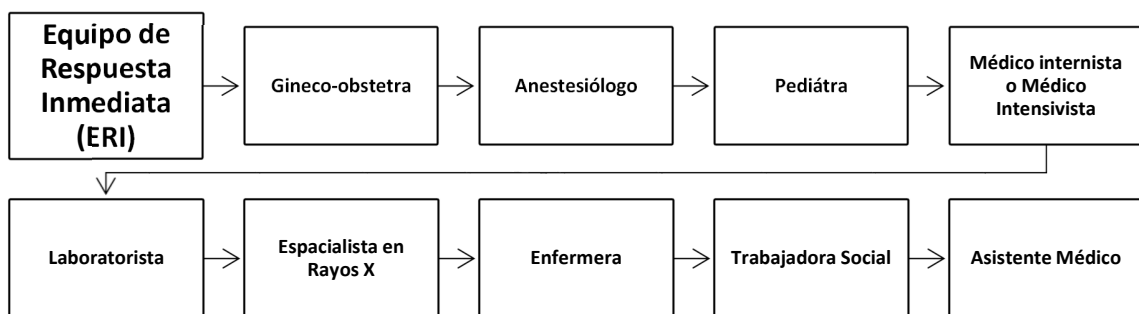


2. Tratar: mediante el apoyo de las guías clínicas para la tención obstétrica de preeclampsias- eclampsia, hemorragia obstétrica y sepsis.
3. Trasladar: en caso necesario y una vez estabilizadas las pacientes deberán ser trasladadas para continuar su tratamiento a la unidad de cuidados intensivos o área quirúrgica para continuar su tratamiento.

### 3.8 Equipo de Respuesta Inmediata en obstetricia.

Antes de hablar de los equipos de respuesta rápida en obstetricia se hace necesario conceptualizar a los equipos de respuesta inmediata de atención hospitalaria, ya que los sistemas hospitalarios deben ser capaces de detectar y tratar de manera oportuna el deterioro del enfermo antes de que sobrevenga la crisis, para lograr satisfacer la necesidad de atención oportuna y eficiente se deberá contar en todos los hospitales con un Sistema de Atención de Respuesta Rápida (SARR), dentro del cual está integrado un Equipo de Respuesta Rápida (ERR), cuya función primordial es optimizar un sistema de atención y los recursos hospitalarios (humanos y tecnológicos)<sup>61</sup>.

Por lo tanto definir un Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en obstetricia se considera un Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios dentro del cual se encuentran los siguientes implicados:



### 3.8.1 Actividades del Equipo de Respuesta Inmediata

A continuación se describen las actividades que se deberán desempeñar los actores implicados dentro del ERI durante la presencia de una emergencia obstétrica<sup>62</sup>.

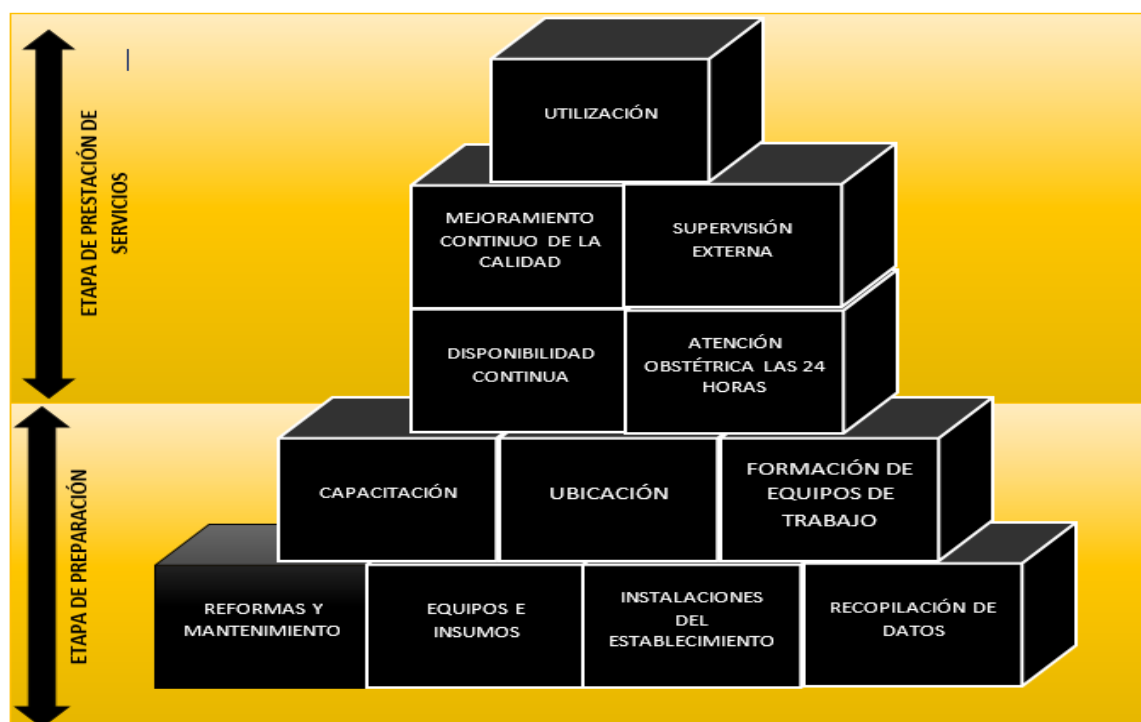
|   |  |
|---|--|
| <b>Gineco-Obstetra</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable de la valoración integral materno-fetal</li> <li>• Vigila el estado de consciencia</li> <li>• Vigilancia Cardiopulmonar</li> <li>• Valoración de reflejos osteo tendinosos</li> <li>• Solicita Frotis de sangre</li> <li>• Rastro ultra-sonográfico</li> <li>• Exploración pélvico vaginal</li> <li>• Inicio de manejo en función de las guías de práctica clínica</li> <li>• Resolución obstétrica</li> </ul>  |
| <b>Anestesiólogo</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de las condiciones maternas y fetales y adecuar manejo anestésico.</li> <li>• Intubación oro o naso traqueal</li> <li>• Anestesia general inhalada</li> <li>• Anestesia loco-regional</li> <li>• Reanimación hemodinámica con cristaloides y hemoderivados</li> </ul>  |
| <b>Pediatra</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de las condiciones fetales y preparación de reanimación neonatal</li> <li>• Aplicación de surfactante exógeno según necesidades</li> <li>• Apoyo ventilatorio mecánico</li> <li>• Reanimación básica y avanzada</li> <li>• Valoración y tratamiento integral del recién nacido.</li> </ul>   |
| <b>Médico internista o Intensivista</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleva a cabo una valoración neurológica (Glasgow)</li> <li>• Gasto cardíaco y resistencias vasculares periféricas</li> <li>• Función hepatorenal (Prueba de función hepática y renal)</li> <li>• Hidroelectrolitos y función ácido-base (Electrolitos y gasometría arterial)</li> <li>• Niveles de glicemia</li> <li>• Ventilación y capnografía</li> <li>• Apoyo órgano-funcional y tratamiento multiorgánico.</li> </ul>  |
| <b>Laboratorista</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza exámenes de laboratorio solicitados con carácter de urgencia</li> <li>• Biometría hemática con cuenta de plaquetas</li> <li>• Pruebas de coagulación (tiempos de protrombina, trombina y tromboplastina parcial)</li> <li>• Determinación de glucosa, ácido úrico y creatinina sérica.</li> <li>• Aminotransferasas y deshidrogenasa láctica</li> <li>• Gasometría arterial o venosa</li> <li>• Electrolitos séricos (sodio, potasio y cloro)</li> <li>• Pruebas de compatibilidad sanguíneas, grupo sanguíneo y factor Rh</li> </ul> |
| <b>Especialista en rayos X</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastreo abdominal y pélvico.</li> <li>• Monitorear frecuencia cardíaca, movimientos somáticos, presentación, sitio de inserción placentaria y características morfológicas de la misma, apreciación semicuantitativa del líquido amniótico, valoración de reactividad fetal mediante cardiotocografía externa.</li> </ul>   |
| <b>Enfermera</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• signos vitales, venoclisis y toma de muestras sanguíneas e instala sonda de Foley</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Frecuencia cardíaca</li> <li>• Frecuencia respiratoria</li> <li>• Temperatura</li> <li>• Toma muestras laboratorio (BH, glucosa, enzimas, coagulación)</li> <li>• Instala venoclisis con 1,000 ml de solución mixta</li> <li>• Inserta sonda de Foley N° 16 con bolsa recolectora</li> <li>• Cuidados generales de enfermería.</li> </ul>  |
| <b>Trabajadora social</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.</li> <li>• Información sobre estado de salud <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado para diversos procedimientos</li> <li>• Trámites administrativos diversos</li> <li>• Vinculación con centros hospitalarios o servicios en otras unidades médicas</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Laboratorio</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exámenes solicitados con carácter de urgencia y entrega oportuna de exámenes de laboratorio.</li> </ul>  |
| <b>Asistente médica</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.</li> <li>• Información sobre estado de salud</li> </ul>   |

### 3.7.3.2. El quehacer del equipo directivo

Toda implementación exitosa del Código Mater se debe al compromiso del equipo directivo para planear la puesta en marcha de este, así como de crear las condiciones operativas adecuadas para integrar al equipo de respuesta inmediata en urgencias obstétricas de la forma más adecuada, para llevar a cabo las actividades de forma óptima y operar con altos estándares de calidad y oportunidad en la atención<sup>63</sup>.

Con la finalidad de proporcionar la mejor atención a la paciente que demanda atención obstétrica, se cuenta con experiencia mundial en el terreno de los programas de atención materna de emergencia, uno de los modelos que sustentan la generación del Código Mater, el modelo de módulos, el cual contempla los principales elementos necesarios para la planificación e implementación de los programas de atención obstétrica de emergencia y cada pieza resulta fundamental, el proceso se divide en dos etapas, la primera de preparación y la segunda prestación del servicio, estas etapas deben tener las características de creatividad e innovación, para lograr adaptarse a las necesidades de las usuarias del servicio<sup>64</sup>.

**Figura 1.** Componentes fundamentales para la implementación de la Atención obstétrica en emergencias.



### 3.9 El modelo de módulos

La atención obstétrica es un punto fundamental para la salud pública, por tal motivo la evaluación constante de las estrategias sanitarias busca determinar los puntos débiles de estas, con la finalidad de fomentar la mejora continua de las mismas.

