

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL PROGRAMA DE
CONTROL PRENATAL A PARTIR DE LA ATENCION BRINDADA A LAS
USUARIAS EN EL CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE DE LA ESE
POPAYAN ENERO DE 2011 – JUNIO DE 2011**

ASTRID MILENA NOGUERA

MÓNICA CECILIA DUEÑAS

**UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN
SALUD
POPAYAN
2011**

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL PROGRAMA DE
CONTROL PRENATAL A PARTIR DE LA ATENCION BRINDADA A LAS
USUARIAS EN EL CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE DE LA ESE POPAYAN
ENERO DE 2011 – JUNIO DE 2011**

**Informe Final de Investigación presentado como requisito parcial para optar
al título de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud**

TUTORA

EDDY LORENA BRAVO ENRIQUEZ.

MD. ESP. GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN

SALUD

POPAYAN

2011

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios a mis hijos y esposo por ser el motor de mi vida y el motivo para superar mis metas cada día, a mis padres por su apoyo incondicional en cada nuevo proyecto, a mi compañera de investigación por el trabajo en equipo, y a la tutora por los aprendizajes obtenidos.

ASTRID MILENA NOGUERA RAMIREZ

Doy gracias a mis hijos quienes me impulsan a seguir adelante día a día, a mis padres que incondicionalmente me han acompañado en el trasegar de mi carrera y de mi vida, a mi compañera de trabajo de investigación y amiga que finalmente logro que camináramos bajo un mismo objetivo y a la tutora por el apoyo obtenido.

MONICA CECILIA DUEÑAS MARTINEZ

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad EAN, Universidad del Cauca y a sus docentes, en especial a la Doctora Eddy Lorena Bravo E. por contribuir a la Educación Superior transmitieron su valioso conocimiento en aras de la formación de profesionales con capacidad resolutive y emprendimiento de nuevos proyectos.

CONTENIDO

LISTA DE GRAFICAS	5
LISTA DE TABLAS	9
RESUMEN.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	16
ESTADO DEL ARTE	19
Situación de la Mortalidad Materna 2010.....	23
 MARCO CONTEXTUAL.....	 40
Empresa Social del Estado. ESE Popayán.....	40
 MARCO REFERENCIAL O TEORICO	 61
Evaluación de utilización adecuada y la calidad de la atención	62
Calidad En El Control Prenatal.....	63
Evaluación de la calidad de los servicios de salud.....	71
Legislación Salud Materna	76
Modelo De Control Prenatal De OMS 2001	79
Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo	88
 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO	 93
DISEÑO METODOLOGICO	94
Lugar	94
Universo	94
Muestra	94
Variables con relación a los Objetivos del estudio	96
Plan Temático	100
Aspectos Éticos.....	101

RESULTADOS	103
Calidad de la Atención Médica	103
Proceso De Educación Prenatal	106
Normas escritas para el control de las gestantes.....	106
A Partir del Cuestionario para los Profesionales de la Salud.	107
A Partir Del Cuestionario A La Gestante	113
Calidad de la Atención Médica a partir de los Procesos	125
Calidad de la atención según satisfacción de usuarios externos	131
DISCUSION.....	133
CONCLUSIONES	137
RECOMENDACIONES.....	145
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	150
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	151
ANEXOS.....	157
Anexo 1. Operacionalización De Variables.	157
Anexo 2 .Formulario Para Evaluación De Estructura	160
Anexo 3.Cuestionario Para El Personal De La Salud Del Programa De Control Prenatal Nivel I.....	177
Anexo 4. Cuestionario Para Las Gestantes Del Programa De Control Prenatal. Centro De Salud Suroccidente Ese Popayán.....	183
Anexo 5. Formulario Para Evaluación Del Proceso De Control Prenatal A Partir De Historias Clínicas Centro De Salud Suroccidente Ese Popayán	189

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1 Mortalidad Materna, Cauca 2010	24
Grafica 2 Distribución Porcentual por Edad de la Mortalidad Materna. Cauca. 2010	25
Grafica 3 Mortalidad Materna según Escolaridad. Cauca. 2010.....	26
Grafica 4 Mortalidad Materna según Tipo de Aseguramiento al SGSSS. Cauca. 2010.....	27
Grafica 5 Mortalidad Materna según Antecedente de Planificación Familiar. Cauca. 2010.....	28
Grafica 6 Mortalidad Materna Según Antecedentes de Gestaciones. Cauca 2010 ..	29
Grafica 7 Mortalidad Perinatal según No. De Controles Prenatales. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010	29
Grafica 8 Mortalidad Perinatal según Trimestre de Captación en el Control Prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.	30
Grafica 9 Mortalidad Materna según Sitio de Defunción. Cauca. 2010.	30
Grafica 10 Mortalidad perinatal. Comportamiento de la notificación de la Mortalidad Perinatal, Cauca. 2010 (corte a la semana epidemiológica 41).....	31

Grafica 11 Mortalidad Perinatal según Antecedente de Planificación Familiar. Cauca. A Semana Epidemiológica 41. 2010.....	32
Grafica 12 Mortalidad Perinatal según Antecedente de Abortos. Cauca. 2010. A Semana Epidemiológica 41.	33
Grafica 13 Mortalidad Perinatal en mujeres con antecedente de 4 o más gestas según uso de método anticonceptivo. Cauca. 2010. A Semana Epidemiológica 41.	34
Grafica 14 Mortalidad Perinatal según No. De Controles Prenatales. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.	35
Grafica 15 Mortalidad Perinatal según trimestre de captación en el control prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.	36
Grafica 16 Mortalidad Perinatal según Remisión Oportuna por Nivel de Atención del Control Prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.....	37
Grafica 17 Mortalidad Perinatal según momento de la muerte. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.....	38
Grafica 18 Distribución porcentual por procedencia de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.	114
Grafica 19 Distribución porcentual por estado civil de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.	116

Grafica 20 distribucion porcentual por tipo de afiliacion al sistema de salud de las gestantes.	117
Grafica 21 Accesibilidad Geográfica de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.	118
Grafica 22 Tiempo de espera entre la solicitud de cita y atención de las gestantes que acuden al Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán.....	119
Grafica 23 Asistencia a las actividades programadas en el control prenatal	120
Grafica 24 Consejeria sobre carpeta con exámenes de laboratorio – ecografias y carnet de las gestantes que acuden al Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayan.	122
Grafica 25 Puntualidad en la atención de las gestantes que asisten al Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayan.....	123
Grafica 26 Relacion con los profesionales de salud de las gestantes que asistieron al Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayan.	124
Grafica 27 Registro en historia clinica de los exámenes de laboratorio y ecografias.	127
Grafica 28 Registro la educacion de signos y sintomas de alarma.....	129
Grafica 29 Registro la educacion sobre temas relacionados con la gestación.	130
Grafica 30 Registro en la historia de inicio al control prenatal en el primer trimestre.	131

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1</i> Mortalidad Perinatal Según Gestas Vs. Regulación de la Fecundidad. Cauca. 2010. Sem. 41.	33
<i>Tabla 2</i> Mortalidad Perinatal según atención en el control prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.	36
<i>Tabla 3</i> Mortalidad perinatal según edad gestacional al momento de la muerte. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.	38
<i>Tabla 4</i> Matriz periodos perinatales de riesgo. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.....	39
<i>Tabla 5</i> Distribución porcentual por grupos etáreos de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.	113
<i>Tabla 6</i> Distribución porcentual por procedencia de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.	114
<i>Tabla 7</i> Distribución por Comunas de las Gestantes.....	114
<i>Tabla 8.</i> Distribución porcentual de la escolaridad de las Gestantes.....	115
<i>Tabla 9.</i> Distribución porcentual por EPS de las gestantes encuestadas.....	116

RESUMEN

Es un estudio descriptivo que tiene como principal objetivo Realizar auditoria al proceso de atención prenatal en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán con el fin de caracterizar la atención clínica e identificar los principales nudos críticos de la Atención Prenatal del centro de salud suroccidente que hace parte de la ESE del Municipio de Popayán.

