



# Guerrero

## El programa APV en Guerrero ¿Un programa de salud virtual?

Dr. David Mariano Meléndez Navarro

A pesar de que El estado de Guerrero fue certificado por la OMS y la OPS en Julio del 2000, con un 96.6% de cobertura en el otorgamiento del paquete básico de servicios de salud, la muerte materna continúa siendo un problema serio reconocido como tal por la propia SSA.<sup>1</sup> En los últimos 10 años Guerrero ha estado dentro de las entidades con mayores tasas de mortalidad materna en el país superando la media nacional, a pesar del también reconocido subregistro.<sup>2</sup>

En el 2002 ocupó el quinto lugar superado por los estados de Yucatán, Chiapas, Tlaxcala, y Oaxaca. Los abruptos cambios en las cifras de un año a otro se pueden justificar por el subregistro.<sup>3</sup>

La muerte de una mujer en el ejercicio de su maternidad se suma al acumulado de las muertes absurdas ocurridas en Guerrero, conside-

Cuadro I Estado de Guerrero  
Tasa de mortalidad materna  
1990- 2002 <sup>4</sup>

Año	Nacional	Guerrero
1990	5.4	6.1
1991	5.1	5.4
1992	5.0	4.5
1993	4.5	5.1
1994	4.8	5.6
1995	5.3	4.4
1996	4.8	7.1
1997	4.7	5.3
1998	5.3	9.7
1999	5.1	7.0
2000	4.6	4.8
2001	5.9	6.1
2002	6.2	8.9

rando que estas defunciones son en su gran mayoría evitables y por consiguiente, injustas, reflejan la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios básicos de salud.

Agencias internacionales como la OMS recomiendan medir el compromiso de los gobiernos de reducir la mortalidad materna mediante el tipo y la naturaleza de las políticas aplicadas; los recursos asignados; el acceso a servicios y suministros de salud materna y neonatal de

calidad; las inversiones en infraestructura, equipos y sistemas de emergencia; el adiestramiento y despliegue de los recursos humanos; el aumento de la capacidad institucional, y el monitoreo y la evaluación de sus planes.<sup>5</sup>

En la entidad, los municipios en los que el programa concentra sus acciones son en total 22; Acapulco de Juárez, Copalillo, Chilapa de Álvarez, Chilpancingo de los Bravo, Iguala de la Independencia, Igualapa, Mártir de Cuilapan, Pilcaya, Quechultenango, San Luis Acatlan, Taxco de Alarcón, Tecuanapa, Tetipac, Tixtla Guerrero, Cualac, Ometepec, Xochistlahuaca, Olinala, Tlapa de Comonfort, Xalpatlahuac, y Acatepec. Reportando los últimos 8 como los municipios de mayor grado de avance,<sup>6</sup> de los cuales, 5 corresponden a municipios ubicados en la región socioeconómica de la Montaña,<sup>7</sup> y que por cierto, no corresponden a los municipios que han presentado más muertes maternas en los últimos 7 años.<sup>8</sup>

1 El gobierno estatal reconoce públicamente el problema, señalando que la mortalidad materna es una de las principales líneas de trabajo del sector salud Programa de Desarrollo del Sector Salud. Pueblo Sano, 1999-2005. Rene Juárez Cisneros.

2 El director de información y evaluación del INEGI, Rafael Lozano Ascencio, dijo que el subregistro de la mortandad materna des un problema que preocupa a las autoridades de salud. En el evento la Secretaria de Salud Verónica Muñoz Parra exhortó a los médicos y personal técnico de la dependencia a mantener y mejorar la coordinación entre las autoridades municipales a fin de establecer estrategias de acción y elaborar las estadísticas de registro de defunciones tanto maternas como infantiles". Harán la SSA y el INEGI un análisis de la mortandad infantil y materna. Periódico El Sur, 10 de diciembre del 2002, p. 7.

3 Gisela Espinoza, *Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas*, Fundar, UAM (en impresión), Febrero del 2003.