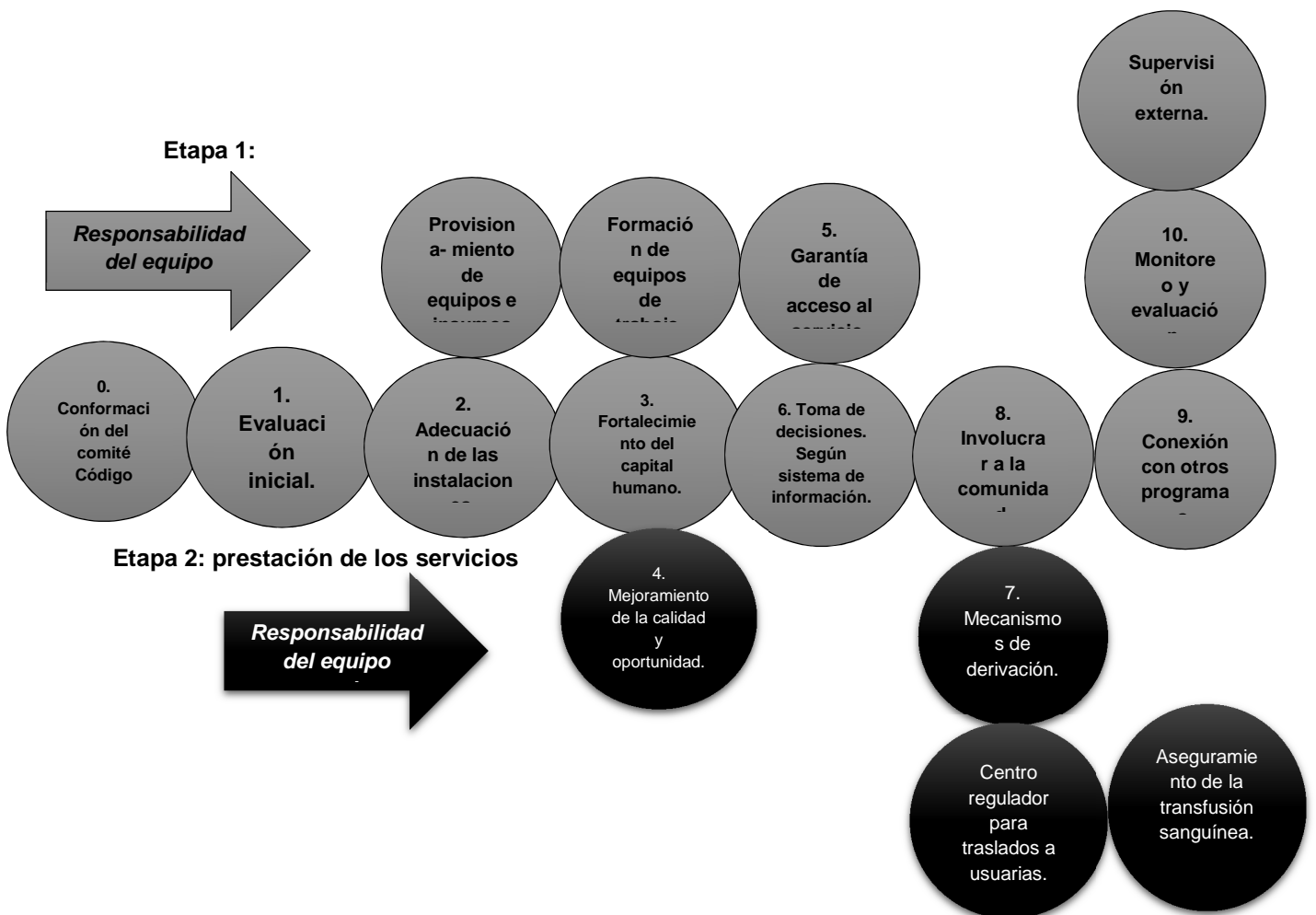
En 2004 en Bangladesh en Asia se analizó mediante entrevistas cualitativas al personal de salud que brinda atención a pacientes obstétricas en situación de emergencia, se identificaron los aspectos débiles de los programas de atención a emergencias obstétricas y se determinó que la mejora de los elementos del modelo de módulos tiene un impacto importante sobre la calidad del servicio.

Algunos de los aspectos vienen a formar parte del modelo de módulos para la atención de la urgencia obstétrica, algunos de estos aspectos identificados en este estudio son : deficiencias en la preparación del personal que brinda la atención, falta de infraestructura, deficiencia de materiales e insumos para proporcionar la atención, contratación de equipos e insumos, formación de actividades, gestión de las mismas y supervisión continua<sup>65</sup>, Esto no sólo condujo a mejoras generales en el sistema de salud, sino que también aumentó el acceso a la atención obstétrica de emergencia en Bangladesh. Este tipo de enfoque sectorial ha demostrado su eficacia en varios otros programas de los países encaminadas a reducir la mortalidad materna y la morbilidad.

Es importante identificar que el éxito de este tipo de programas se debe al resultado de la interacción de varios actores involucrados, el personal de salud que ofrece cuidados de urgencia, el personal directivo gestionando el desarrollo humano de estos, esfuerzos institucionales traen como resultados la disminución de los índices de mortalidad materna. Si un país como Bangladesh, que se ubica cerca de la parte inferior del índice de desarrollo humano puede lograr este tipo de avances para enfrentar el gran número de muertes maternas, es posible que otros programas de los países lo hagan.

A continuación se muestra el modelo de módulos considerados como los elementos básicos que deben ser planeados para la óptima implementación del Código Mater y por consecuencia favorecen el adecuado funcionamiento del ERI.

**Figura 2.** Modelo de módulos, dividido en etapas y sus elementos para su implementación



### 3.10. Investigación cualitativa

Los métodos de investigación cualitativa se utilizan en un gran número de disciplinas de las ciencias sociales, la gestión o la enfermería, y cada vez mayor, en las ciencias de la salud.

Con demasiada frecuencia, y al tiempo que la metodología cualitativa cobra visibilidad y reconocimiento en el ámbito de la investigación y evaluación, tanto en las ciencias humanas, como en las ciencias de la salud<sup>66</sup> se abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis de contenido o el análisis del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje<sup>67</sup>.

La metodología cualitativa se plantea para descubrir o plantear preguntas que ayuden a reconstruir la realidad tal como la observan los sujetos de un sistema social definido (Sampieri y Cols, 2003). No pretende probar hipótesis ni medir efectos, el objetivo fundamental es describir lo que ocurre en nuestro alrededor, entender los fenómenos sociales. En ese sentido el identificar todo aquello que sucede cuando se implementa el ERI desde la perspectiva de cada uno de los actores, viene a ser objeto de estudio, para con ello contar con herramientas que generen un marco de referencia para evaluar.

#### **IV. Supuesto**

Las defunciones maternas ocurren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo, el parto y puerperio, en nuestro país a pesar de que la mortalidad materna ha disminuido, la preeclampsia, eclampsia, La hemorragia obstétrica y la sepsis, ocupan los primeros lugares de causas de defunción materna.

La implementación del ERI permite disminuir las muertes maternas, por lo que una evaluación cualitativa, ayudaría a identificar lineamientos que coadyuven a la mejora continua de los procesos que se lleven a cabo dentro de las unidades donde se brinden servicios de atención obstétrica, por lo tanto, si la evaluación se realiza desde la perspectiva de los involucrados en la implementación de esta, la información recabada tendrá gran valor para el investigador, ya que se considera aportaría elementos teóricos para su estudio.

Por lo anterior y visto desde la perspectiva del investigador, como profesional de enfermería adscrito a un hospital con servicios de gineco-obstetricia, se tuvo el interés de llevar a cabo dicha investigación para limitar la problemática existente, además de hacer aportaciones pertinentes con las que se logre una mejora continua de los procesos de atención ante la urgencia obstétrica, a las usuarias del servicio, además de desempeñar un rol activo en la evaluación de los procedimientos y procesos de la institución.

## **V. Objetivos**

### 5.1 Objetivo General

Evaluar mediante un enfoque cualitativo la implementación del ERI, desde la perspectiva de los actores involucrados en una institución de seguridad social, en la ciudad de San Luis Potosí. No coincide con el título

### 5.2 Objetivos específicos

1. Describir el contexto organizacional en el que se implementa el Equipo de Respuesta Inmediata.
2. Comprender la forma en la que opera el Equipo de Respuesta Inmediata desde la perspectiva de los actores que lo implementan.
3. Identificar las fortalezas de la implementación de la estrategia, desde la perspectiva de los actores involucrados en la operación de la misma.
4. Identificar y describir las áreas de oportunidad del Equipo de Respuesta Inmediata, desde la perspectiva de los actores que lo implementan.
5. Analizar e interpretar las perspectivas de los actores que implementan la estrategia Código Máster.
6. Generar una propuesta para el monitoreo y evaluación de la operación de la estrategia, con el análisis de los datos obtenidos.



## **VI. Metodología**

### **6.1 Tipo de estudio**

El presente trabajo corresponde a una evaluación cualitativa del Equipo de Respuesta Inmediata, en el cual se buscó lograr la comprensión de las perspectivas y poder contextualizar las vivencias y experiencia de los actores involucrados en el proceso de gestión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), en el marco del contexto de una institución de segundo nivel atención, de seguridad social el Hospital General de Zona No.1 con Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) “Lic. Ignacio García Téllez”, la cual es considerada una de las instituciones con mayor capacidad resolutive ante la urgencia obstétrica en San Luis Potosí zona centro.

### **6.2 Procedimiento**

Para llevar a cabo la investigación se desarrollaron 3 fases: Planeación, Recolección de la información y Análisis y Presentación de los resultados.

6.2.1 Planeación: Durante esta fase se logró acceso al área y seleccionar a los informantes.

#### **6.2.1.1 Acceso al área**

La selección del contexto se determinó debido a que se identifica a la unidad estratégica como una institución que brinda un cuidado multidisciplinar en situación de urgencia, además esta unidad es considerada por el observatorio de mortalidad materna de la ciudad de San Luis Potosí, como una unidad con la capacidad de atención de la urgencia obstétrica, los 365 días del año, las 24 horas del día y que cuenta con el personal calificado para la atención oportuna, de la mujer en riesgo de muerte por complicaciones del periodo perinatal.

Lo anterior sustenta la necesidad del personal directivo de enfermería para la realización del mismo, lo cual ayudó a determinar cuál es la situación actual de la implementación de la estrategia, ya que aún con su operación existen muertes registradas en el último año 2014.

El acercamiento se llevó a cabo con el personal de la institución de diversas categorías como anestesiología, enfermería, ginecología, pediatría, equipo directivo

de enfermería, entre otros actores claves que desempeña cierta función dentro del ERI y que gracias a su amplia experiencia en el área proporcionaron información de gran relevancia para cumplir los fines del estudio.

Para lograr el acceso al área el investigador identificó el contexto como una representación de la situación social de las personas, sus interacciones y los objetos ahí presentes, se buscaron estrategias de acceso, de tiempo y se planearon citas en coordinación con los informantes mediante un contacto previo con los miembros del equipo, favoreciendo a este proceso que el investigador forma parte del contexto como personal de la institución lo cual favoreció la realización del estudio.

#### 6.2.1.2 Selección de los informantes

Para asegurar la pertinencia con la que se obtuvo la información se seleccionaron los informantes del equipo que con mayor fiabilidad pudiesen haber proporcionado elementos relevantes para su posterior análisis, por tal motivo se incluyeron como informantes a los participantes del equipo multidisciplinario que se involucran en forma directa o indirecta en situación de urgencia obstétrica y que forman parte de las distintas disciplinas del área de la salud y administrativas que participan en el ERI.

Debido a que es de vital importancia conocer la perspectiva de los actores antes mencionados considerándolos como individuos con funciones específicas, dentro del equipo de respuesta inmediata y quienes desempeñan una función de muchas que en conjunto, repercuten de manera estrecha en la salud de la mujer en riesgo, formar parte del contexto propio al estudio y además de ser los actores claves, quienes conocen el entorno, ya que en él realizan sus funciones, quienes con la ayuda del investigador expresaron sus experiencias, así como el sentido que le dan a la labor que desempeñan.

Posterior a la selección de los informantes, se obtuvo el consentimiento informado de cada uno luego de presentar la metodología de trabajo y los medios para el tratamiento de la información recabada mediante el apoyo de una presentación de Power Point elaborada para este fin, además de explicarse sobre el riesgo mínimo al que se expondrían en caso de aceptar participar en el estudio.

Para observar las características de los participantes ver apartado 8.1 donde se muestran las características de los informantes. Para llevar a cabo este proceso de planeación y selección se tomó el mes de junio durante curso del año 2015.

#### 6.2.2 Recolección de la información

Se llevaron a cabo 18 entrevistas semiestructuradas a los integrantes del ERI se consideró la creación ex profeso de la guía de entrevista, posteriormente llevaron a cabo 18 entrevistas semiestructuradas audio grabadas y procesadas en forma de texto y posteriormente analizadas, gracias a las cuáles se obtuvo información de gran relevancia para el propio investigador y la institución, esto permitió conocer el contexto organizacional en el que se implementa el ERI, además de describir el modo en el que se implementa la estrategia, las fortalezas y áreas de oportunidad de esta, desde la perspectiva de los actores que viven su implementación, para completar la recolección de la información se consideró el periodo de julio a agosto de 2015.