El resultado de la auditoria al proceso actual del Centro de Salud Suroccidente ESE Popayán 2011, están basados en el grado de aplicación a la norma técnica de las alteraciones del embarazo contenida en la resolución 412 del 2000, con la información obtenida a partir de las historias clínicas y el formato de evaluación con los ítems que servirán de insumo para el análisis. También se realizará una evaluación de la infraestructura y dotación de consultorios comparando la información recolectada con el formato de evaluación contenido en la resolución 1043 del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la habilitación de los servicios de salud

FORMULACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, particularmente en los servicios públicos en donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a la población, está muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional.

La Calidad es una propiedad que en la Atención en salud posee un alto grado de importancia. Calidad se refiere a la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo desde la óptica del usuario pero debe ser objetiva y medible desde las instituciones que prestan el servicio.

La atención del programa de control prenatal tradicional, tiene un enfoque orientado a realizar un interrogatorio y un examen físico ya esquematizado para la gestante, con complementos adicionales de evaluación de exámenes de laboratorio, ecografías y la prescripción de un tratamiento terapéutico específico para cada caso.

“La calidad puede ser subjetiva desde la óptica del usuario” (Gil, 1995) pero debe ser objetiva y medible desde las instituciones que prestan el servicio.

En Colombia, la calidad debe estar claramente identificada como un componente de los Planes de Desarrollo Integral de las entidades de salud tanto en las Instituciones Prestadores de Servicios- IPS- como las EAPB Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; buscar un auténtico proceso de información, orientación, capacitación y educación prenatal dirigido a las embarazadas, con el objetivo que tengan un

conocimiento de los fenómenos biológicos y sociales que giran alrededor del estado grávido y puerperal.

Aunque la cobertura del control prenatal en Popayán ha aumentado, es frecuente sin embargo, aún hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por la paciente y el llenado incompleto de la historia clínica que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna.

En la consulta de control prenatal al médico y al personal de enfermería, poco o ningún espacio de tiempo les queda para abordar a cada gestante y emprender con ella una labor de educación prenatal sobre su estado gestacional.

Las consecuencias de este déficit son: dificultades en el momento de reconocer signos y síntomas de alarma durante de la gestación o en el puerperio, desconocimiento de los conceptos básicos sobre el control prenatal, de la importancia de traer consigo en cada cita la carpeta con el carné y los exámenes de control prenatal, falta de información sobre las bondades y ventajas de la lactancia materna, problemas clínicos de esta, cuidados elementales del recién nacido, peligro de los espacios ínter genésicos cortos y la falta de incorporación de métodos específicos de planificación familiar que pueden implementarse en cada caso particular, son entre otros, algunos de los problemas que se derivan de la ausencia de un proceso educativo prenatal completo y con calidad dirigido a las gestantes. Estas acciones son parte del cuidado primario en salud, es de vital importancia pues son actividades de alta externalidad. Así la anticoncepción, la toma de citologías y la prevención del cáncer debe brindarse a todas las gestantes. Hacerlo así es ganar oportunidades.

Que doloroso que diariamente perdamos oportunidades de salvar la vida de la mujer gestante, si alguien hubiera hablado con ella de la importancia de un método de planificación familiar, de realizar la carta de autorización de ligadura y en caso de cesárea urgente o de la importancia de la citología quizás no hubiera muerto.

Cuantas veces en la consulta prenatal nos limitamos al examen físico y a dar un diagnóstico y la gestante se va sin saber o conocer los diferentes métodos temporales o quirúrgicos de planificación familiar, sin saber a dónde ir para conseguirlos, sin conocer que existe la citología cérvico vaginal, el auto examen de seno. Todas estas son oportunidades de promoción y prevención para nuestras gestantes.

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, y es la máxima expresión de injusticia social, Colombia es uno de los países en donde existen cifras altas de muertes maternas, y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio.

En consenso la mortalidad materna es un indicador de la calidad de vida y del desarrollo de un país, así como del ejercicio de los derechos ciudadanos sexuales y reproductivos de las mujeres. Expresa las desigualdades e inequidades de género, económicas y culturales. También es indicador de la cobertura y calidad del control prenatal y otros servicios de salud. “Más de una mujer en edad reproductiva muere cada minuto en el mundo debido a complicaciones del embarazo y el parto y un total de 585.000 mujeres mueren cada año”.¹

“La mayoría de las muertes maternas son prevenibles; con un programa de control prenatal completo y buen proceso de educación prenatal, lo cual confirma que no se

¹ World Health Organization (2002) maternal mortality 2000: Estimates Developer by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneve, WHO

garantiza el derecho humano de las mujeres a la maternidad segura. La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales, económicas y sociales importantes y profundas en la familia y en la comunidad, ya que reduce la supervivencia del recién nacido cuando éste vive, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares, entre otros aspectos, por lo anterior la mortalidad materna es considerada un indicador de desarrollo de un país”.²

Es fácil asumir la mortalidad materna, perinatal e infantil como una complicación médica. Sin embargo sus raíces reflejan profundos problemas políticos, administrativos, sociales y una profunda inequidad.

Toda la problemática descrita es marco de referencia para planificar una investigación, analizar en un periodo de tiempo la calidad de atención a las gestantes en el programa de control prenatal.

Al mejorar la calidad se reduce la morbimortalidad; es posible que aumenten los costos de los servicios, pero al mejorar la calidad se aumenta la demanda.

Actividades de promoción efectivas disminuyen el número de personas afectadas por un daño a la salud, reduciendo los costos.

Con base a los planteamientos señalados la presente investigación busca establecer cuáles son las causas que afectan la calidad de la atención realizadas a las

² Arias Iván y cols. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud Popayán, Colombia 1997-1998.

gestantes en el control prenatal en la IPS de primer nivel Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán en el periodo de enero de 2011 – junio de 2011.

JUSTIFICACIÓN

El plan de desarrollo en salud del Municipio de Popayán, plantea dificultades debido a la alta demanda de atención de gestantes de régimen subsidiado y contributivo, donde se evidencia la falta de personal que realice búsqueda activa a las gestantes para que inicien en su primer trimestre de gestación, las dificultades de tipo económico, que limitan el acceso de las comunidades a los servicios de salud.

“La cobertura del control prenatal en Colombia ha aumentado considerablemente en las últimas décadas”³. Es frecuente, sin embargo, aún “hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, bajo promedio de controles prenatales por paciente y el diligenciamiento incompleto de la Historia clínica”⁴ que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna.

Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal; de acuerdo con la Política nacional de salud sexual y reproductiva (2003-2007) y el Plan de acción aprobado por la Asamblea General de la ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia , suscrito por Colombia, que buscan reducir la mortalidad materna en 50% en este período y 75% para 2015; así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95%, y fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país.

³ Rojas O. Colombia: Perfil de salud reproductiva 1990. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia 1991; 42(4): 279 -284.

⁴ Uriza G, Barragán E. Mortalidad Perinatal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia 1986; 37(2): 91.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aun desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de control prenatal y su proceso educativo prenatal, particularmente en lo referente a reconocer a tiempo los signos y síntomas de alarma u otros signos y síntomas, la consejería en planificación familiar, la educación en lactancia materna, cuidado del posparto, del recién nacido y prevención del cáncer de cérvix y de seno el cuidados del carné y de los exámenes de laboratorio y ecografías realizados durante todo el control prenatal.

En 1996 un estudio de la Comisión Interdisciplinaria de Género de la Universidad Centroamericana sobre la calidad de los servicios de salud reproductiva, encontró que “la calidad del control prenatal se ha visto seriamente afectado en su calidad por el problema de desabastecimiento tiempo-técnico-material, lo que reduce sensiblemente la capacidad preventiva de este servicio. Así mismo encontró que persisten problemas de racionalidad en la distribución y uso de recursos humanos en los servicios de salud reproductiva”⁵.