4 La tasa de MM del 2002 se determinó utilizando nacidos vivos estimados y no registrados como el resto de los años. Fuente: Elaboración propia con datos de la SSS/DGEI, Mortalidad 1990-2000 y Salud México 2002. www.ssa.gob.mx

5 Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna. Sesión 132 del comité ejecutivo OPS, OMS. Abril 2003.

6 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva.

7 El estado de Guerrero se divide en 7 regiones socioeconómicas: Acapulco, Norte, Tierra Caliente, Costa Grande, Costa Chica, Centro y la Montaña, esta regionalización corresponde a la regionalización de las 7 jurisdicciones sanitarias.

De los 77 municipios que conforman el estado de Guerrero, 30 se encuentran clasificados como de muy alta marginación, de estos, 16 (43%) se encuentran en la montaña y 9 (30%) en la costa chica,<sup>9</sup> precisamente son las jurisdicciones sanitarias en donde se concentra el 74% de toda la población indígena en el estado.

La población total de la jurisdicción de la montaña es de 300,726 (9.7% del total estatal) conviviendo en un total de 17 municipios, 66.4% de los habitantes son población indígena, la población de mujeres en edad fértil (10-49 años) es de 93,509 (60% del total de mujeres en la región) de estas, solo el 5.6 son derechohabientes, resultando población abierta 88,272 mujeres.<sup>10</sup>

Guerrero es un estado predominantemente rural, el 45% de la población vive en poblaciones menores de 2,500 habitantes. Porcentaje muy superior a la media nacional que es de 26.5%. La situación es todavía más seria si tomamos en cuenta que el 87% de las localidades tienen menos de 500 habitantes.<sup>11</sup> Existen en el estado 957,313 mujeres en edad fértil

(10-49 años).<sup>12</sup> Equivalente al 60% de toda la población femenina.

### Recursos institucionales para la atención en salud

La atención a la salud de la población del estado, esta cubierta a través de la SSA, el IMSS, el ISSSTE y la Secretaria de Marina. En el año 2002 la cobertura de la población, por institución, se dio de la siguiente manera: SSA 2,104,027 (64.4%), IMSS 661,035 (20.2%), ISSSTE 486,042 (14.9%), Fuerzas Armadas 13,631 (0.4%) personas.<sup>13</sup>

### El gasto público en salud en el estado

En el año 2002 se registro un ingreso consolidado de 19 mil 428 millones 359 mil pesos: los recursos del gobierno federal representaron 64 por ciento, los del sector central 28.3 por ciento y los del par-aestatal 7.7 por ciento.<sup>14</sup>

El total del monto asignado por la federación (excluyendo las participaciones en impuestos federales) fue de 12 mil 427 millones de 500 mil pesos. El Ramo 33 presento un monto de 11 mil 284 millones 733

mil pesos.<sup>15</sup> Como se puede apreciar las aportaciones por medio del Ramo 33 representan una importante fuente de financiamiento.

En el 2003 de acuerdo a la ley de ingresos,<sup>16</sup> se espera obtener por esta fuente, un total de 11, 932.4 (63% del total de los ingresos), del cual 1,433.5 (12% del total del Ramo 33) millones de pesos corresponderían al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

Los recursos financieros destinados a el programa Arranque Parejo en la Vida en el estado para el año 2003 alcanzaron la cantidad de 41,447,688 de pesos (el monto más elevado después de lo asignado al Distrito Federal.<sup>17</sup>

### El Presupuesto del Sector Salud

Durante el 2002 el sector salud, erogó un gasto para la prestación de servicios de 3 mil 569 millones 900 mil pesos, de los cuales mil 751 millones 100 mil pesos (49.0%), corresponden al IMSS, mil 730 millones 400 mil (48.4) a la Secretaria de Salud y 88 millones 400 mil pesos (2.6%) al ISSSTE cuadro II.