#### 6.2.3 Profundización en el análisis

La información se analizó bajo la metodología de análisis cualitativo temático, se llevó a cabo el proceso de codificación, categorización y subcategorización esto permitió conocer la situación actual del código máter en la unidad estratégica seleccionada para el estudio, lo cual generó sustento teórico objetivo para facilitar el proceso de formulación de herramientas administrativas que permitirán desarrollar propuestas de mejora y generar estrategias para aumentar la calidad de atención, así como ayudar a proporcionar una atención con mayor eficacia y eficiencia a las pacientes que demandan atención de urgencia obstétrica, proporcionada por el equipo multidisciplinario, para obtener como resultado disminución de los índices de mortalidad materna en el país.

En este sentido, desde el marco de la evaluación cualitativa se logró explorar los componentes que permean la implementación de la estrategia, así como la estructura de la misma, además de los procesos que en esta se involucran; desde la perspectiva de los actores de la estrategia, con la finalidad de generar

conocimiento con base a lo observado y proponer un medio cuantitativo para monitorear y evaluar la implementación de la estrategia.

Mediante el acercamiento etnográfico se pretende identificar, el *modus operandi* de la estrategia, mediante la observación y descripción de lo que hacen los integrantes del equipo de salud, cómo se comportan e interactúan entre sí, cuándo se presenta una situación de urgencia obstétrica. Además de describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y como estos pueden variar en diferentes circunstancias del propio contexto.

Como es sabido, este enfoque reconoce al investigador como generador de significados y como un sujeto que piensa, es activo y reflexivo. Por ello es de vital importancia la generación de herramientas para la recolección de datos, como la observación y el apoyo de entrevistas, para luego llevar a cabo un proceso reflexivo durante el desarrollo de la investigación<sup>68</sup>, además con ello se pretende construir un relato objetivo, racional y pronosticable de lo social, asume que el conocimiento social e inestable, se va recreando como nuevo en cada encuentro interactivo y considera cada interacción no solo como una manifestación de la realidad social mediante su forma estructural y su contenido, sino también una vuelta a recrear dicha realidad<sup>69</sup>, el análisis temático se llevó a cabo en el periodo de agosto a noviembre de 2015.

## **VII. Consideraciones éticas y legales**

El protocolo de investigación se sometió a aprobación por parte del comité de investigación adscrito al Hospital General de Zona c/M.F. No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de aprobar su implementación. Se cumplirá con los requerimientos de la Ley General de Salud, en relación a los aspectos éticos de investigación con seres humanos, lo cual menciona en el Capítulo I, Artículo 13: -En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, además para este trabajo se tomaron en cuenta los lineamientos de la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, que aboga por la revisión ante un comité de ética de todo proyecto de investigación aplicado en personas, para salvaguardar el respeto en todo momento de los informantes.

Así mismo, se consideró cumplir con lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos<sup>61</sup>.

De acuerdo a las consideraciones Éticas, la presente investigación toma en cuenta el objetivo y el campo de aplicación de la Norma 012. De esta manera, cumple con:

Artículo 4.3 Carta de consentimiento informado en materia de investigación (Ver anexo 4).

Artículo 4.11 Institución o establecimiento donde se realiza investigación para la salud. La Institución es de tipo Formal, de Seguridad Social, con atención de primer y segundo nivel. Cuenta con infraestructura y capacidad resolutive suficiente para proporcionar atención médica adecuada.

Artículo 4.12 Investigación para la salud en seres humanos. Se contó con la participación de los principales actores para la investigación, previo a la autorización de la carta de consentimiento informado.

Artículo 4.20 Proyecto o protocolo de investigación para la salud en seres humanos. Se cuenta con éste documento formal que describe la propuesta de una investigación para la salud en seres humanos, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, integrado al menos por los capítulos de: planeación, programación, organización y presupuestación; estructurado de manera metodológica y sistematizada en sus diferentes fases de trabajo, que se realizarán bajo la responsabilidad, conducción y supervisión de un investigador principal.

Artículo 5.8 En todo proyecto o protocolo de investigación, se deberá estimar su duración, por lo que es necesario que se anoten las fechas tentativas de inicio y término, así como el periodo calculado para su desarrollo. Se cuenta con un cronograma de actividades que cumple con éste rubro, en este se especifica inicio y término del mismo, así como el tiempo en que se dio cumplimiento a la formulación de cada parte del protocolo.

6 De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación.

Artículo 6.2 En el protocolo de investigación están presentes los elementos metodológicos requeridos para su autorización.

Artículo 6.3.2.8. Al ingresar el protocolo de investigación a los comités de Ética e investigación, se presentará el dictamen favorable a la Institución donde se realizará la investigación.

Artículo 7.4.5 Se anexa al protocolo una explicación detallada de los recursos que se utilizaron, los cuales serán auspiciados por el propio investigador, presentando para tal efecto de seguridad de la investigación una carta de no conflicto de intereses (ver anexo 3), de esta manera, se manifiesta que en la investigación que se titula “Evaluación cualitativa de la estrategia código mater en una institución de seguridad social en San Luis Potosí”, no existe conflicto de interés tanto económico

o profesional, para la elaboración de la presente investigación, desde el inicio del proyecto, hasta la culminación de la publicación y difusión de los resultados.

#### 10. Del Investigador principal

Artículo 10.1 La conducción de la Investigación, será llevada por la Directora de tesis, y el Tesista, quienes son profesionales de la salud, con formación académica y experiencia probada en la materia, lo cual permite el cumplimiento de la investigación.

#### 11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación.

Artículo 11.2 El sujeto de investigación tiene derecho de retirarse en cualquier tiempo, para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Se practicará el respeto hacia los participantes de la investigación en todo momento.

Artículo 11.3 La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación. En los casos de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo, la carta de consentimiento informado no será un requisito para solicitar la autorización del proyecto o protocolo de investigación.

Artículo 12.1 Toda la información de la investigación tendrá un carácter confidencial.

Artículo 12.3 Se protegerá la privacidad de los datos asignando un pseudónimo de manera que no se identifique la persona. En todo momento los materiales serán resguardados y se darán a conocer los resultados

## **VIII. Resultados**

En este apartado se presentan las perspectivas de los participantes a razón de los hallazgos de la evaluación cualitativa sobre la implementación del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI).

Para obtener los temas se analizaron las perspectivas de los trabajadores de la salud que se encuentran directamente relacionados con el ERI, quienes brindan atención a pacientes obstétricas en situaciones emergentes, en el servicio de labor y admisión de un hospital general de zona # 1 con unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) "Lic. Ignacio García Téllez", sujetos de diferentes disciplinas como enfermería, medicina, trabajo social, asistentes médicos, técnicos laboratoristas y químicos fármaco biólogos que intervienen en dos niveles directivo y operativo.

Se presentan las perspectivas de los actores desde el conocimiento de las finalidades, como se relaciona el contexto organizacional, el modo de operación, así como las fortalezas y debilidades que desde la perspectiva de los actores implicados favorecen o limitan la oportunidad de atención, de la mujer obstétrica en situación emergente.



## 8.1 Características sociodemográficas de los informantes entrevistados

Características sociodemográficas del equipo de respuesta inmediata en San Luis Potosí

| No. | Categoría               | Sexo | Edad | Antigüedad | Capacitación en ERI |
|-----|-------------------------|------|------|------------|---------------------|
| 1   | Enfermera General 1     | F    | 28   | 8          | NO                  |
| 2   | Enfermera General 2     | F    | 43   | 18         | NO                  |
| 3   | Médico Pediatra         | M    | 45   | 18         | NO                  |
| 4   | Médico Intensivista     | M    | 38   | 5          | NO                  |
| 5   | Gineco-obstetra         | F    | 39   | 9          | NO                  |
| 6   | Anestesiólogo           | M    | 42   | 10         | NO                  |
| 7   | Laboratorista 1         | F    | 46   | 11         | NO                  |
| 8   | Laboratorista 2         | F    | 38   | 9          | NO                  |
| 9   | Laboratorista 3         | F    | 42   | 10         | NO                  |
| 10  | Trabajadora social      | F    | 49   | 15         | NO                  |
| 11  | Asistente médico        | F    | 36   | 10         | NO                  |
| 12  | Subjefe de enfermeras 1 | F    | 53   | 20         | NO                  |
| 13  | Subjefe de enfermeras 2 | F    | 45   | 10         | NO                  |
| 14  | Jefe de piso 1          | F    | 48   | 26         | NO                  |
| 15  | Jefe de piso 2          | F    | 38   | 9          | NO                  |
| 16  | Jefe de piso 3          | F    | 36   | 9          | NO                  |
| 17  | Jefe de ginecología     | M    | 48   | 15         | NO                  |
| 18  | Subdirector médico      | M    | 52   | 15         | NO                  |

Fuente: Entrevistas directas a los integrantes del ERI, San Luis Potosí 2015

## 8.2 Dimensión 1: El recurso humano: perspectivas de un equipo humanizado y con actitud de servicio

Dentro de esta dimensión se identificaron hallazgos que aluden a la percepción que le da el equipo multidisciplinario al modo de implementación del ERI, por lo tanto posterior a analizar los resultados se identifica la perspectiva de los actores y se hace referencia a:

8.2.1 La ruta de la Vida: El camino para asegurar la sobrevivencia materna-infantil. Dentro de las características que definen el contexto organizacional se enmarcan las actividades que se llevan a cabo al momento de la implementación del ERI durante la presencia de la urgencia esto ha definido de forma tangible el modo de implementación del ERI lo cual permite observar el contexto organizacional como determinante para que los miembros individualmente y el equipo colectivamente despliegue sus potenciales y logre sus objetivos en común<sup>70</sup>.

*“Para llevar a cabo el despliegue de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata se siguen pasos bien definidos desde la llegada de una paciente hasta el tratamiento definitivo, por lo que cuando se nos informa que llegará una paciente en situación emergente se inicia la llamada ruta crítica que define los pasos a seguir para proporcionar la atención de la que hablamos, desde la visión del equipo directivo se logra establecer el apoyo pertinente de acuerdo al estado de salud del paciente en cuestión y se vigila la atención con la finalidad de definir el tratamiento adecuado y la vigilancia pos tratamiento”*

*“Es una gran responsabilidad la que tenemos cuando se presenta una urgencia obstétrica ya que si la paciente se muere es algo muy grave. Por lo tanto cuando se nos informa por teléfono o llega a pedir ayuda una paciente al área de admisión y se observa grave se informa de inmediato a los médicos y enfermeras para que brinden la atención inmediata y por lo que sé se da resolución oportuna”*

8.2.2 La urgencia obstétrica: La vivencia de las situaciones emergentes elemento clave en la sensibilización de un personal con humanismo.

Se identificó que el contexto en el que se desarrollan las actividades es un ambiente inmerso en la sensibilización del personal que está en contacto con la urgencia,

además de identificarse una relación estrecha entre personal de salud que se encuentra en las áreas de tratamiento y las usuarias del servicio.

*[...] “Cada vez que llega una paciente al servicio empezamos a correr por que es muy estresante tener a una paciente con riesgo de morir y no solo ella si no el hijo también, esto nos ayuda a querer la vida con amor, además de hacernos consciencia de que debemos de ser mejores cada día para atender este tipo de pacientes”[...]*

*[...] “Desde que estoy aquí en labor la percepción que tengo de la vida es distinta ya que se puede ver como a las pacientes desde muy jóvenes sufren mucho y mueren. Por eso procuro dar lo mejor de mí en cuanto a la atención y me pongo en su lugar identificando sus necesidades: de educación, de salud, emocionales y al final del día me quedo contenta con lo que aconteció en el turno” [...]*

8.2.3 El ERI: Una resolución urgente del embarazo a través del equipo multidisciplinario la perspectiva de los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata

La percepción es un proceso que permite al organismo, a través de los sentidos recibir, elaborar e interpretar la información proveniente del entorno en donde tiene interacción, en base a la percepción se constituye la experiencia y se formulan opiniones, que pueden definirse como el estado de creencia de los individuos y la colectividad respecto a determinado asunto e implica un juicio de valor, su validez lógica se fundamenta en la participación de los individuos en el contexto social siendo miembro de este. Por lo tanto el conocer las perspectivas sobre las finalidades de la estrategia busca determinar su impacto sobre el contexto desde la visión de los individuos que viven el contexto de la urgencia obstétrica<sup>71</sup>.