En Colombia en cuanto a calidad de las atenciones de salud materno-infantil, se aprecia una mejora sostenida en sus resultados globales. “Colombia tiene una razón de mortalidad inferior, sin embargo frente a los países de mayor desarrollo se advierte una brecha aún muy amplia de mejora. Aunque este par de indicadores no son específicos y

exclusivos de la medición de la calidad de la atención en salud, es también claro que corresponden a mediciones de “mortalidad evitable” asociadas fuertemente a las intervenciones preventivas y de tratamiento de atención en salud y por ende a la calidad de las mismas”.⁵

⁵ Ministerio de Protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, 1er Informe Nacional de la Calidad de la Atención en Salud “INCAS Colombia 2009”.

ESTADO DEL ARTE

“El control prenatal tiene como objetivo una identificación oportuna y manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros clínicos como la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal, incluido el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico”.⁶

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal.

Teniendo en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema prioritario de salud pública, es indispensable, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permitan lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad.⁷

La cobertura y contenidos de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud de un país.

⁶ Caballero Salazar Francisco. Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios que ofrece la selección de medicina general de la consulta externa de la clínica Solón Nuñez frutos en febrero de 2008. Universidad de las Ciencias y el arte de Costa Rica. Proyecto de graduación para optar por la maestría en administración con énfasis en servicios de salud. Costa Rica, julio 2008

La cobertura de atención prenatal es un indicador de acceso y uso de la asistencia sanitaria durante el embarazo. El período prenatal presenta oportunidades para llegar a las mujeres embarazadas con las intervenciones que podrían ser vitales para su salud y bienestar y el de sus hijos. Recibir atención prenatal al menos cuatro veces, según lo recomendado por la OMS, aumenta la probabilidad de recibir intervenciones eficaces de salud materna durante las visitas prenatales. Este es un indicador de los objetivos del milenio (ODM).

“La atención prenatal y del parto por personal calificado es uno de los indicadores aceptados para verificar el cumplimiento de la meta 6 de los objetivo de desarrollo del milenio, relativa a la mortalidad materna”.⁷

Los objetivos de desarrollo del milenio plantean como meta la reducción en dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil y reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna. Estos dos indicadores son logrados en parte, cuando se cuenta con un adecuado control prenatal en el que se puedan detectar oportunamente riesgos tanto para la madre como para el hijo, teniendo en cuenta como meta alcanzar cuatro o más controles prenatales.

Existe escasa evidencia sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia a la calidad del control prenatal, conocimientos, percepciones y prácticas de las gestantes y los profesionales de la salud con respecto a la atención prenatal.

⁷ Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006

Hoy en día el cuidado prenatal a nivel mundial sobre todo en lo que respecta a los países desarrollados se encuentra muy adelantado y se compagina muy bien con las exigencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual constantemente está monitoreando que se cumpla con las exigencias que sobre la materia asiduamente se implantan.

Sin embargo en América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en los centros asistenciales. Pese a ello en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de atención de la salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema.⁸

Tanto así que entre el 20 a 25 por ciento de la población en América Latina y el Caribe no tiene acceso a los servicios de salud u otro tipo de medida de protección social, señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS).⁹

El mejoramiento de las condiciones de salud materno – infantil sigue siendo uno de los retos más importantes de la salud pública de los servicios de salud (OMS, 2006) a nivel nacional e internacional (plasmado en los Objetivos del Milenio y las Políticas Públicas Nacionales y Distritales). La tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad

⁸ Ortiz, Marcela. Mortalidad materna en el siglo XXI, disponible en [tp://www.mujereshoy.com/secciones/769.shtml](http://www.mujereshoy.com/secciones/769.shtml), citado por Murillo Acuña, Lylliam y Miranda Abaunza, Walter. "Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua Agosto – Octubre 2004", disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/40.pdf,

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Informe "La salud en las Américas 200-2005", publicado en el libro: Salud en las Américas 2007, 2 vols., www.paho.org/hia.

materna son indicadores reconocidos internacionalmente como síntesis de la situación de salud en una sociedad y dichos indicadores están sensiblemente relacionados con la calidad de la atención en salud que se brinde a estas poblaciones (para el caso de las gestantes el control prenatal y la atención del parto y puerperio). Dentro de la Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva, se reconoce la Maternidad Segura como uno de las líneas de acción priorizadas y se enuncia como meta el mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones (Ministerio de Protección Social, 2003).

A nivel mundial, la OMS reporta para el 2007, que aproximadamente 22.000 mujeres mueren en la región de las Américas, de las cuales el 80% están relacionadas con la gestación o el parto. El riesgo de muerte materna durante la vida de una mujer es casi 40 veces más alto en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. Aunque la mortalidad materna representa la punta de un iceberg del conjunto de complicaciones por embarazo, parto y puerperio, este se usa como un indicador básico de salud materna; en este sentido se calcula que por cada muerte materna, hay 135 casos de complicaciones o enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2007).

En el país, se han realizado algunas evaluaciones del uso de servicios prenatales a partir de la valoración de control prenatal adecuado con base en 4 controles durante la gestación (Profamilia, 2005), encontrando algunos factores sociodemográficos asociados.

Uno de los análisis que se ha desarrollado frente a la salud materno infantil en Colombia (Ruiz, 1998) evidencia que existe una relación directa entre un control oportuno (visto como aquel que se inicia antes del 5° mes de gestación) y la edad (es menos frecuente en las adolescentes que el control prenatal sea oportuno), el estado civil de la gestante (más oportuno para las casadas) y en el caso que tenga una residencia urbana. Así mismo se encontró que el hecho de recibir atención por parte de un médico estaba en relación con la paridad (es decir que las primigestantes recibían generalmente atención por parte del médico), la escolaridad, el estado civil y la residencia.

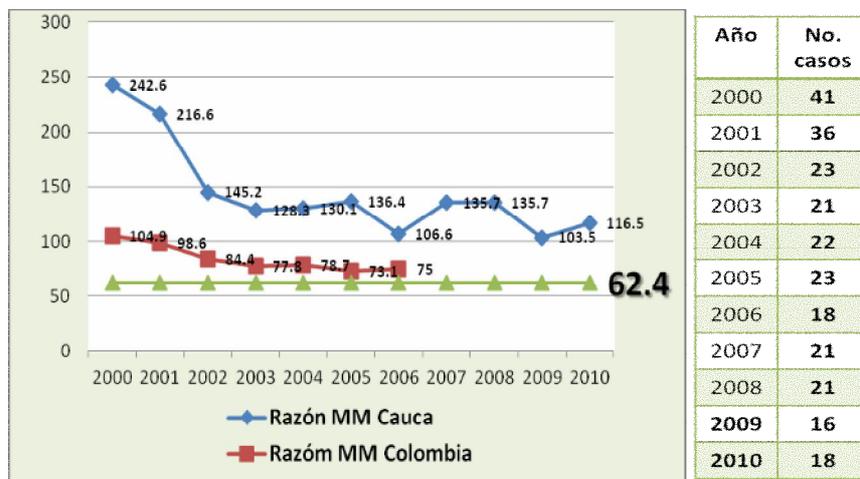
Dentro del estudio de determinantes de uso de servicios prenatales desarrollado con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud respecto al litoral pacífico (Aguado, 2007), se encontró que las variables que más inciden en el uso —por parte de las madres— de los servicios de atención prenatal calificada, parto institucional y atención posparto son, en orden de importancia: la afiliación a un régimen de seguridad social en salud, el orden de nacimiento de los hijos e hijas, el nivel de educación y el lugar de residencia de la madre lo que concuerda con otros trabajos de investigación a nivel mundial.

Situación de la Mortalidad Materna 2010.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del Mundo.