Cuadro II. Presupuesto ejercido por instituciones del sector salud (miles de pesos)

Concepto	Total		SSA		IMSS		ISSSTE	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Presupuesto	3,569.9	100.0	1,730.4	100.0	1,751.1	100.0	88.4	100.0
Servicios Personales	2,323.1	65.0	1,317.6	76.1	998.7	57.0	6.8	7.7
Gastos de operación	807.4	22.6	408.0	23.6	317.8	18.1	81.6	92.3
Inversión	439.4	12.4	4.8	0.27	434.6	25.0	0.0	0.0

8 Dentro de los municipios focalizados se encuentre Cualac y Olinala cuando según las muertes maternas acumuladas de 1997 - septiembre del 2003, los ubica en el 12º ultimo lugar y noveno respectivamente mientras que Malinaltepec, en el primer lugar de la lista; Metlatonoc, cuarto lugar; Alcozauca quinto, Copanatoyac 6º, Atlamajalcingo del Monte 7º y Tlacoapa en el octavo lugar, son los grandes ausentes de los municipios focalizados. Información obtenida por la revisión de las autopsias verbales.

9 www.conapo.gob.mx

10 Anuario Estadístico 2002. INEGI. Gobierno del estado de Guerrero.

11 Mujeres de Guerrero. Cifras y realidades. Gobierno del estado de Guerrero, Secretaria de la mujer. Colección Surianas, Primera edición, 2000.

12 En el año 2000 se registraron 2281 embarazos, en menores de 15 años. Ibidem.

13 Comparecencia de la Secretaria de Salud 2002. Informe de gobierno del estado de Guerrero 2002.

14 Cuenta Pública del estado de Guerrero 2002.

15 Complemento estadístico de la comparecencia de la secretaria de Finanzas y Administración 2002. Gobierno del estado de Guerrero.

16 Periódico oficial del Gobierno del estado de Guerrero, 24 Diciembre del 2002, Chilpancingo, Guerrero.

17 SHCP, PEF Aprobado 2003 www.shcp.sse.gob.mx

El gasto *per cápita* de la SSA, 822 de pesos, resulta 3 veces menor que el gasto *per cápita* del IMSS, 2,648 de pesos.

Como se puede apreciar en el cuadro II, el mayor porcentaje del presupuesto de la SSA, se destina a los servicios personales, que para el 2002 represento el 76.1% y para gastos de operación solo el 23.6%, solo el 0.3% del presupuesto se destinó para gastos de inversión. Del importe total de gastos de operación, el 49% se destina al ejercicio directo de las jurisdicciones (centros de salud y Hospitales Integrales); el 25% para gastos de programas médicos; el 17% para gasto directo en hospitales generales; 1.4% se canalizo para las unidades de especialización y el 7.6% para gastos administrativos.

### **Las fuentes de financiamiento de la SSA en el 2002**

De todas las fuentes de financiamiento de la SSA en el estado, el FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud) del Ramo 33, es la fuente que más recursos financieros aporta. Esta aportación que realiza el gobierno federal como programa normal, alcanzo un importe de mil 368 millones 900 mil pesos y representó el 79.1% del total de los ingresos recibidos, del total de estos recursos el 84% se destino a el pago de sueldos y salarios, el resto se ejerció en gastos de operación.<sup>18</sup>

#### *Inversión Estatal Directa.*

El gobierno estatal aportó 25 millones 700 mil pesos, representando el 1.5% del presupuesto de la secretaria, mismos que se canalizaron a el pago de personal medico y

paramédico que labora en las diversas unidades de esta secretaria.<sup>19</sup> Considerando que el monto total de la inversión estatal directa al gasto público estatal fue de 978 millones 400 mil pesos, lo destinado a la SSA corresponde a un porcentaje de 2.6 por ciento.

#### *Cuotas de recuperación.*

Es la aportación que realizan los usuarios de los servicios de salud y coadyuva de manera muy importante a la operación de las unidades médicas, ya que los recursos que otorga la secretaria resultan insuficientes. El importe captado en el 2002 fue de 76 millones 100 mil pesos, representando un 4.4%. Es prácticamente 3 veces más que la inversión estatal directa.