8.2.4 Las finalidades: EL conocimiento auto adquirido por necesidad de mejorar la atención de la urgencia.

Debido a lo anterior el ERI es considerado como una estrategia hospitalaria que tiene como principal objetivo la resolución oportuna de las urgencias obstétricas y limitar el daño en la mujer en una situación emergente<sup>72</sup>, es muy importante empezar por comentar que el equipo multidisciplinario identifica cuales son las finalidades del ERI a pesar de que no hayan sido capacitados en el tema y nunca

se haya dado a conocer las finalidades de modo formal, ya que como lo comenta Rosa:

*[...] yo lo investigué por que como te digo, yo estuve como enfermera general en el 2011 y apenas empezábamos con las quejas obstétricas, cuando me regresé me enfoqué en la UCIN y escuchaba "Se activó un ERI" entonces comencé a nivelarme de jefe de piso y me pidieron una tarjeta informativa de un ERI, y yo le comenté a la jefa ¿Qué es un ERI? Entonces no sabía que era un ERI, entonces de plano me tuve que poner a investigar en internet [...]*

El brindar atención de urgencias, para salvaguardar la vida del binomio madre e hijo, mediante el despliegue de actividades de un equipo de respuesta inmediata favorece la atención que se brinda a pacientes obstétricas en riesgo o con problemas reales que ponen en riesgo la vida del binomio, además con enfermedades concomitantes que hacen que la situación de salud se agrave, hacen necesario de una atención inmediata, disponibilidades de recursos, coordinación, comunicación, trabajo de equipo, por lo tanto, se hace un tema prioritario para la atención que se brinda dentro de la unidad, tratando de evitar principalmente la morbilidad materna.

Por lo tanto el tener un conocimiento de las finalidades que busca cumplir la estrategia favorece mejorar la calidad de atención, detectar problemas y evitar complicaciones sobre todo la muerte, logrando su correcto funcionamiento gracias a la interacción oportuna del equipo de salud en forma coordinada, para obtener resultados satisfactorios. Roberto declara su perspectiva sobre las finalidades de la siguiente manera:

*[...] uno de los principales objetivos es mejorar la calidad de atención en las personas embarazadas, detectar problemas y evitar complicaciones sobre todo no llegar a la muerte, ese es uno de los objetivos primordiales e involucra a mucho personal tanto médico, enfermería, trabajo social, personal de laboratorio, rayos x, apoyándonos en equipo como ultrasonido que nos permiten ver la viabilidad del producto y de la madre, detectar a tiempo los padecimientos más frecuentes como la hipertensión arterial que es la que conduce a la preclamsia y muerte de la paciente [...]*

Lo anterior favorece que el personal que se encuentra dentro del equipo y desempeña alguna actividad dentro del proceso sea consciente del fenómeno que se vive y esto implique la mejora del proceso, tenga repercusiones en la forma de actuar del individuo, traiga consigo un impacto positivo sobre la atención del paciente que se atiende, además mejore las condiciones en las que se le atiende, Carolina comenta:

*[...] a mí me gusta trabajar en esta estrategia ya que el entregar los resultados en forma rápida al médico que está atendiendo al paciente y que visiblemente vaya a un computadora y vea los resultados y proceda de igual forma, yo considero que trabajando en equipo podríamos evitar las muertes que se presentan por eso dejo todo lo que estoy haciendo en ese momento y me dedico a realizar exclusivamente lo del ERI [...]*

### 8.3 Dimensión 2: Las condiciones laborales: Factores que favorecen la atención de la urgencia

Dentro de esta dimensión se identifican las perspectivas sobre como las condiciones laborales favorecen la implementación del ERI, además de referirse al modo de operación en materia de comunicación, autopercepción del equipo y la relación multidisciplinaria y apoyo del equipo.<sup>3</sup>

8.3.1 La percepción del equipo de salud sobre los servicios auxiliares de diagnóstico: una idea equivocada del personal que brinda la atención directa. Para asegurar una atención completa se requiere del apoyo y relación estrecha con los servicios auxiliares de diagnóstico de laboratorio y rayos x (ultrasonido), entonces el personal de laboratorio y personal de ultrasonido deberán tener un amplio sentido de responsabilidad y de la urgencia.

Las funciones específicas del personal de laboratorio son realizar estudios solicitados con carácter de urgencia dentro de las funciones específicas son realizar biometrías hemáticas, pruebas de coagulación, determinación de glucosa, ácido úrico y creatinina sérica, entre otros, esto deberá tener tiempos promedios de resolución una vez que la muestra sanguínea es ingresada a laboratorio, además el

personal que presta sus servicios en estas áreas deberá conocer las finalidades de la estrategia y entender el motivo de la urgencia de los laboratorios, también para procesamiento y entrega de resultados deberá contarse con insumos ya que se ha demostrado en estudios que una de las principales causas que se traducen en un mal aprovechamiento de los servicios de atención materna de emergencias se debe a la interrupción en los suministros de insumos médicos y otros productos básicos o del sistema<sup>73</sup>, en relación a los suministros que se tienen para el procesamiento de muestras de sangre requeridas para apoyar al diagnóstico oportuno que propone el médico durante su intervención en la situación urgente, es inadecuada o inequitativa ya que los recursos de los que se provee el laboratorio, como lo son tubos de muestras o equipos para el procesamiento de muestras, en ocasiones no son suficientes y el personal que labora en estas áreas lo considera como una limitante para obtener los resultados en forma oportuna, ya que por unanimidad de los sujetos entrevistados se identificaron áreas oportunidad que pueden retrasar el diagnóstico oportuno del médico, como lo son:

1. El suministro de tubos para procesamiento de muestras es inequitativo: los sujetos entrevistados consideran una limitante esta situación ya que los tubos para muestras en los turnos vespertinos y nocturnos no son suficientes para las demandas de atención que se tienen, en ocasiones se terminan los tubos y no hay forma de conseguir el insumo ya que el único turno en donde el suministro es suficiente es el matutino por la presencia del jefe del servicio que los tiene bajo resguardo, el personal médico no encuentra forma de solucionar este problema, por lo tanto se dejan de tomar muestras para su posterior procesamiento, comenta Guadalupe:

*[...] si pudiera cambiar algo lamentablemente son cosas que están fuera de mi alcance son recursos que no dependen mi o al menos aquí en el laboratorio pero sin falta de recursos y te hacen sentir impotente porque ni encuentras nada, ya que al estar en el turno nocturno tenemos muchas carencias y nos limita más porque a nosotros nos dan el material de acuerdo a nuestras necesidades pero por ejemplo ahorita nos dejaron una cantidad de tubos para muestras, que no son suficientes porque tenemos el doble de pacientes y no nos alcanzan y no tenemos quien nos abastezca de este insumo [...]*

### 8.3.2 Sentido de responsabilidad: Características de un grupo proactivo

A pesar de las carencias los sujetos del laboratorio tienen amplio sentido de responsabilidad y una actitud proactiva para el manejo del tema ERI, a pesar de lo que puedan opinar el resto del equipo multidisciplinar, ya que consideran que el personal de laboratorio no tarda mucho en entregar resultados de laboratorio, además de considerar a este personal como ineficiente así como lo menciona Artemisa:

*[...] en ocasiones el personal de laboratorio no ayuda mucho ya que tardan mucho en entregar los resultados de laboratorio y en ocasiones puede pasar todo un turno completo y nunca llegaron los resultados [...]*

Se identifica una organización efectiva en las actividades del equipo de laboratorio, ya que se distribuyen de manera que los laboratorios sean procesados

### 8.7 Dimensión 3. Fortalezas: El lado amable de la atención a las usuarias

Las fortalezas identificadas se relacionan con las características con las que cuenta el recurso humano, además de la relevancia que la institución le da a la implementación de la estrategia ya que la implementación del ERI es un proceso prioritario de atención y las estrategias institucionales de vigilancia a pacientes con riesgos potenciales y reales de complicaciones que favorecen la vigilancia de las pacientes en situaciones riesgosas y limitan el daño.

#### 8.7.1 La dedicación del personal un elemento que mantiene vigente la implementación del ERI

Un elemento que mantiene vigente la implementación del ERI es la dedicación y el empeño que el personal tiene al momento de presentarse una emergencia obstétrica, es de reconocer que a pesar de las carencias que se tienen el personal improvisa la atención “mal hecho” pero con la finalidad de salvaguardar la vida del binomio madre e hijo busca alternativas de atención con lo poco o nada que se tiene.

El personal de las diferentes categorías busca hacer lo más que se puede con lo poco que se les proporciona.

Luego de analizar las entrevistas se identifica la importancia que el personal le da a la búsqueda del bienestar de las usuarias del servicio.

*“no logramos conseguir en tiempo y forma lo que se requiere para atender a las pacientes, en ocasiones no ha llegado cuando ya estabilizamos a la paciente con lo que se pudo, así trabajamos con muchas carencias, pero lo más importante es salvar la vida de los dos”*

Visto desde los ojos del personal directivo el personal tiene una gran disposición de la atención.

*“El personal se comporta muy bien y eso que aquí hay mucha falta de recursos, pero por ejemplo cuando llega una paciente hipertensa puede ser que vengan referidas de sus unidades de medicina familiar, las enfermeras ya saben lo que tienen que hacer y a pesar de que no está bien distribuidas las actividades se apoyan unas con otras y empiezan a hacer sus actividades antes de que reciban indicaciones ellas ya están antecediendo la situación, eso es de reconocérseles”*

#### 8.7.2. La experiencia laboral un elemento que hace segura la atención

Una vez que se tiene una situación emergente, el personal de atención directa que se encuentra en áreas obstétricas y que tiene ya algunos años de experiencia desempeñan sus actividades con gran habilidad, certeza, seguridad y con rapidez.

Esto puede estar presente es todas las categorías implicadas en el ERI ya que el promedio de antigüedad del personal supera los 5 años, esto hace que el manejo de las urgencias obstétricas sea más eficiente.

*“La ventaja de esto es que la mitad del personal tiene mucho tiempo en el servicio, algunos superan más de 5 años y es de admirarse porque se saben al dedillo el tratamiento y se adelantan a muchas cosas”*

Por lo tanto es la experiencia un factor predisponente de la buena atención y de resultados benéficos en cuanto al manejo de las pacientes.

#### 8.7.3. La comunicación: fortaleza que permite la integración del equipo sanitario

Como ya se comentó en un apartado anterior es uno de los elementos más fuertes en la implementación del ERI por la forma en que se establecen las relaciones entre



el equipo multidisciplinario, la transferencia de la información en diversos niveles jerárquicos y la rapidez con la que la información viaja desde la situación in situ al sistema nacional, la comunicación es el elemento que el personal tiene mejor establecido dentro de la implementación del ERI.

*“En cuestión de la comunicación al momento que llega una paciente se informa de inmediato a jefatura de enfermería y dirección médica, gracias a esto ellos están muy al pendiente de la situación y comunican al resto de los servicios para prever la unidad de tratamiento, la información viaja con gran rapidez porque una vez que la paciente llega al hospital o se presenta una urgencia se entera a las áreas involucradas de inmediato”*

8.8 Dimensión 4. Las áreas de oportunidad aspectos de mejora para asegurar el éxito de la atención y generar historias de éxito.