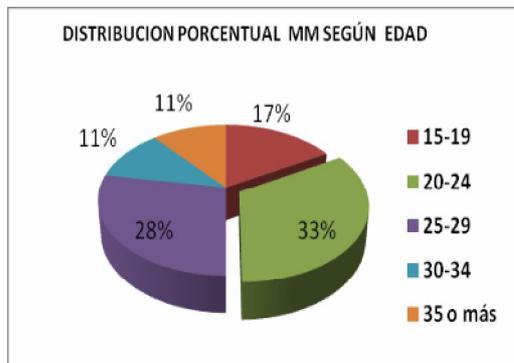
En el 2010 hasta la semana epidemiológica 44, en el departamento del Cauca se notificaron 18 casos de muerte materna.

Grafica 1 Mortalidad Materna, Cauca 2010



En los últimos 10 años el comportamiento de la mortalidad materna en el Departamento del Cauca ha venido en disminución, lo cual evidencia que se han realizado estrategias a favor de la salud materna, sin embargo en los últimos 5 años estas cifras se han mantenido homogéneas, lo que llevo al Departamento a intensificar el trabajo realizado para la población materna y perinatal.

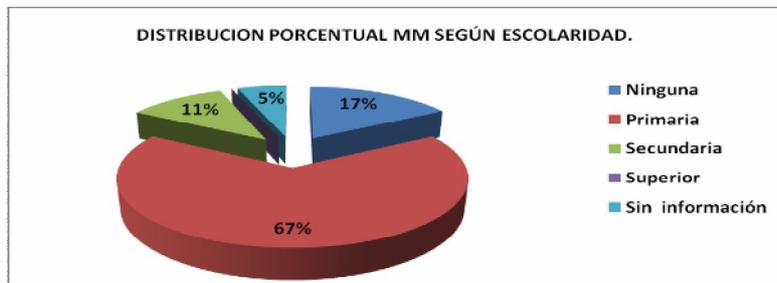
Grafica 2 Distribución Porcentual por Edad de la Mortalidad Materna. Cauca. 2010



El Departamento del Cauca durante el año 2010, presentó 14 muertes maternas, donde el 78% de las muertes se presentaron en el rango de edad comprendida entre 10 y 29 años, edad que corresponde a la población denominada joven adolescente.

Esto es un claro reflejo del aumento de los embarazos en adolescentes, causados por falta de información adecuada y a tiempo para evitarlos, servicios adecuados para su atención entre otros.

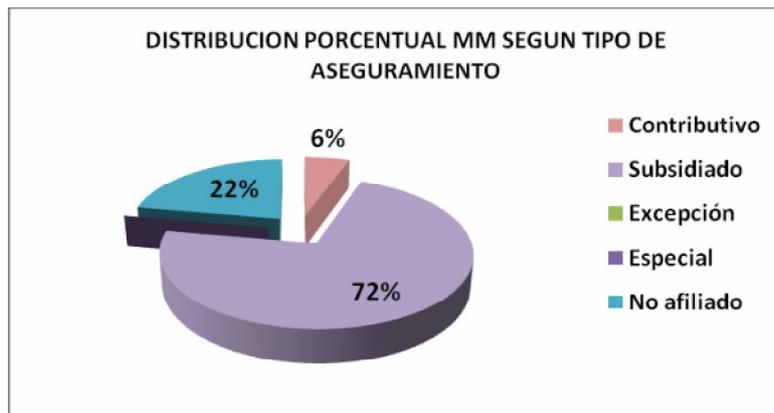
Grafica 3 Mortalidad Materna según Escolaridad. Cauca. 2010



Fuente: SIVIGILA 2010

El 67% de los casos de muerte materna alcanzan el nivel educativo de primaria y un 17% reportan no tener ningún nivel de escolaridad; estos dos porcentajes superan los porcentajes de madres con escolaridad secundaria y superior (11% y 5% respectivamente); y en el 5% de los casos no se obtuvo información.

Grafica 4 Mortalidad Materna según Tipo de Aseguramiento al SGSSS. Cauca.
2010.

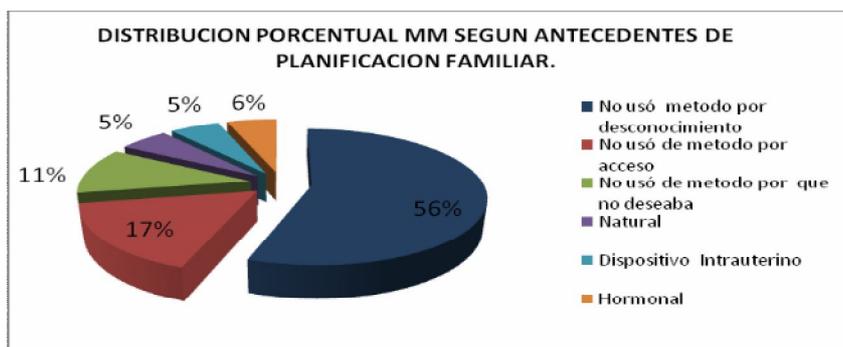


Fuente: SIVIGILA 2010

La mayoría de las madres de los casos de muerte materna notificados hasta la semana 44 del año 2010, se concentraron en el régimen subsidiado el 72%, en tanto que quienes no contaban con afiliación al Sistema General de Seguridad Social representaron el 22%; se presentó menor número de casos en el régimen contributivo (6%).

Grafica 5 Mortalidad Materna según Antecedente de Planificación Familiar.

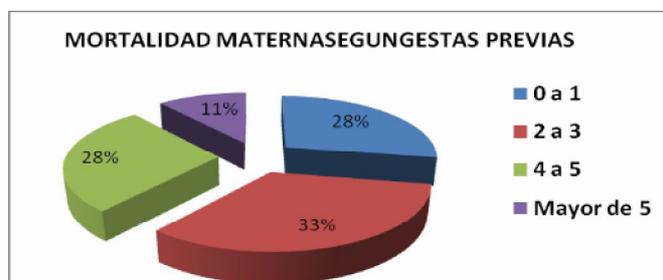
Cauca. 2010.



Fuente: SIVIGILA 2010

Frente a los métodos de regulación de la fecundidad en los casos de muertes maternas reportados hasta la semana 44 del 2010, aproximadamente el 84% de las mujeres no contaban con un método, dentro de éste grupo es de resaltar que el 56% de mujeres que no usaron métodos fue por desconocimiento, el 17% por dificultad para su acceso y 11% porque no deseaba; solo un 16% de las madres de los casos usaron algún método de planificación familiar, siendo de preferencia por estas mujeres el uso de métodos hormonales con un 5% (15).

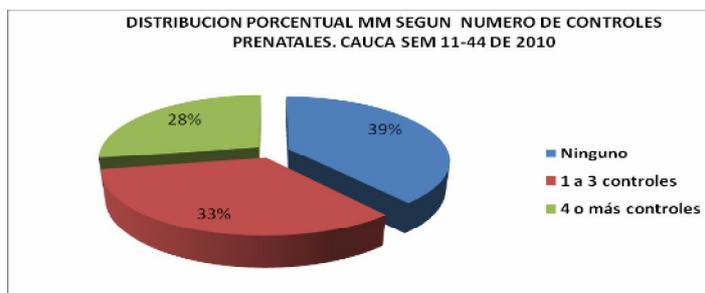
Grafica 6 Mortalidad Materna Según Antecedentes de Gestaciones. Cauca 2010



Fuente: SIVIGILA 2010

La mayoría de las muertes se ubicaron en el grupo de mujeres con 2 a 3 gestaciones (33%), el 28% de los casos eran gestantes multíparas con más de 4 gestaciones, y el 28% de las mujeres se clasificaron como primigestantes.

Grafica 7 Mortalidad Perinatal según No. De Controles Prenatales. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010



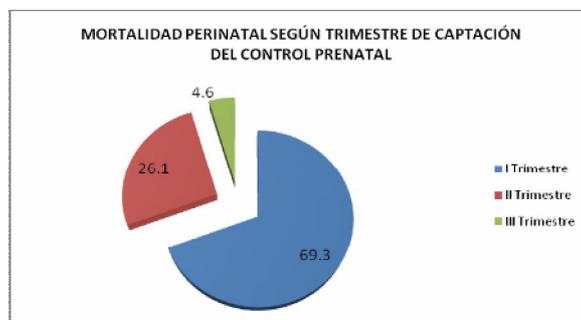
Fuente: SIVIGILA.