### **Recursos Humanos de la SSA**

Para fines del 2002, la SSA cuenta con 11,692 trabajadores, de los cuales 1,705 son médicos, 5,551 paramédicos y 438 especialistas. Del total de trabajadores en la SSA, solamente 219 (1.8%) pertenecen a el sector central.

Del total de los recursos humanos del sector central en el estado de Guerrero, la secretaria de salud representa apenas el 1.1 % (219); la secretaria de educación en cambio representa el 43.7% y la secretaria de Seguridad Pública y protección ciudadana el 17.7 %.<sup>20</sup> Como se puede observar, a diferencia del sector educativo y seguridad pública, la secretaria de salud es el que menos personal pagado por el estado tiene, incluso ha disminuido la plantilla en el último año.

### **Los Recursos Humanos y de infraestructura; el talón de Aquiles del programa**

Debido a que no existe una sola contratación de personal operativo por parte del programa APV, se presenta una desventaja de inicio, ya que se intenta operar con los recursos materiales y humanos existentes, lo cual resulta insuficiente, más aún considerando que el personal operativo se encarga de ofrecer servicios de varios programas, tales como Oportunidades, Programa para los Pueblos Indígenas, etc.

Tomemos como un ejemplo concreto la región que reportan con municipios en mayor grado de avance (véase municipios focalizados), la jurisdicción sanitaria # 4. Montaña. La cual presenta serios problemas de Recursos Humanos e infraestructura para la salud.

▶ *“Durante los últimos 3 años se han construido unidades de salud por medio de presupuestos municipales, sin considerar equipamiento y recursos humanos, lo que ha motivado problemas en el inicio de operación de dichas unidades”.*<sup>21</sup>

▶ *A nivel jurisdiccional existen 166 unidades de salud, 14 unidades móviles, 6 Hospitales básicos Comunitarios y 1 Hospital General.*<sup>22</sup>

▶ *De las 166 unidades de salud, solamente existen 82 (49.3%) unidades completas, es decir con presencia de Medico General. El resto esta cubierto ya sea por enfermeras, Técnicos en Atención Primaria ó Médicos Pasantes de Servicio Social.*

18 Ibid.

19 Ibidem.

20 *Op.cit* 13.

21 Diagnóstico de salud, Jurisdicción Sanitaria No 04. Montaña. Gobierno del Estado de Guerrero. Secretaria de Salud, enero del 2003.

22 Departamento administrativo. Oficina de Recursos Humanos, jurisdicción Sanitaria #4. Montaña.

► *En los 6 Hospitales Básicos Comunitarios 1 (Olinala) cuenta con Ginecólogo, Pediatra, Anestesiólogo y Cirujano; 1 (Xochihuetlan) cuenta con Ginecólogo, Anestesiólogo, Cirujano e Internista; 3 (Malinaltepec, Alcozauca, Acatepec) no cuentan con ginecólogo, solamente presentan cirujano y anestesiólogo; 1 (Tlacoapa) no presenta ningún personal especialista.* Cabe mencionar que de todos los especialistas solamente 3 tienen concepto E4,<sup>23</sup> 2 cirujanos (ubicados en Alcozauca y Malinaltepec) y 1 anestesiólogo (ubicado en Malinaltepec). Ningún Hospital Básico Comunitario presenta cobertura por ginecólogo y anestesiólogo las 24 horas. de los 365 días del año, tal y como lo establece el programa APV.

► *En el Hospital General existen 3 ginecólogos, 1 cirujano, 2 anestesiólogos y 1 pediatra. No hay modulo MATER, cuentan con banco de sangre que funciona mañana y tarde.*

► En suma, se cuentan con 5 ginecólogos en toda la jurisdicción para las 88, 272 mujeres en edad fértil de población abierta, lo cual resulta en la ridícula cantidad de 17,654 mujeres por ginecólogo. Cifra muy por encima de la cantidad nacional (2,414) y estatal (4,132)<sup>24</sup> ubicando a Guerrero en el lugar número 27 de la lista, el último lugar lo ocupa Chiapas, con 7,490 mujeres no derechohabientes en edad reproductiva por Gineco-obstetras.