Dentro de las áreas identificadas como débiles en cuanto a la implementación del ERI y visto desde la perspectiva de los actores que lo implementan se identifican áreas de oportunidad que impiden lograr los objetivos al 100% de la estrategia.

Las principales áreas de oportunidad identificadas se asocian a la disponibilidad de los recursos materiales, equipo electro médico, recursos humanos.

8.8.1 Los recursos: elementos que limitan la atención oportuna de la emergencia obstétrica

Es de vital relevancia mencionar que posterior a la firma del convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de las emergencias obstétricas, en el cual participan IMSS Ordinario, ISSSTE, la Secretaria de Salud e IMSS prospera, con las finalidad de brindar de manera inmediata y oportuna atención médica ante una emergencia obstétrica sin importar afiliación y de manera gratuita para la usuaria, ha presentado un avance en cuestión de políticas pública lograr el acceso universal a las mujeres que presentan una situación de urgencia obstétrica, tal política aún no es del conocimiento de la población en general<sup>74</sup>.

Por tal motivo la demanda de atención aumenta día a día, ejemplo de esto es el reporte que realizo la secretaria de salud del 2009 a 2012, donde se registraron 4 mil 104, de las cuales 2 mil 503 fueron atenciones maternas y mil 601 atenciones a recién nacidos.

Durante el 2012 el IMSS fue la institución que otorgó un mayor número de atenciones por concepto de emergencias obstétricas a mujeres provenientes de otras instituciones (709 en total, de las cuales 693 tenían seguro popular y 16 ISSSTE)<sup>75</sup>.

Por lo anterior se hace necesario que las unidades del IMSS que brindan atención obstétrica cuenten con la infraestructura necesaria, los recursos disponibles y suficientes, para brindar una atención de calidad y libre de riesgos para las usuarias que demandan la atención en situaciones emergentes que ponen en riesgo la vida del binomio madre e hijo, por lo tanto, para implementar los servicios de atención materna de emergencias (AME) es necesario que cuenten con las características mínimas que permitan brindar los servicios de forma óptima.

*“Si se contará con las condiciones ideales para proporcionar la atención obstétrica de emergencia, las condiciones laborales serían óptimas y se lograría aumentar la satisfacción del personal de las unidades, como método de motivación y realce a la atención que se proporciona con lo que en la actualidad existe”*

En relación a los recursos para brindar la atención médica, el equipo de salud alude al número de personal asignado al área, la disposición de recursos como medicamentos y material de curación, además de las tecnologías con las que se cuenta para atender las emergencias como desventajas que desfavorecen el proceso de atención, El personal percibe una deficiencia en los recursos que llegan a los servicios, pero se desconocen las causas por lo que sucede este fenómeno, El hecho de que no exista un área adecuada para generar una atención segura y libre de riesgos para las usuarias genera una preocupación creciente ejemplo de esto es la inexistencia de un área adecuada con el equipamiento necesario para poder otorgar una vigilancia estrecha a pacientes que se ingresan en el área de choque, además se considera que dentro de la institución de estudio se identificaron algunas deficiencias en materia de recursos tanto materiales, equipamiento y humanos, que desde las perspectivas de los trabajadores limitan la atención oportuna y generan un ambiente de trabajo de incertidumbre y es un factor

de estrés laboral, que crea en los trabajadores de salud la perspectiva de brindar un servicio inadecuado.

Linette comenta:

*[...] no actuamos como debería de ser, esta situación puede deberse a que falta equipamiento de un área específica y adecuada para ese servicio por ejemplo monitores, por ejemplo, en ocasiones nos dicen que chequeemos la presión y por el nervio o por que el aparato que no funciona no alcanzamos a escuchar la presión y por esa razón es deficiente el servicio que damos y nos pone insatisfechos [...]*

8.8.2 Las deficiencias de recursos: un factor generador de estrés en el lugar de trabajo.

Según la American Psychological Association la sensación de impotencia es una causa universal de estrés en el trabajo, cuando se siente que no se puede hacer nada al respecto, lo asaltan además la indefensión y la desesperanza, dentro de las perspectivas de los sujetos entrevistados se pueden vislumbrar sentimientos de impotencia que generan incomodidad para prestar el servicio de salud, según lo menciona Rocío:

*[...] Cuando me encuentro en una urgencia y faltan medicamentos o material, se genera un ambiente de mucho estrés laboral por que de aquí en lo que se le habla al subdirector, de aquí en lo que se le hablan a otras clínicas, por ejemplo, el otro día estábamos con falta de un paquete globular, se estaba batallando y pues se habló a otra clínica para traerlo, en ocasiones nos han traído pacientes con 3 de hemoglobina y pues en ese rato se es que se va a pasar a cesárea lo primero que nos piden es un paquete globular, pues cuando faltan los recursos para todos es mucho estrés laboral [...]*

A veces el entorno laboral crea estrés físico debido al ruido, falta de privacidad, iluminación deficiente, mala ventilación, control deficiente de la temperatura o instalaciones sanitarias inadecuadas, entonces el entorno de trabajo donde no se tengan las condiciones propicias es un ambiente generador de daños de salud de tipo físico, psíquico y emocional, según sean las condiciones sociales y materiales del trabajo que se realice.

8.8.3 La capacitación: la clave maestra al fortalecimiento del personal de atención directa.

Otro elemento que impide la implementación óptima de la estrategia, es el desarrollo de un plan educativo o programa de capacitación específico para atención de emergencias obstétricas que involucra al personal multidisciplinario incluso al personal becario, prácticas clínicas, intendencia, vigilancia, con la finalidad de asegurar que el 100 % del personal de la institución este enterado de lo que está sucediendo y pueda aportar su intervención en beneficio de los usuarios.

*“Desde que estoy aquí en el servicio, nadie me ha dado una capacitación relacionada a la temática que aquí se vive, si eh aprendido cosas es porque yo misma me he dedicado a investigar sobre muchas temas incluso, desde el significado del ERI y que se lleva a cabo”*

*“Se hace necesario que el personal becario conozca las actividades que se llevan a cabo al momento de la implementación del ERI, por que en muchas ocasiones están atendiendo al paciente y no saben a qué se refiere, y el personal de enfermería tiene mucha experiencia en este tema y nos apoyamos entre todos, pero sería mas efectivo que todos supiéramos como implementar el ERI para asegurar que se haga más efectivo el resultado”*

## **IX. Discusión**

En este trabajo se analizaron las perspectivas de los actores involucrados en el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en el contexto de un Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social “Lic. Ignacio García Téllez” que brinda atención obstétrica, la metodología que se siguió se basó en un estudio cualitativo donde se logró conocer las perspectivas del personal de salud que brinda atención a las pacientes obstétricas en situaciones emergentes, además de los actores del equipo directivo que participan activamente en el ERI con motivo de llevar a cabo una evaluación cualitativa sobre la implementación de la estrategia antes mencionada, la evaluación de la implementación del ERI fue el punto de partida para identificar y analizar estas perspectivas que dieron pie a conocer en forma estrecha el contexto en el que se desenvuelve el ERI dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, el modo de trabajo, áreas de oportunidad y fortalezas que la estrategia trae consigo luego de ser implementada.

Por lo tanto este estudio permitió identificar y describir las condiciones sobre las cuales se implementa el ERI, mismas que se basan en el contexto organizacional que a su vez tiene relación estrecha con la ruta crítica de la atención obstétrica y la normativa institucional bajo la cual se reglamenta la atención obstétrica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La metodología permitió tomar las perspectivas de los involucrados en la implementación y analizarlas para lograr vislumbrar aspectos de gran importancia con la finalidad de contar con elementos que permitieron evaluar desde la perspectiva de los actores implicados la implementación del ERI.

Se ha demostrado en estudios científicos que llevar a cabo evaluaciones donde se involucre al personal que vive el contexto y que se encuentra inmerso en el fenómeno de estudio trae consigo información que permite identificar información que aporte elementos para la mejora continua de los procesos, estrategias, políticas de salud, programas, entre otros. La evaluación cualitativa ha demostrado ser efectiva para dar cuenta de problemas de la realidad en materia de salud y aporta

resultados de utilidad para evaluar estrategias sanitarias en el contexto de salud en la actualidad, como lo es este estudio que permitió identificar elementos que hicieron posible establecer un juicio objetivo de evaluación, donde se identifican los aspectos actuales en los que se implementa el ERI y se algunos otros estudios han demostrado la efectividad de este modelo de evaluación como el estudio realizado por Tejada Tayabas y colaboradores en una evaluación cualitativa que realizaron en San Luis Potosí al identificar las Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino<sup>76</sup>, otros estudios que se suman a este tipo de evaluaciones son los estudios realizados por Martínez López E y Colaboradores al analizar las percepciones de mujeres con cáncer de mama bajo las condiciones del Seguro Popular en 2011<sup>77</sup> y Moreno Govea A y colaboradores quienes determinaron que el realizar evaluaciones cualitativas permiten realizar mejoras continuas en los programas de salud<sup>78</sup>.

En el mismo tenor es necesario llevar a cabo evaluaciones en el contexto de la atención de la salud ya que se considera como un proceso sistemático y científico que determina el grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones y los resultados de salud obtenidos como es el caso de las estrategias sanitarias<sup>79</sup>.

De acuerdo a lo evaluado se logró identificar con este estudio que la unidad de análisis tiene un contexto organizacional bien definido, las políticas y procesos que norman la atención obstétrica de emergencia existen y se llevan a cabo, el contexto va desde la atención indistinta a pacientes en situación de emergencias aun cuando no se cuenta con lo necesario para otorgar una atención integral, se cumple con el objetivo establecido para el cual fue creada la estrategia ERI, la organización tiene un impacto visible sobre el modo de trabajo de las personas que ahí desempeñan un rol y que viven el fenómeno esto se ha demostrado en estudios de diversas disciplinas y es una constante para el equipo de salud tal es el caso del estudio realizado por Pérez Zapata y Colaboradores donde se demostró que hay una

asociación entre las variables organizacionales y la satisfacción laboral y la productividad del personal de una organización<sup>80</sup>.

El contexto organizacional tiene una detonante teórica bajo la cual se basan las actividades que ahí se desempeñan la "Ruta crítica" que pasa desapercibida por el personal pero de alguna forma tiene implicación estrecha en dos niveles operativos y directivo, se ha identificado que el personal sin percatarse de ello en la mayoría de los pasos siguen el siguiente esquema 1) Identifican la urgencia 2) Activan el código 3) Tratan la urgencia y 4) trasladan al paciente al área de tratamiento conveniente<sup>81</sup>.

Según las perspectivas de los participantes a pesar de las deficiencias que se identifican; la atención médica se proporciona y se trata de acercar a lo ideal, aunque se identifica que el deterioro de los servicios de salud en México ha obstaculizado cumplir con los objetivos del milenio: Reducir la razón de mortalidad materna<sup>82</sup>.

Se ha identificado que las acciones de coordinación entre los individuos que implementan la estrategia van encaminadas a disminuir los riesgos y limitar los factores que predisponen el agravamiento de las usuarias del servicio, pero de encontrarse presentes las áreas de oportunidad identificadas luego de la recolección de datos limitan esta atención y la vuelven insatisfactoria para el personal que en el contexto vive las experiencias de atención y repercute según las perspectivas de los actores involucrados sobre la atención de las usuarias.

Desde las perspectivas de los actores involucrados en el manejo de las urgencias obstétricas una de las áreas de oportunidad que con mayor frecuencia fue mencionada en las entrevistas fue el área inadecuada para poder brindar la atención ya que al carecer de un equipamiento acorde a las necesidades del servicio como un monitor básico de signos vitales ( oximetría de pulso, tensión arterial, monitor cardíaco , frecuencia cardíaca), tomas adecuadas de oxígeno y aspiración, además el área es muy pequeña para permitir el libre tránsito del personal durante un evento crítico, situación referida durante las entrevistas lo que genera en el personal conflicto para poder desenvolverse en el momento de la urgencia y limita mucho el

desarrollo de sus actividades generando un momento incómodo y estresante, con ello se hace alusión al estudio de Rodríguez Angulo y colaboradores<sup>83</sup> donde se hace evidente que la tercera demora de atención puede deberse a la insuficiencia de recursos con los que cuenta el personal para brindar la atención durante la emergencia obstétrica.