2010

El 28,8% (62) de los casos de muertes perinatales no accedió a controles prenatales, cerca del 71,1% (153) de las mujeres asistieron al control prenatal, de

éstas el 25,1% no tuvo un seguimiento adecuado dado que solo asistieron a 3 controles prenatales; sin embargo el 46% asistieron a 4 o más controles. En promedio las madres de los casos de muerte perinatal asistieron a 6,7 controles.

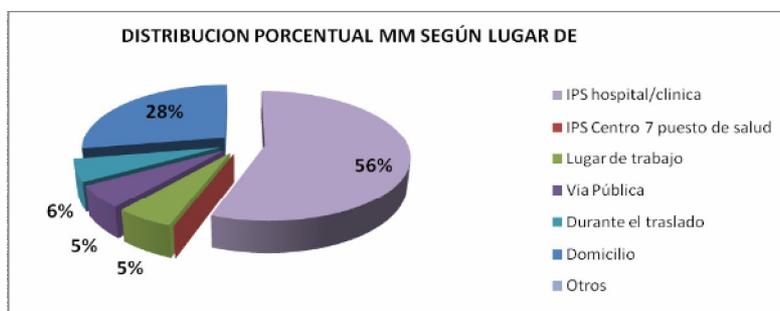
Grafica 8 Mortalidad Perinatal según Trimestre de Captación en el Control Prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.



Fuente: SIVIGILA, 2010

De las que accedieron a controles prenatales alrededor del 31% accedieron de forma inoportuna al programa.

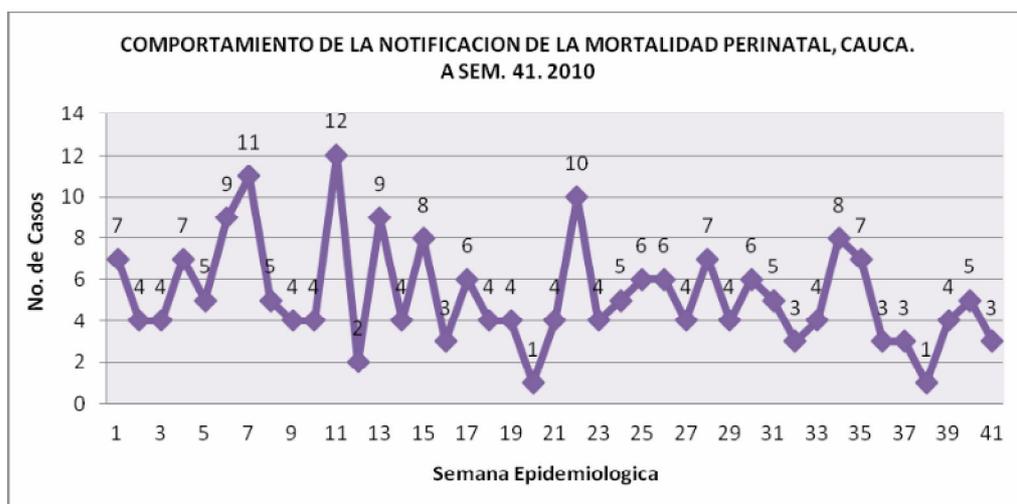
Grafica 9 Mortalidad Materna según Sitio de Defunción. Cauca. 2010.



Fuente: SIVIGILA, 2010

La mayoría de las muertes maternas ocurridas hasta la semana 44 de 2010, ocurrieron en las IPS (clínica/ hospital) (56%), seguido de las muertes en domicilio con un 28%.

Grafica 10. Mortalidad perinatal. Comportamiento de la notificación de la Mortalidad Perinatal, Cauca. 2010 (corte a la semana epidemiológica 41)



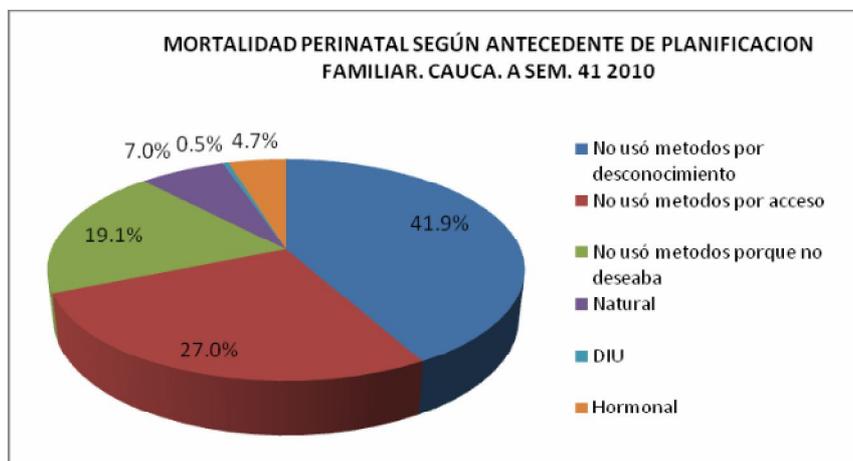
Fuente: SIVIGILA 2010

El comportamiento de la notificación de la mortalidad perinatal hasta la semana epidemiológica 41 presentó un patrón homogéneo frente al 2009. El promedio de muertes perinatales reportadas por semana epidemiológica fue de 5,2 casos; el número más alto de muertes se notificó en la semana 11 (12 muertes) y el menor en las semanas 20 y 38 (una muerte en cada una de las semanas); no se observó

ningún patrón especial en el reporte de muerte por semanas epidemiológicas. Es de resaltar que durante todas las semanas epidemiológicas que hasta el momento lleva el 2010, se han reportado (215) casos de muerte perinatal. (Grafico No. 10)

Grafica 11 Mortalidad Perinatal según Antecedente de Planificación Familiar.

Cauca. A Semana Epidemiológica 41. 2010



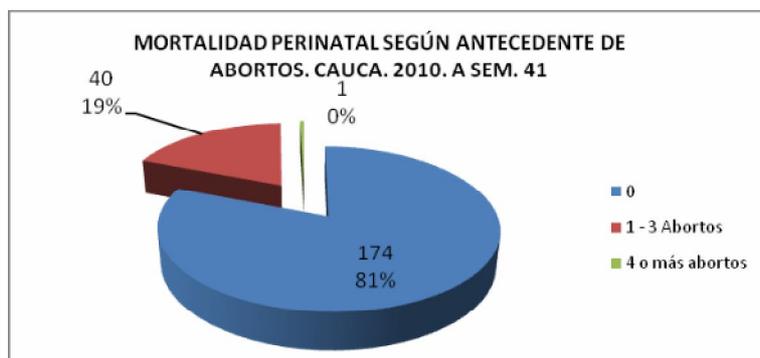
Fuente: SIVIGILA

2010

Frente a los métodos de regulación de la fecundidad en los casos de muertes perinatales reportados hasta la semana 41 del 2010, aproximadamente el 88% de las mujeres no contaban con un método, dentro de éste grupo es de resaltar, el 41,9% de mujeres (90) que no usaron métodos por desconocimiento, el 27% (51) por dificultad para su acceso y 19,1% (41) porque no deseaba; solo un 12% de las

madres de los casos usaron algún método de planificación familiar, siendo de preferencia por estas mujeres el uso de métodos naturales con un 7% (15).

Grafica 12 Mortalidad Perinatal según Antecedente de Abortos. Cauca. 2010. A Semana Epidemiológica 41.



El antecedente de aborto se reportó en el 19,1% de los casos (41), es de resaltar un caso en el cual se reportó antecedente de 6 abortos.