► La cantidad de personas no derechohabientes por unidades de salud

(82 con presencia de médico general) es de 3,462. Cifra por encima de la estatal (2,464).

► La cantidad de personas no derechohabientes por Hospital General es de 283,885, cifra muy por encima de la estatal (163,328) y la nacional (150,430). En este indicador, Guerrero ocupa el lugar número 19, el primer lugar lo ocupa el estado de Campeche con 39,460 habitantes no derechohabientes por Hospital General.

**Lo planeado VS la realidad = impacto postergado**  
**Ante estas deficiencias existentes ¿cómo se pretende implementar el programa APV?**

**La Red de servicios y estrategia de regionalización**

El programa supone contar con una red de servicios compuesta por: los servicios de salud y los servicios de apoyo social. Con la red se operará la regionalización de los servicios, para facilitar la referencia y contrarreferencia de los pacientes.<sup>25</sup>

►Traslado: servicio que otorgará la comunidad, cuando se deba referir a un nivel de atención distante del inicial. En este sentido, existen comunidades que no cuentan con ningún vehículo particular, existen 812 comunidades menores de 1000 habitantes<sup>26</sup> (92% de todas las localidades de la región), las comunidades en la montaña se encuentran muy dispersas,<sup>27</sup> este punto es una debilidad muy grande en la operatividad del programa. De hecho sólo existe un transporte AME formalmente constituido en la región.<sup>28</sup>

La red de servicios de salud, incorpora la atención desde el primer nivel y comprende: parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles, además incluye:

**Clínica Sí Mujer:** Se consideran unidades de servicios de salud que cuentan con personal capacitado, con equipo e insumos necesarios para atender los embarazos normales y los partos de bajo y mediano riesgo; unidades ubicadas estratégicamente en microrregiones donde no existen hospitales, con atención las 24 horas del día, los 365 días del año. *Podrían funcionar como tal los hospitales básicos comunitarios, sin embargo en párrafos anteriores mencionamos que no cumplen los criterios de inclusión para el programa APV, el Hospital General con sede en Tlapa funciona como Clínica si Mujer (la única en la montaña), ya que no cumple con los criterios establecidos para operar como hospital si mujer.*

**Hospital Sí Mujer:** unidad regional de segundo nivel de atención, con atención obstétrica, a donde son referidas las embarazadas con riesgo. Dicho hospital debe contar con un Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER), donde personal especializado se encargará de resolver los embarazos de alto riesgo, tanto para su vigilancia estrecha o la atención del parto y puerperio; asimismo cuenta con un Servicios Integral para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SINDIS), donde se le brindará atención integral a los recién nacidos con complicaciones o defectos al nacimiento para disminuir las secuelas y limitar el daño.

23 Esta clave administrativa obliga al trabajador a cubrir turno matutino y vespertino.

24 SINAIS, www.salud.gob.mx SSA, Boletín 2001, Vol 1.

25 Programa de acción Arranque Parejo en la Vida. SSA. Primera Edición 2002.

26 XII Censo General de Población y Vivienda INEGI 2000.

27 La dispersión esta dada tanto entre casas, localidades y localidades comunidades. Por ejemplo, existen comunidades en Metlatonoc y Acatepec a 8 horas caminando a la cabecera municipal. Si quisieran salir a Tlapa en dado caso de que existiera vehículo harían alrededor de 6 horas.