Respecto a las situaciones que generan estrés laboral en el personal de atención directa y en menor medida al personal de nivel directivo debido a la falta de los insumos aunado a las condiciones de infraestructura y modo de trabajo se identifican elementos

Otra de las áreas de oportunidad que mayor genera limitantes y crea insatisfacción en el personal entrevistado al momento de prestar su servicio y es unánime en todas las categorías al momento de haber recabado la información que enmarca la situación presente y real, se habla de la insuficiencia de los recursos materiales los cuales son un insumo primordial para brindar la atención y dicho desde la voz de los actores, genera falta de efectividad como consecuencia barreras institucionales que impiden el acceso de las mujeres a una atención oportuna y eficiente lo que identificaron Tejada Tayabas y colaboradores<sup>84</sup> al determinar que se generan barreras institucionales que disminuyen la calidad de la atención al identificarse deficiencia de insumos con los que trabaja el personal como lo demuestra el estudio de Gao Yu y Barclay Lesley<sup>85</sup> si no se cuenta con las instalaciones básicas vuelve a la calidad de atención pobre y las necesidades de atención aumentan, lo que trae como consecuencia riesgos en la atención.

A pesar de las áreas de oportunidad identificadas se encuentra inexistente la programación de simulacros que han demostrado tener resultados benéficos en cuanto a la atención en estudios realizados, ya que se ha demostrado que llevar a cabo simulacros aumenta el proceso de gestión de las emergencias obstétricas y mejora la capacidad de resolución que tiene el personal de salud en situaciones emergentes como lo demostraron Noblot Eouard y colaboradores<sup>86</sup>.

Las principales fortalezas identificadas van relacionadas al recurso humano de las diversas disciplinas enfermería, medicina, trabajo social, asistentes médicos,



químicos y técnicos de laboratorio, expertos en ultrasonido, de los niveles directivos y operativos ya que las características de cada una de las disciplinas por sí solas crean el ambiente propicio para desarrollar fortalezas, como la pro actividad del personal e interés por mejorar la calidad del servicio, es una de las principales fortalezas identificadas que buscan facilitar el acceso a la atención de las usuarias. Una de las fortalezas que más puede generar punto de análisis es la toma de decisión que tiene el personal de brindar la atención de la mejor forma, con lo mínimo destinado para este fin, ya que la deficiencia de los recursos tanto materiales, equipo electro médico, deficiencia de persona y área adecuada para la prestación del servicio a las usuarias de diversas patologías y riesgos obstétricos.

## **X. Conclusiones**

Según las perspectivas de los actores entrevistados, se identificó que la normativa vigente en el marco de la implementación del ERI regula las condiciones externas en las cuales se brinda la atención, el personal de atención directa de alguna manera lleva a cabo las actividades correspondientes, se sigue la ruta crítica de atención en obstetricia. El personal que labora en las áreas estudiadas identifica el contexto organizacional en que se desempeña y se reconoce la idea de la influencia que tiene el contexto organizacional sobre la forma de implementación del ERI lo que determina un sistema de comunicación efectivo para la transferencia de información relacionada a la atención de urgencias obstétricas, además de relaciones interpersonales adecuadas y favorecedoras para brindar la atención. Ahora bien lo que podría mermar la implementación del ERI y es un riesgo potencial de fracaso en su implementación son las fallas y áreas de oportunidad en cuanto a la implementación de la estrategia, las principales falta de recursos, inexistencia de un área adecuada para brindar una óptima atención, deficiencias en el programa de educación continua acorde a las necesidades de la situación y la inexistencia de programación de simulacros de atención.

De acuerdo a los hallazgos del estudio, desde las perspectivas de los actores involucrados, las utilidades de la estrategia son amplias y desde su implementación identifican cambios aunque la evolución ha sido lenta y limitada, a pesar de ello ha traído beneficios con repercusiones positivas en las usuarias del servicio, las finalidades de la estrategia son claras y conocidas por todas las categorías a pesar de no haberse capacitado en el tema.

Las deficiencias del insumo material y de equipo hacen evidente la inadecuada e insuficiente gestión de recursos desde los diversos niveles jerárquicos ya que se carece de documentación que pruebe haberse gestionado los recursos que en la actualidad no se encuentran disponibles a pesar de haberse requerido en múltiples ocasiones durante momentos emergentes, el personal involucrado sabe cuáles son las necesidades que se tienen pero no se hace mucho por cambiar el contexto en el que se viven las experiencias negativas y positivas.

## **XI. Comentarios y recomendaciones**

Según los resultados obtenidos se requieren realizar modificaciones en la forma de gestión de la estrategia, generar un programa de educación continua específico para el personal que se encuentra asignado a servicios de atención obstétrica con temáticas acordes a las necesidades de atención ejemplo de ello: Equipo de Respuesta Inmediata, Atención de emergencias obstétricas, Emergencias hipertensivas, preclampsia y eclampsia, manejo seguro de medicamentos en emergencias obstétricas, entre otros.

Se deberá sensibilizar al personal asignado a las áreas de atención obstétrica sobre atención de las emergencias obstétricas incluyendo a los médicos becarios y estudiantes de enfermería que se encuentren desarrollando prácticas profesionales dentro de la institución.

Para asegurar que las condiciones laborales sean las propicias se propone llevar a cabo auditorías internas con cédulas de evaluación que incluyan ítems sobre estructura física, manejo de insumos, supervisión de insumos, tiempos de atención, probablemente el personal indicado el comité de mortalidad materna.

Se hace conveniente estandarizar el modo de trabajo en los diversos turnos al momento de presentarse una urgencia obstétrica, mediante el establecimiento de un staff de ERI, con el personal seleccionado por las áreas administrativas médicas y de enfermería, que de presentarse una urgencia obstétrica sean quienes brinden la atención, la supervisen y la retroalimenten en sesiones in situ o generales.

Algunas de las recomendaciones antes mencionadas pueden aparecer en un programa de mejora continua que con el presente trabajo de investigación y sus resultados pueden sentar las bases teóricas para llevar a cabo mejoras en los procesos de la implementación, se anexa el bosquejo de plan de mejora.

## XII. Bibliografía

---

<sup>1</sup> Organización mundial de la Salud [página principal en internet], centro de prensa de la OMS; mayo 2014 [actualizada enero 2015; acceso 29 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

<sup>2</sup> Ki-moon B. Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños [monografía en internet]. Nueva York; Septiembre 2010 [consultado 29 de enero 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009\\_gswch\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1)

<sup>3</sup> Tejada Tayabas L. Desafíos teóricos, conceptuales y prácticos de la evaluación cualitativa en salud en Latinoamérica. En Mercado Martínez F, Mercado Martínez A [coordinadores]. Evaluación emergente de políticas y programas de salud: avances y desafíos en América Latina. México: Consorcio de universidades mexicanas; 2010.p.79-106.

<sup>4</sup> Lucas Breda K. El papel desempeñado por la enfermería en la salud global e internacional. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2012 Jul; 21(3): 493-4.

<sup>5</sup> Tejada Tayabas LM, Mercado Martínez FJ. La atención médica a los enfermos crónicos: contribuciones de una evaluación cualitativa. 1ra ed. San Luis Potosí: Plaza y Valdés Ed; Marzo 2013.

<sup>6</sup> Díaz de León Ponce M, Briones Garduño Jesús. Medicina crítica en obstetricia (una verdad no reconocida). Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. Enero-Marzo 2012; 26(2):6-10.

<sup>7</sup> Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México [monografía en internet]. México D.F.: Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva; 2012 [Fecha de consulta 20 de noviembre 2014]. Disponible en: [http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia\\_para\\_reducir\\_la\\_mortalidad\\_materna.pdf](http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf).

<sup>8</sup> Estadísticas mundiales 2014 OMS [internet]. Biblioteca de la OMS, 2014 [consultado 20 de noviembre 2014]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1).

<sup>9</sup> Manual para el seguimiento de los servicios de urgencia obstétrica [internet]. Biblioteca de la OMS, publicado 2011. [consultado el 20 de noviembre 2014]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243547732\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243547732_spa.pdf)

---

<sup>10</sup> El banco mundial [página en internet]. Grupo del banco mundial; c2015 [actualizada enero 2015; consultado 29 enero 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>.

<sup>11</sup> Artículo 4°. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, diario oficial de la federación última reforma (07-07-2014).

<sup>12</sup> Omisión e indiferencia derechos reproductivos en México. [página en internet]. México D.F: Grupo de información en reproducción elegida; c2013. [acceso 29 enero 2015]. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap3.pdf>.

<sup>13</sup> Posadas Robledo FJ. Reducción de la mortalidad materna en San Luis Potosí. Ginecol Obstet Mex. Junio 2011; 79(6):358-367.

<sup>14</sup> Ahued R. Ginecología y Obstetricia aplicadas [Libro electrónico]. México D.F: Segunda Edición; [acceso 29 enero 2015].

<sup>15</sup> Carrillo Esper R, Ramírez Rosillo F, Carrillo Córdova JR, Carrillo Córdova LD. Equipo de respuesta rápida. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2009; 23(1):38-46.

<sup>16</sup> Rueda Martínez de Santos JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extra sanitarias: Proyecto de investigación comisionado, 1ra. ed. – Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005.

<sup>17</sup>Curcio Curcio P. Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. Revista politeia.2007; 38(30):59-85.

<sup>18</sup> Silva Lira I. Metodología para la elaboración de estrategias de desarrollo local: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Dirección de Gestión del Desarrollo Local y Regional Naciones Unidas. Santiago de Chile, Noviembre. 2003.

<sup>19</sup> Salinas Arnaut A, Villegas Jiménez M. Guía técnica para el funcionamiento del código mater en instituciones hospitalarias de segundo nivel de atención médica del ISEM. Toluca, México.2009.

<sup>20</sup>Delgado Lara AG, Gallardo Rincón H, Hernández Moreno L, Ledesma Lozano LE. Guía para la implementación del código M: Equipo de respuesta Redhi.com; 2014 [acceso 15 de agosto 2014]. Disponible en:

---

[http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia\\_de\\_Buenas\\_Pr%C3%A1cticas.pdf](http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia_de_Buenas_Pr%C3%A1cticas.pdf)

<sup>21</sup> Organización mundial de la salud [página en internet]. Mortalidad Materna. Nota descriptiva No.348. Año 2009. [Acceso 19 de febrero del 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/OrqRi/v>.

<sup>22</sup> El banco mundial [página en internet]. Grupo del banco mundial; c2015 [actualizada enero 2015; consultado 29 enero 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>.

<sup>23</sup> Centro Nacional de equidad de género. Estrategia Integral para Acelerar para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. México D.F.; 2010.

<sup>24</sup> Centro Nacional de equidad de género. Estrategia Integral para Acelerar para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. México D.F.; 2010.

<sup>25</sup> Observatorio de mortalidad materna [página en internet]. Numeralia 2012; México: c2012 [Fecha de actualización enero 2105]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>.

<sup>26</sup> Observatorio de Mortalidad Materna en México [Página en internet]. Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica; c2007 [Fecha de actualización enero 2015]. [acceso 20 de noviembre 2104]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/convenio-general-para-la-atencion-universal-de-emergencias-obstetricas.html>.

<sup>27</sup> Briones Garduño JC, Díaz de León Ponce M, Meneses Calderón J. Estrategia para reducir la mortalidad materna Hospitalaria en México. Revista Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2009; 23(1):16-24.

<sup>28</sup> Observatorio de mortalidad materna [página en internet]. Numeralia 2012; México: c2012 [Fecha de actualización enero 2105]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>. Observatorio de mortalidad materna [página en internet]. Numeralia 2012; México: c2012 [Fecha de actualización enero 2105]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>.