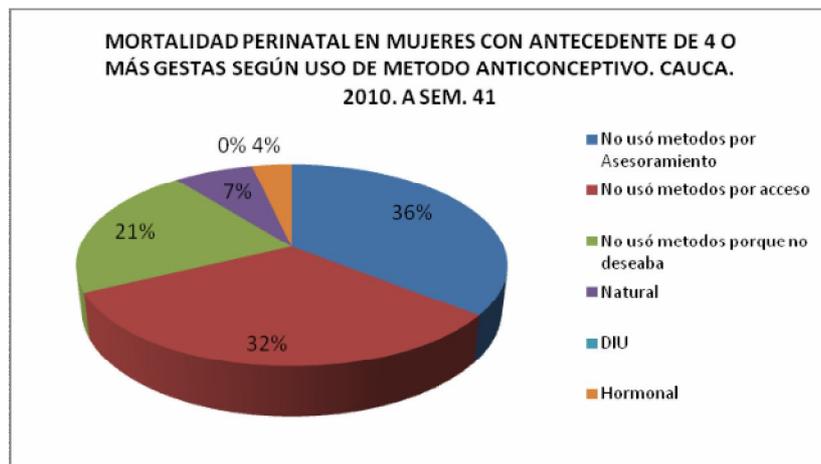
Tabla 1 Mortalidad Perinatal Según Gestas Vs. Regulación de la Fecundidad. Cauca. 2010. Semana. 41.

GESTAS	No usó métodos por Asesoramiento	No usó métodos por acceso	No usó métodos porque no deseaba	Natural	DIU	Hormonal	TOTAL
0	2	1	2	2	1	1	9
1 - 3 gestas	68	39	27	9	0	7	150
4 o más gestas	20	18	12	4	0	2	56
TOTAL	90	58	41	15	1	10	215

Fuente: SIVIGILA, 2010

La tabla No. 1 muestra el uso de método anticonceptivo de acuerdo al número de gestas, en donde se evidencia el predominio de mujeres que no usaron método de planificación familiar encontrándose el mayor porcentaje en el grupo entre 1 a 3 gestas.

Grafica 13 Mortalidad Perinatal en mujeres con antecedente de 4 o más gestas según uso de método anticonceptivo. Cauca. 2010. A Semana Epidemiológica 41.



Fuente: SIVIGILA, 2010

Al analizar el uso de método anticonceptivo en las mujeres con 4 y más gestas, que es población objeto de planificación familiar, se observa que cerca del 80% de ellas no usaron método anticonceptivo, en donde se resalta el no uso, por razones de asesoramiento; éste fenómeno podría reflejar las fallas en la estructura y procesos de los programas de protección específica en la inclusión de la población objeto de los mismos.

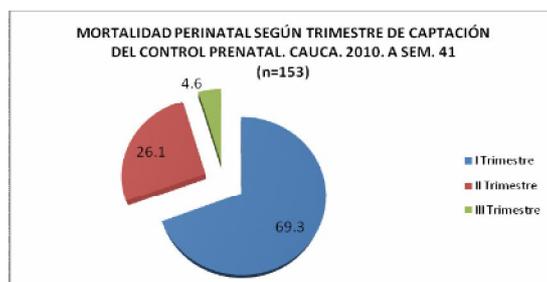
Grafica 14 Mortalidad Perinatal según No. De Controles Prenatales. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.



Fuente: SIVIGILA. 2010

El 28,8% (62) de los casos de muertes perinatales no accedió a controles prenatales, cerca del 71,1% (153) de las mujeres asistieron al control prenatal, de éstas el 25,1% no tuvo un seguimiento adecuado dado que solo asistieron a 3 controles prenatales; sin embargo el 46% asistieron a 4 o más controles. En promedio las madres de los casos de muerte perinatal asistieron a 6,7 controles.

Grafica 15 Mortalidad Perinatal según trimestre de captación en el control prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.



Fuente: SIVIGILA, 2010

De las que accedieron a controles prenatales alrededor del 31% accedieron de forma inoportuna al programa.

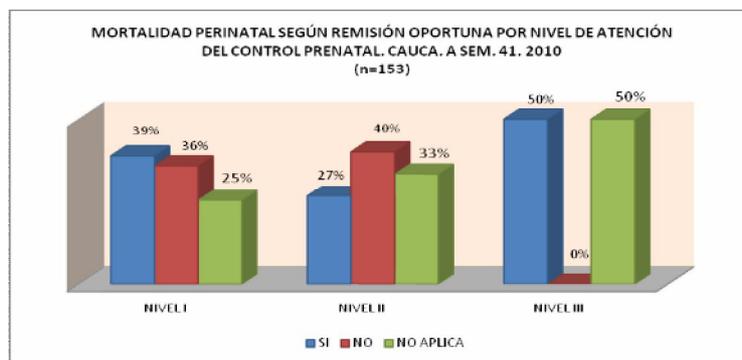
Tabla 2 Mortalidad Perinatal según atención en el control prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.

VARIABLE	No.	%
PERSONA QUE REALIZÓ EL CONTROL (n=153)		
Médico General	131	85,6
Médico Obstetra	12	7,8
Enfermero (a)	10	6,5
NIVEL DE ATENCIÓN (n=153)		
I	134	87,6
II	15	9,8
III	4	2,6
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO (n=153)		
SI	92	60,1
NO	61	39,9
PERSONA QUE CLASIFICA EL RIESGO (n=93)		
Médico General	77	82,8
Médico Obstetra	13	14
Enfermero (a)	3	3,2

Fuente: SIVIGILA, 2010

El 85,6% de las que madres que tuvieron acceso al control prenatal fueron atendidos por medico general, el 7,8% por ginecobotetra; el 87,6% fueron atendidos en IPS de primer nivel de atención, el 9,8% en IPS de segundo nivel; en el 60,1% de los casos que accedieron a control prenatal se clasifico el riesgo obstétrico.

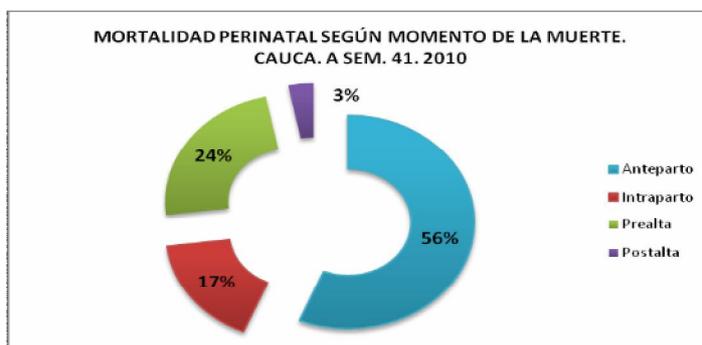
Grafica 16 Mortalidad Perinatal según Remisión Oportuna por Nivel de Atención del Control Prenatal. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.



Fuente: SIVIGILA, 2010

De acuerdo al nivel de atención del control prenatal, se pudo evidenciar el predominio de remisiones inoportunas en el Nivel II de atención con un porcentaje del 40%, no obstante en el nivel I de atención se encontraron proporciones similares: un 39% con remisiones oportunas y un 36% con remisiones inoportunas.

Grafica 17 Mortalidad Perinatal según momento de la muerte. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.



Fuente: SIVIGILA, 2010

En cuanto al momento en que ocurrieron las muertes perinatales, el 56% se presentó en el ante parto, lo cual refleja cómo el componente de salud materna es uno de los principales determinantes asociados, seguido de las muertes ocurridas en la prealta 24%, lo cual involucra la calidad de los servicios de salud para los recién nacidos. En menor proporción se presentaron las muertes intraparto y postalta (17% y 3% respectivamente).

Tabla 3 Mortalidad perinatal según edad gestacional al momento de la muerte. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010.