28 Comunicación personal de personal operativo.

Estos hospitales deben estar bajo operación con personal sensibilizado, motivado y con capacidad técnica, equipo e insumos para la resolución de las complicaciones obstétricas que le sean referidos. *El Hospital General de Tlapa no cuenta con Modulo MATER, ni con SINDIS, ni tiene terapia intensiva, y el banco de sangre funciona solo mañanas y tardes. Por lo Tanto funciona como clínica si mujer y los hospitales básicos comunitarios como unidades de salud, de tal forma, la región de la Montaña no cuenta con Hospital si mujer.*

**Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (Posadas AME):** espacio comunitario en el que se hospeda la mujer embarazada referida cuando su condición de riesgo requiere de vigilancia estrecha, no necesariamente en el área hospitalaria, ahí se brindan cuidados y alimentación tanto a la mujer como a sus hijos e hijas, hasta el evento obstétrico. *Se tiene establecida una posada AME en toda la región.*

**Servicios de apoyo social,** inician sus actividades desde la comunidad; involucrando también a las autoridades municipales y grupos organizados de la comunidad, para en caso de referencia a una Clínica u Hospital Sí Mujer, apoyar a las embarazadas en su traslado (Transporte AME) y/o proporcionar cuidados y alimentación a las hijas e hijos, a través de Casitas AME. *No se han presentado casos exitosos al respecto, mas bien se han tenido experiencias que cuando es necesario el apoyo ni siquiera el municipio responde, aunque previamente se haya acordado el apoyo.*<sup>29</sup>

## Conclusiones

Considerando los recursos humanos y la infraestructura de la SSA no se tiene la capacidad humana y logística para alcanzar las metas propuestas por el programa y paradójicamente no existe mayor contratación de personal medico.

El estado de Guerrero, específicamente las regiones indígenas, en este caso la montaña, región con mayor presencia indígena en el estado, presenta un desajuste entre la disponibilidad de los recursos humanos y las necesidades en salud de la población no derechohabiente, esto condiciona que las tasas de mortalidad materna no solo no disminuyan sino aumenten, evidenciando el preámbulo de una emergencia sanitaria en la población mas vulnerable; mujeres y niños/as indígenas.

En este documento nos inclinamos a el análisis sobre los recursos humanos de salud y la forma de operativizar el programa APV por lo cual aislamos algunos factores de gran importancia como los factores culturales los cuales seguramente los abordaremos en futuros trabajos, sin embargo el análisis de las autopsias verbales de las muertes maternas permite identificar Los llamados “tres retardos” como factores para una muerte materna: 1. Retardo en decidir buscar ayuda (por ignorancia del riesgo, bajo estatus de la mujer, costo de la atención, calidad de atención percibida, accesibilidad percibida). 2. Retardo en alcanzar la atención una vez tomada la decisión de buscar ayuda (por costo del transporte, distancia de los servicios, imposibili-

dades de transporte). 3. Retardo en recibir la atención (por procedimientos burocráticos, baja calidad de la atención, falta de insumos, ausencia de los médicos, factores culturales). El programa APV no presenta propuestas concretas sobre el retardo en alcanzar la atención por la imposibilidad de transporte y retardo en recibir la atención por escaso número de médicos generales y especialistas. El programa Arranque Parejo en la Vida presenta alternativas interesantes como la red social y la inclusión de la participación ciudadana, sin embargo no es consciente de la emergencia que se vive en la montaña.

## Propuestas

Esta injusta y penosa situación exige un plan emergente, para abatir y corregir el rezago en recursos humanos e infraestructura, paralelo al programa APV, en el cual las autoridades jurisdiccionales sean pieza fundamental en la planeación y toma de decisiones. Si no se intenta corregir la brecha inexistente en la disponibilidad de recursos, no se producirán los servicios necesarios para abatir la mortalidad materna y se estará implementando un programa (APV) bajo condiciones de esquizofrenia operativa (exigiendo resultados al personal operativo). Una acción que podría coadyuvar a optimizar los recursos humanos existentes sería otorgar Concepto E 4<sup>30</sup> a médicos generales y especialistas que no lo perciban

29 Entrevista con medico general de unidad de salud. Municipio de Metlatonoc.

30 Concepto administrativo que incluye el pago de doble turno.