---

<sup>29</sup> Dirección general de información en salud 1990, secretaria de bases de datos definitivas 2010, Porcentajes de avance por entidad federativa en objetivos de desarrollo del milenio entre 1990 y 2010: observatorio de mortalidad materna [base de datos en internet]. Porcentajes de avance por entidad federativa en el objetivo 5 de desarrollo del milenio entre 1990 y 2010. Dirección general de información en salud 1990, secretaria de salud bases de datos definitivas 2010, dirección general de información en salud, secretaria de salud. Disponible en [http://www.omm.org.mx/images/stories/mp\\_objtv5.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/mp_objtv5.pdf) (consultado 26 de agosto de 2014).

<sup>30</sup> Jensen Lois. Objetivos de desarrollo del milenio: informe 2013 [monografía en internet]. 1ra edición. Nueva York: Naciones Unidas; Junio de 2013 [acceso enero 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>.

<sup>31</sup> Rodríguez Soriano D. Intervenciones destinadas a reducir la mortalidad materna. Argentina [página en Internet]. Hoja informativa del observatorio de salud sexual y reproductiva del CEDES, CREP Y EL IIE/ANM. Abril 2010 [acceso 20 de noviembre 2014]. Disponible en: [www.ossyr.org.ar](http://www.ossyr.org.ar).

<sup>32</sup> Abalos E, Ramos S, Romero M, Campman E. Intervenciones altamente efectivas para reducir la mortalidad materna y perinatal. OSSyR [Hoja informativa en internet]. Abril 2010 [acceso julio 2014]; Número 2: 15 paginas. Disponible en: [http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas\\_informativas/hoja\\_2.pdf](http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_2.pdf).

<sup>33</sup> Numeralia sobre Morbi-Mortalidad materna en adolescentes en México 1990-2009. [internet]. Ipas conferencia de prensa Coalición por la salud de las mujeres [acceso 28 de Mayo 2014]. Disponible en: [http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/numeralia\\_2011\\_morbi\\_mortalidad\\_materna\\_en\\_adolescentes\\_1990-2008\\_y\\_2009](http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/numeralia_2011_morbi_mortalidad_materna_en_adolescentes_1990-2008_y_2009).

<sup>34</sup> Posadas Robledo FJ. Reducción de la mortalidad materna en San Luis Potosí. Ginecol Obstet Mex: 2011; 79(6): 358-367.

<sup>35</sup> SSA, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud [CENETEC] (2009). Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del

---

embarazo y puerperio inmediato. Guía de Práctica Clínica. México: SSA. Disponible en:[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162\\_GPC\\_HEMORRAGIA OBSTETRICA/Imss\\_162E R .PDF](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA Obstetrica/Imss_162E R .PDF), marzo de 2013.

<sup>36</sup> Arias, F. (1994) Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. (2da. Ed.). Madrid: España: Harcourt Brace, 2010.

<sup>37</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (2008) Guías de práctica clínica para obstetricia. IMSS. Unidad médica de alta especialidad. Hospital de gineco-obstetricia, Centro Médico Nacional de occidente. Lic. Ignacio García Téllez.

<sup>38</sup> Artículo 4°. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, diario oficial de la federación última reforma (07-07-2014).

<sup>39</sup> Ley de Salud del estado de San Luis Potosí. Periódico oficial (17/07/2009).

<sup>40</sup> Artículo 61 de la Ley de Salud del estado de San Luis Potosí, Periódico oficial (17/7/2009).

<sup>41</sup> Artículo 62 de la Ley de Salud del estado de San Luis Potosí, Periódico oficial (17/7/2009).

<sup>42</sup> Artículo 65 de la ley de Ley de Salud del estado de San Luis Potosí, Periódico oficial (17/7/2009).

<sup>43</sup> Programa arranque parejo en la vida. México D.F. Primera Edición: 2002

<sup>44</sup> Guía práctica para incorporar sobre el terreno la atención obstétrica de emergencia en los programas humanitarios. Women´s comission for refugee women and children in name of the reproductive healt response in conflict consortium. New York NY. Julio 2005

<sup>45</sup> Briones Garduño JC, Díaz de León Ponce Manuel. Equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2010; 24(3): 108-109.

<sup>46</sup> Kalter HD, Salgado R, Babilie M, et al. Social autopsy for maternal and child deaths: a comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method. Population Health metrics. 2011; 9:45.

<sup>47</sup> Briones Garduño JC, Gutiérrez Vázquez MC, Esquivel Gutiérrez LJ, Díaz de León Ponce M, Briones Vega CG. experiencia exitosa con el código mater.Rev Asoc Mex Med Critica y Ter Int.2011; 25(1):pp.43-45.



- 
- <sup>48</sup> Mazza M, Vallejo C, González Blanco M. Mortalidad Materna: Análisis de las tres demoras, Venezuela. *Rev Ginecol Venez*. 2012; 72(4): 233-248.
- <sup>49</sup> Vélez Álvarez GA, Gallegos Vélez LI, Jaramillo Posada DC. Modelo de análisis de la muerte materna: camino para la supervivencia. *Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal*. 2005.
- <sup>50</sup> Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994; 38(8).
- <sup>51</sup> Rodríguez Angulo E, Aguilar Pech P, Montero Cervantes L, Hoil Santos J, Randueza Pech Guadalupe. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Rev Biomed*. 2012; 23.
- <sup>52</sup> Cham M, Sundby J, Vangen S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study no acces to emergency obstetric care. *Reproductiva Healt*. 2005; 2(1):3.
- <sup>53</sup> Delgado Lara AG, Gallardo Rincón H, Hernández Moreno L, Ledesma Lozano LE. Guía para la implementación del código M: Equipo de respuesta Redhi.com; 2014 [acceso 15 de agosto 2014]. Disponible en: [http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia\\_de\\_Buenas\\_Pr%C3%A1cticas.pdf](http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia_de_Buenas_Pr%C3%A1cticas.pdf)
- <sup>54</sup> Guía técnica para el funcionamiento del código mater en las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención médica del instituto de salud del Estado de México. 2009
- <sup>55</sup> Manual de procedimientos de la unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria del instituto nacional de enfermedades respiratorias Ismael Cosío Villegas. Procedimiento de alerta para la identificación del código mater cód. NCDPR 098, publicado octubre 2012, p. 37.
- <sup>56</sup> Briones Garduño JC, Díaz de León Ponce Manuel. Equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2010; 24(3): 108-109.
- <sup>57</sup> Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [internet]. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594) Organización panamericana de la salud.

---

[Acceso noviembre 2014]. Disponible en: [www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&task](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task).

<sup>58</sup> Delgado Lara AG, Gallardo Rincón H, Hernández Moreno L, Ledesma Lozano LE. Guía para la implementación del código M: Equipo de respuesta Redhi.com; 2014 [acceso 15 de agosto 2014]. Disponible en: [http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia\\_de\\_Buenas\\_Pr%C3%A1cticas.pdf](http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia_de_Buenas_Pr%C3%A1cticas.pdf)

<sup>59</sup> Delgado Lara AG, Gallardo Rincón H, Hernández Moreno L, Ledesma Lozano LE. Guía para la implementación del código M: Equipo de respuesta Redhi.com; 2014 [acceso 15 de agosto 2014]. Disponible en: [http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia\\_de\\_Buenas\\_Pr%C3%A1cticas.pdf](http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia_de_Buenas_Pr%C3%A1cticas.pdf)

<sup>60</sup> Briones Garduño J, Díaz de León Ponce M. equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Julio-septiembre 2010; 24(3):108-109.

<sup>61</sup> Franklin C, Matthew J. Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before event. Crit Care Med 1994; 22:244-247.

<sup>62</sup> Briones Garduño J, Díaz de León Ponce M. equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Julio-septiembre 2010; 24(3):108-109.

<sup>63</sup> Guía para la implementación del código M: Equipo de respuesta inmediata en emergencia obstétrica. Instituto Carlos Slim de la Salud. México 2014.

<sup>64</sup> Zafarulla Gill DM. Averting maternal death and disability. Columbia University. Implementing Emoc program, 2001.

<sup>65</sup> Zafarulla Gill DM, Ahmed JU. Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda. International Journal of Gynecology and Obstetrics.2004; 85: pp.213–220.

<sup>66</sup> Garay Uriarte A, Iñiguez Rueda L, Martínez González M, Muñoz Justicia J, Pallarés Parejo S, Vázquez Sixto F. Evaluación cualitativa del sistema de recogida

---

de sangre en Cataluña. Rev Española Salud Pública. Septiembre-Octubre 2002; 5:437-450.

<sup>67</sup> Amezcua Manuel, Gálvez Toro Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Oct [citado 2014 Nov 20]; 76(5): 423-436. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es).

<sup>68</sup> Tejada Tayabas LM, Mercado Martínez FJ. La atención médica a los enfermos crónicos: contribuciones de una evaluación cualitativa. 1ra ed. San Luis Potosí: Plaza y Valdés Ed; Marzo 2013.

<sup>69</sup> Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa: el giro de la mirada. Medellín: La Carreta Editores; 2004.

<sup>70</sup> Alcove C, Rico R, Gil F. Equipos de trabajo en contextos organizacionales: Dinámicas de cambio, adaptaciones y aprendizaje en entornos flexibles, Madrid España. Papeles del psicólogo. 2014; 31(1): 7-16.

<sup>71</sup> Csikszentmihalyi M, Csikszentmihalyi ES. Optimal Experience: Psychological Studies of flow in Consciousness. [Libro en internet] UK: Cambridge University Press; 1992[ultimo acceso octubre 2015]. Disponible en: [http://books.google.com.mx/books?id=INt6bdfoyxQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary](http://books.google.com.mx/books?id=INt6bdfoyxQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary)

<sup>72</sup> Martínez Rodríguez O, Portillo Durán J, Támes Reyeros J, Martínez Chequer J, Carranza Lira S. Equipo de respuesta inmediata, análisis de 59 casos de hemorragia obstétrica, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53 (2):132-135.

<sup>73</sup> Delgado Lara AG, Gallardo Rincón H, Hernández Moreno L, Ledesma Lozano LE. Guía para la implementación del código M: Equipo de respuesta Redhi.com; 2014 [acceso 15 de agosto 2014]. Disponible en: [http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia de Buenas Pr%C3%A1cticas.pdf](http://amanece.carlosslim.org/archive/Codigo%20M%20-%201%20Guia%20para%20su%20Implementaci%C3%B3n/Guia%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas.pdf)

<sup>74</sup> [www.cimacnoticias.com.mx/node/67439](http://www.cimacnoticias.com.mx/node/67439)

---

<sup>75</sup> Observatorio de mortalidad materna [página en internet]. Numeralia 2012; México: c2012 [Fecha de actualización enero 2105]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>.

<sup>76</sup>Tejada Tayabas L, Hernández Ibarra L, Pastor Durango P. Fortalezas y debilidades del programa para la detección y control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. Gacet Sanit. 2012; 26(4):311-316.

<sup>77</sup> Martínez López E, Tejada Tayabas L, Marroquín Segura H. Evaluación cualitativa de la atención médica a mujeres con recurrencia de cáncer mamario afiliadas al seguro popular en San Luis Potosí [Tesis]. San Luis Potosí México: Facultad de Enfermería; 2011

<sup>78</sup> Moreno Govea A. Evaluación cualitativa del programa de atención domiciliaria al enfermo crónico: El caso de un Institución de la Seguridad Social [Tesis]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí México: Facultad de Enfermería; 2014.

<sup>79</sup> Piedrola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Octava edición. Salvat editores, España 1988. 1067-1071.

<sup>80</sup> Pérez Zapata D, Peralta Montecinos J, Fernández Dávila P. Influencia de variables organizacionales en la calidad de vida de funcionarios del sector público de salud en el extremo de norte de Chile [Tesis]. Chile: Universidad de Tarapacá, 2013.