Edad Gestacional		No.	%
Menores de 22 semanas		20	9,3
Pretérmino	Entre 23 y 31 semanas (Severo)	72	33,5
	Entre 32 y 34 semanas (Moderado)	14	6,5
	Entre 35 y 36 semanas (Leve)	20	9,3
Término	Entre 37 y 42 semanas	87	40,5

Postérmino	Mayor de 42 semanas	0	0,0
Dato incorrecto		2	0,9

Fuente: SIVIGILA, 2010

Un 49,3% de los casos de muerte perinatal que sucedieron en el año 2010 hasta lo corrido hasta la semana 41, se presentó en edades gestacionales comprendidas en el periodo pretérmino. Una proporción del 40,5% se registró para las muertes perinatales sucedidas en el periodo de término. Dentro del periodo pretérmino, es la edad catalogada como pretérmino severa, la que obtiene la mayor proporción de casos.

Tabla 4 Matriz periodos perinatales de riesgo. Cauca. A semana epidemiológica 41. 2010

GRUPOS DE PESO	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total
Menores de 1000 gr	47	11	14	0	72
1000 - 1499 gr	10	2	6	1	19
1500 - 2499 gr	27	8	11	1	47
2500 - 3999 gr	36	14	18	5	73
Mayores o iguales a 4000 gr	1	1	2	0	4
Total	121	36	51	7	215

Fuente: SIVIGILA, 2010

MARCO CONTEXTUAL.

Empresa Social del Estado. ESE Popayán

Política Institucional

La Empresa Social del Estado Popayán ESE, promoverá primordialmente la satisfacción del usuario, garantizando sus derechos y deberes, respondiendo con una atención oportuna y eficiente.

El eje central de la institución serán los programas de protección específica y detección temprana realizados de acuerdo a la normatividad vigente.

La atención prioritaria de la ESE Popayán será la población materna, menores de 5 años y adultos mayores.

El mejoramiento de la calidad de la atención en salud será un proceso constante trabajado con los diferentes equipos de la ESE Popayán.

La capacitación del talento humano, será una constante para la ESE Popayán

Visión

Seremos en el año 2013 una empresa acreditada y líder en prestación de servicios integrales de salud en el Departamento del Cauca. Como empresa exitosa, nuestra fuerza de trabajo estará dirigida a la satisfacción de nuestros clientes externos e internos.

Misión

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública en el primer nivel de atención, con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con criterios de calidad, humanidad, participación activa de la comunidad, construyendo vida saludable para la población de Popayán, Caldono, Puracé, Piamonte, Totoró y sus áreas de influencia.

Objetivos

- Brindar en forma oportuna y con calidad, servicios de salud de Nivel 1 a los usuarios del régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, del área urbana y rural.
- Propender por un modelo de atención preventivo y de promoción de la Salud, realizando acciones individuales y colectivas por grupos atareos en los habitantes del municipio.
- Detectar y controlar los factores de riesgo que puedan ocasionar daño a la salud del individuo, la familia y la comunidad
- Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población mediante la formulación y ejecución de programas y proyectos que conlleven a mejorar la calidad de vida.
- Desarrollar un sistema gerencial en la Institución que permita el sostenimiento económico, desarrollo institucional e inversión social para nuestros usuarios.

Contrato con Entidades.

Régimen Subsidiado

- Asmet salud
- Caprecom
- Emsanar
- Salud Vida
- Selvasalud
- AIC
- Mallamas

Régimen Contributivo

- Saludcoop
- Coomeva
- Cosmitet – Magisterio
- Sanitas
- Comfenalco
- Cóndor salud

Otras entidades

- Policía Nacional
- Ejército nacional
- Secretaría de Salud Departamental
- Municipio de Popayán Cauca
- La Previsora
- Liberty
- Seguros del Estado
- Compulab

Recurso humano del Centro de Salud Suroccidente.

PERSONAL CENTRO DE SALUD CASA ROSADA	
CARGO	TOTAL
Ingeniero de Sistemas	1
Auxiliares de archivo	3
Facturadores	3
conductores	1
Médicos consulta externa	Tiempo completo(5) 1/2 Tiempo (2)
Auxiliares	4
odontólogo	2
Odontólogo ½ tiempo	2
Auxiliares de odontología	3
Enfermeros jefes	1

Auxiliares de P y P	2
Bacteriólogos	4
Bacteriólogos ½ tiempo	0
Auxiliar de laboratorio	2
Auditor	1
Auxiliares de cuentas	3
Recursos físicos y apoyo técnico	2

Revisión del PAMEC del Centro Suroccidente

Se anexa el PAMEC de la Institución, se revisan solo los conceptos que tiene que ver con atención en control prenatal, y al finalizar se detallan las recomendaciones específicamente con respecto al PAMEC.

El PAMEC fue construido en el año 2010 y a la fecha no ha habido ajustes o modificaciones, se han tenido en cuenta las recomendaciones realizadas por los entes de control tales como La Secretaría de Salud Departamental del Cauca, las diferentes EPS que contratan con la institución y en general la experiencia adquirida durante el período 2.009 en materia de calidad.

Siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social se realizó la auto evaluación con estándares de acreditación acorde a la guía y capacitaciones que este ente ha realizado para la ESE POPAYÁN, siendo de gran importancia ya que establece y clarifica la ruta de trabajo hacia la acreditación en

armonía con los objetivos de calidad definidos, el trabajo adelantado y sobre todo con el mejoramiento continuo de la institución.

Objetivos del pamec.

Objetivo General.

Desarrollar e implementar el plan de mejoramiento de la calidad ESE POPAYÁN 2010 en el marco del sistema de gestión de la calidad con enfoque en la acreditación.

Objetivos Específicos.

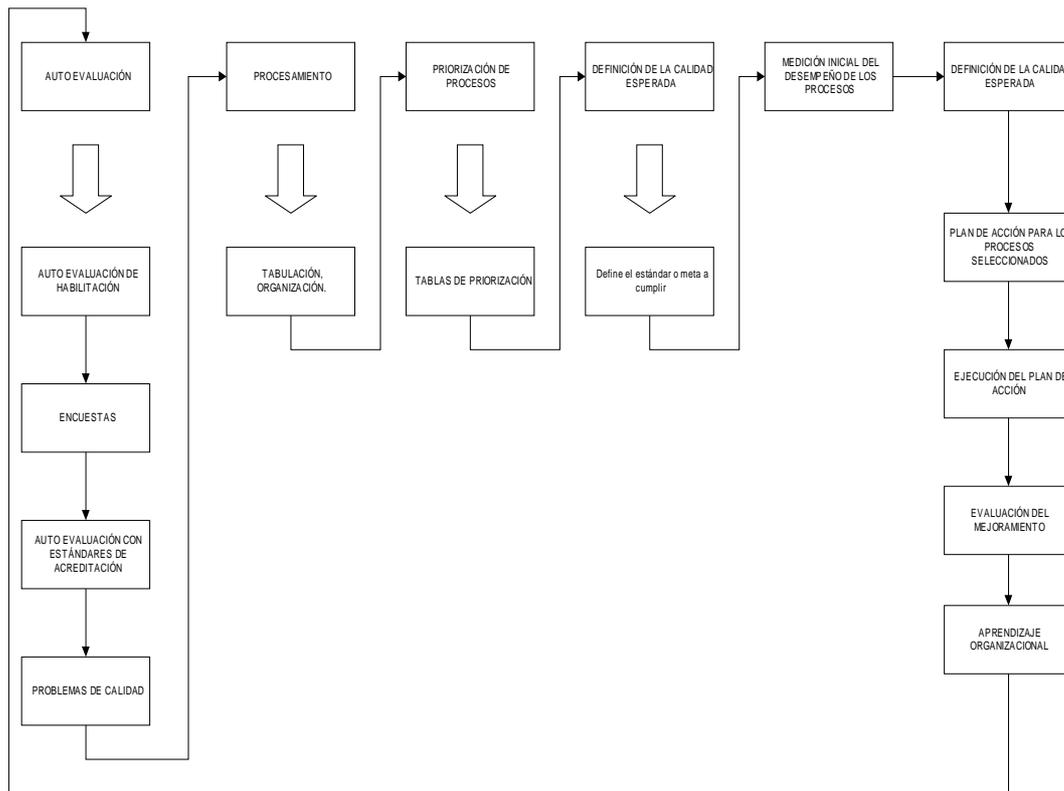
1. Realizar un diagnóstico (auto evaluación de habilitación, acreditación, identificación de problemas) del estado actual en materia de calidad de la ESE POPAYÁN siguiendo la ruta crítica.
2. Seleccionar los procesos prioritarios a mejorar.
3. Definir la calidad esperada a través de indicadores y estándares para la evaluación de la calidad.
4. Promover el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud a través de evaluación y monitorización permanente de los procesos prioritarios definidos por la organización contribuyendo a garantizar la calidad dentro de los principios de mejoramiento continuo.
5. Detectar necesidades y expectativas del usuario.