<sup>81</sup> Briones Garduño JC, Díaz de León Ponce Manuel. Equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2010; 24(3): 108-109.

<sup>82</sup> Alvarado Berrueta R, Arroyo Vazquez M, Hernández Pérez C, Vélez Calderon M, Márquez Torres P. Manejo del triage obstétrico y código mater en el estado de México. Enfermería Universitaria. 2012;9(2):61-71.

<sup>83</sup> Rodríguez Angulo E, Aguilar Pech P, Montero Cervantes L, Hoil Santos J, Andueza Pech G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios de Yucatán, México. Rev Biomed. 2012; 23: 23-32.

<sup>84</sup>Tejada Tayabas L, Hernández Ibarra L, Pastor Durango P. Fortalezas y debilidades del programa para la detección y control del cáncer cervicouterino.

---

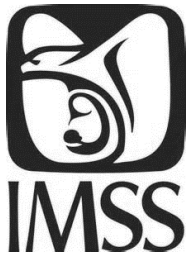
Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. *Gacet Sanit.* 2012; 26(4):311-316.

<sup>85</sup> Gao Y, Barclay L. Availability and quality of emergency obstetric care in Shanxi Province. China. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 110:181–185

<sup>86</sup> Noblot E, Raia Barjat T, Lajeunesse C, Trombert B, Weiss S, Colombié M, Chauleur C. Trainig Program for management of two obstetric emergencies within a french care network. France. *European Journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology.* 2015; 189:101-105.

### **XIII. Anexos**

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL DE SAN LUIS POTOSI  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 1 c/MF**

#### **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA: EL CASO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAN LUIS POTOSÍ.**

1. Hábleme de las finalidades del código mater.
2. Hábleme de la estructura que conforma la estrategia de código mater.
3. Descríbame los procesos y actividades que realiza en esta estrategia.
4. Hábleme de sus roles y funciones que realiza en el código mater y como usted se relaciona con los demás actores en la implementación.
5. Desde su perspectiva mencione las fortalezas que considera que existen en la estrategia código mater.
6. Desde su perspectiva mencione las áreas de oportunidad que consideran existen

## Anexo 2. Carta de no conflicto de intereses

### CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES.

Con fundamento en lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, me comprometo como investigador a actuar bajo principios de Ética profesional, en donde no habrá interés particular de otra índole que no sea el académico, con apoyo en el artículo 7.4.5, que indica la necesidad de emitir una carta de no conflicto de intereses.

Así mismo, cumplir con los artículos que se mencionan en las consideraciones Éticas de este proyecto de investigación.

De esta manera, se manifiesta que en la investigación que se titula **“EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA: EL CASO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAN LUIS POTOSÍ.”**, no existe conflicto de interés tanto económico o profesional, para la elaboración de la presente investigación, desde el inicio del proyecto, hasta la culminación de la publicación y difusión de los resultados.

Durante la elaboración de la presente investigación serán respetados el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le serán conferidos al responsable de la investigación, L.E.O. CRISTIAN ERICK CUEVAS GUERRERO y como co-autoras la LIC. ENF. ADRIANA URBINA AGUILAR y LIC. ENF. ELSA ALVARADO GALLEGOS. Quienes se comprometen a actuar en conformidad con los principios de ética profesional que se establecen en el código de ética. Quienes tendrán obligaciones éticas de difundir los resultados mediante publicación de los mismos en congresos y revistas indexadas, y serán responsables de la entrega de los resultados, aun cuando no sean lo que sean los esperados.

Se declara que para la publicación del artículo, que resulte de la investigación se presentará como primer autor al L.E.O. CRISTIAN ERICK CUEVAS GUERRERO compartiendo LA co-autoría con la LIC. ENF. ADRIANA URBINA Y LIC. ENF. ELSA ALVARADO GALLEGOS. En caso de existir publicaciones subsecuentes se podrá hacer uso de la información generada en dicha investigación, la autoría y co-autoría serán de acuerdo a la contribución que cada uno de los involucrados realice para ir como primer autor previa autorización de la autora principal.

Es importante mencionar que se mantendrá la confidencialidad de la información que se genere de los actores en el proceso de la investigación, y en todo momento, los investigadores se conducirán con responsabilidad y profesionalismo en el desarrollo de sus actividades.

Durante el periodo de la investigación, los datos serán resguardados en un lugar seguro y destinado para ello, en el cual solo los investigadores tendrán acceso a ello.

Una vez finalizado el estudio, las grabaciones serán responsabilidad del autor, quien deberá mantenerlos en resguardo mínimo 5 años, para cualquier aclaración, posterior en relación a la difusión de los resultados por cualquier medio.

Será responsabilidad de la investigadora principal financiar el proyecto.

Después de haber leído lo expuesto con anterioridad, manifiesto mi acuerdo y absoluta conformidad con las estipulaciones mencionadas.

Tesista: L.E.O. Cristian Erick Cuevas Guerrero

Unidad de adscripción: HGZ No. 1 c/mf Turno Vespertino IMSS

Directora de tesis: Lic. Enf. Adriana Urbina Aguilar. EAAE. MIS. C.Ph.D.

Lugar de trabajo : Fac. Enfermería UASLP.

Coodirectora de tesis : Lic. Enf. Elsa Alvarado Gallegos MAAE.



### Anexo 3. Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

|   |  |
|---|--|
| Nombre del estudio:   | Evaluación Cualitativa del Código Mater: EL Caso de una institución de Seguridad Social en San Luis Potosí   |
| Patrocinador externo (si aplica):                             | Universidad Autónoma de San Luis Potosí  |
| Lugar y fecha:  | San Luis Potosí S.L.P. Junio 2015  |
| Número de registro:   |  |
| Justificación y objetivo del estudio:                         | <p>El objetivo primordial de la estrategia código mater, equipo de respuesta inmediata (ERI) para el IMSS es contribuir al cumplimiento de los objetivos nacionales y mundiales para favorecer y asegurar la disminución de los casos de mortalidad materna dentro de las instituciones de salud y en general en el país.</p> <p>Aunado a ello se pretende evaluar la estrategia desde la perspectiva de los actores que la operan, mediante recolección de datos, a través de diversas técnicas del enfoque cualitativo, para definir en conclusión un posible sistema que permita redefinir objetivos, generar la pauta para la creación de nuevos indicadores y la principal razón, favorezca la toma de decisiones del cuerpo de gestión de la institución.</p> <p>El objetivo de la investigación es Evaluar cualitativamente la estrategia Código Máter, desde la perspectiva de los actores que la operan en el servicio de admisión, labor y salas de expulsión, en una institución de seguridad social, en la ciudad de San Luis Potosí.</p>  |
| Procedimientos:   | <p>El estudio se llevará a cabo bajo el enfoque cualitativo de la investigación científica, se llevará a cabo en 3 fases, mediante un acercamiento de tipo etnográfico, la primera fase acceso al área que tiene la finalidad de comprender las prácticas de las personas implicadas, segunda recolección de datos con el objetivo de Observar el contexto donde se desarrolla la estrategia y obtener información útil, precisa, suficiente para el análisis de la misma, que permita observar las características del código máter y las entrevistas a los participantes y tercera Análisis de la información y salida del trabajo de campo con el objetivo de Integrar la información obtenida, analizarla para identificar componentes que permitan llevar a cabo la evaluación del código máter bajo análisis de contenido temático para generar el conocimiento desde la perspectiva de los actores implicados en el Equipo de Respuesta Inmediata ( Categorías de Enfermería, Médicos Especialistas, asistentes, laboratoristas y trabajo social del cuerpo directivo, además del cuerpo directivo de las categorías de enfermería, medicina) de las áreas de admisión, salas de expulsión y labor del Hospital General de Zona # 1 C/MF de la Ciudad de San Luis Potosí S.L.P. esto en un periodo de un mes Junio de 2015.</p> |
| Posibles riesgos y molestias:                                 | <p>La investigación se considera como riesgo mínimo para los participantes, no se considera que pudiera generar molestias en los informantes y no existe conflicto de interés tanto económico o profesional, para la elaboración de la presente investigación, desde el inicio del proyecto, hasta la culminación de la publicación y difusión de los resultados.</p>  |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | <p>EL beneficio de los participantes es conocer luego de elaborar un análisis de la implementación de la estrategia, información que permitirá la mejora continua del proceso.</p>   |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:   | <p>Los resultados obtenidos de la recolección, luego de ser transcritos y procesados mediante análisis cualitativo temático, serán difundidos de inicio en la institución en estudio, además en la revista de enfermería del IMSS y expuestos en un congreso nacional de investigación en enfermería y de ser posible internacional.</p>   |
| Participación o retiro:                                       | <p>Los participantes del estudio luego de firmar el consentimiento informado podrán retirarse si así lo consideran necesario en el momento que decidan.</p>  |



Anexo 4. Propuesta de mejora


| <b>PROPUESTA DE MEJORA PARA LA GESTIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA IMSS SAN LUIS POTOSI<br/>NOVIEMBRE 2015</b> |   |
|--|---|
| <b>Objetivo</b>  | Mejorar el proceso de gestión del equipo de respuesta inmediata   |
| <b>Alternativa</b>   | La alternativa de solución busca limitar las áreas de oportunidad identificadas durante la realización del proyecto de investigación, que favorezcan el proceso de gestión del equipo de respuesta inmediata y traiga consigo resultados satisfactorios y disminuyan los errores y limitantes durante la implementación del ERI.  |
| <b>Actividades</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de un programa de capacitación específico que involucre a todo el personal que se encuentra asignado a los servicios de atención obstétrica.</li> <li>2. Desarrollo de cédulas de evaluación y supervisión de los servicios de atención obstétrica que involucre</li> <li>3. Establecimiento de un plan de simulacros en cada uno de los turnos, que involucre a personal de los diversos servicios y con ello desarrollo de un check list que permita cerciorarse de los pasos a seguir durante el mismo.</li> <li>4. Desarrollo de un protocolo de atención a manera de procedimiento administrativo que involucre el trabajo en conjunto del equipo multidisciplinario</li> <li>5. Organización de un staff en cada uno de los turnos con el personal experto en atención obstétrica en caso de no contar con ello capacitarlo para los fines.</li> <li>6. Implementación de un stock de atención de emergencias obstétricas que integre material y equipo necesario durante la atención.</li> <li>7. Generar una carpeta de gestión de recursos donde se integren solicitudes para la gestión del equipo electro médico y material requerido.</li> <li>8. Realizar en forma trimestral y anual la evaluación del desempeño que involucre al equipo multidisciplinario</li> </ol> |
| <b>Resultados Esperados</b>  | <p>En espera de que las alternativas y estrategias planteadas cumplan los objetivos para los cuales fueran creadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Disminuyan los tiempos de atención</li> <li>b) Favorezcan la implementación de nuevas formas de trabajo</li> <li>c) Disminuyan los costos de la atención</li> <li>d) Se adquiera una cultura organizacional que favorezca la atención del usuario.</li> </ol>   |

Anexo 5. Dictamen de autorizado Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

26/8/2015

Carta Dictamen

**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402  
H GRAL ZONA - MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 26/08/2015

**MTRA. ELSA ALVARADO GALLEGOS**

**PRESENTE**


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL CÓDIGO MÁTER (ERI): EL CASO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAN LUIS POTOSÍ**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

|                  |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2015-2402-37   |

ATENTAMENTE



**DR.(A). MARIA GUADALUPE SALINAS CANDELARIA**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

[http://sirelcis.imss.gob.mx/pi\\_dictamen\\_cis?idProyecto=2015-3084&idCli=2402&monitor=1&ipo\\_doc=1](http://sirelcis.imss.gob.mx/pi_dictamen_cis?idProyecto=2015-3084&idCli=2402&monitor=1&ipo_doc=1)

1/1