Alcance.

Las acciones encaminadas a la ejecución del presente Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC aplican para todos los puntos de atención de la ESE POPAYÁN teniendo como enfoque al usuario y definiendo para ello las actividades de mejoramiento dentro de los procesos considerados como prioritarios institucionales siendo un producto la detección de desviaciones de la calidad observada frente a la calidad esperada para la promoción y construcción de planes de mejoramiento.

Metodología Para La Formulación Del Pamec.

RUTA CRÍTICA APLICADA PARA LA ESE POPAYÁN.



Auto evaluación

La auto evaluación tiene como objetivo evaluar el sistema de gestión de la calidad de la ESE POPAYÁN a través de diferentes métodos entre los cuales se cuenta la auto evaluación del cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación, acreditación y el sistema de información para la calidad en salud. Se incluyen también análisis DOFA, la identificación de problemas con los análisis realizados a través de diagramas causa efecto ó espina de pescado, árbol de problemas, matrices de priorización, realización de encuestas a los usuarios y en general todo el trabajo desarrollado por el área de gestión de la calidad y los grupos de trabajo en los puntos de atención con que cuenta la ESE POPAYÁN.

Todo lo anterior se efectuó para identificar con más claridad los problemas que afectan la calidad y el plan a seguir según el diagnóstico.

Se destaca en el PAMEC algunas preguntas realizadas a los usuarios respecto a la atención brindada en cada centro de salud, lo anterior se complementa en las encuestas realizadas a las usuarias gestantes.

Hay un grado de satisfacción del 78%

La mayor insatisfacción se da por:

1. Falta de amabilidad por parte del personal que labora en los centros de atención Punto de atención Popayán.
2. Insatisfacción con la forma como se efectúa la asignación de fichas ó turnos para la atención.

Procesos Prioritarios.

De acuerdo a las calificaciones establecidas en los diferentes puntos de atención por el personal convocado a las reuniones de trabajo se determinó por consenso y por evaluación de matrices de impacto ya descritas con anterioridad, que el proceso a desarrollar además de los establecidos por norma es el sistema de información y atención al usuario SIAU. Dentro de esta dinámica cabe entonces manifestar que muchas de las acciones que se desarrollen en el presente plan van encaminadas hacia el fortalecimiento de este proceso. Estas mejoras tienen un enfoque a estándares alcanzables de acreditación donde se busca que la gestión de la información como etapa inicial de este proceso sea un mejoramiento continuo. Los impactos de calificación demostraron que el SIAU es un proceso que está directamente relacionado con el cliente y este a su vez establecerá las necesidades y expectativas en cuanto al servicio recibido volviéndose un requisito a cumplir, gestionar en el sistema de la calidad siendo un mecanismo de mejoramiento continuo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE. E.S.E.NIT.900145579-1 Calle 5ª Carrera 14, esquina. PBX 8333000	DESCRIPCION DE PROCESO	
		Elaboró: Ingeniero Harold Fernández.	
		Revisó:	
		Código: DES-SIA3	Página:
PROCESO: P y P. ATENCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.		Fecha:27/10/09	Versión: 3
		Aprobó	

Nro.	ACTIVIDAD	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Ingreso del paciente al servicio.	SIAU	Usuario	El usuario ingresa a la ESE Popayán y solicita el servicio de información en lo que corresponde a la Consulta general de Promoción y Prevención, consulta médica.
2	Atender al usuario	SIAU	Auxiliar de SIAU	El ó la Auxiliar de SIAU atiende al usuario brindándole información acerca de los diferentes servicios que se ofrecen en la Unidad, posteriormente se solicitan los documentos de identificación.
3	Verificar documentos	SIAU	Auxiliar N° 1 del SIAU	Se verifica el contrato y los documentos necesarios (Cédula, tarjeta de identidad, registro civil, etc.).
4	Si los documentos están incompletos	SIAU	Auxiliar N° 1 del SIAU	Se orienta al usuario, explicándole qué documentos debe traer o cuáles le hacen falta para poder ser atendido en la Unidad.
5	Si los documentos están completos	SIAU	Auxiliar N° 1 del SIAU	Informar sobre los programas de Promoción y Prevención, consulta médica. Se debe identificar si el usuario viene a alguno de los procesos de Promoción y Prevención.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE. E.S.E.NIT.900145579-1 Calle 5ª Carrera 14, esquina. PBX 8333000	DESCRIPCION DE PROCESO	
		Elaboró: Ingeniero Harold Fernández.	
PROCESO: P y P. ATENCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.		Revisó:	
		Código: DES-SIA3	Página:
		Fecha:27/10/09	Versión: 3
		Aprobó	

Nro.	ACTIVIDAD	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
11	Solicitar historia clínica	ARCHIVO	Auxiliar de archivo.	En archivo se hace la recepción del ó de los listados de pacientes que serán atendidos para consulta, P y P, etc.; provenientes de SIAU, en esta fase se realiza la búsqueda ó apertura de la historia clínica del usuario dependiendo si existe en el sistema, se encuentra en el archivo, etc. Una vez se tiene la historia clínica del usuario por las diferentes vías se hace la entrega respectiva al consultorio correspondiente. Ver procedimientos del proceso de ARCHIVO.
12	Recepcionar historia clínica y documentos	PRE CONSULTA	Auxiliar de enfermería	Se verifica la actividad facturada con la historia clínica y el motivo de consulta a la que viene el usuario, esto con el objetivo de captar nuevos usuarios potenciales para P y P, dado el caso en el que . Llega con consulta Un segundo filtro.
13	Realizar entrevista	PRE CONSULTA	Auxiliar de enfermería	Se recibe al usuario, se diligencian los formularios correspondientes dependiendo del programa de promoción y prevención en el que haya quedado incluido el usuario. Posteriormente se le toman los signos vitales se interroga y se anotan los datos.
14	Registrar datos	PRE CONSULTA	Auxiliar de enfermería	Según los datos obtenidos por el personal de salud en la toma de signos vitales y lo interrogado al usuario en la valoración se hace el registro en la historia clínica y se envía a Consulta

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE. E.S.E.NIT.900145579-1 Calle 5ª Carrera 14, esquina. PBX 8333000	DESCRIPCION DE PROCESO	
		Elaboró: Ingeniero Harold Fernández.	
		Revisó:	
		Código: DES-SIA3	Página:
		Fecha:27/10/09	Versión: 3
PROCESO: P y P. ATENCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.		Aprobó	

Nro.	ACTIVIDAD	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
15	Evaluación del estado de salud	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	El médico (a) evalúa el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinan el plan de controles.
16	Elaboración de la HC e identificación de FR	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	El médico (a) debe registrar en la HC: Identificación de la paciente, anamnesis completa y examen físico. Posteriormente debe realizar la solicitud de exámenes paraclínicos.
17	Solicitud de exámenes paraclínicos	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	El médico (a) debe solicitar a la paciente, previa información y autorización, los exámenes obligatorios para el control prenatal (hemoclasificación, hemoglobina, hematocrito, VDRL, ELISA VIH, HBs Ag). De igual modo deberán solicitarse los exámenes paraclínicos indicados en la primera visita prenatal (Glicemia, ecografía y citología cervicouterina) según los factores de riesgo encontrados durante la anamnesis y examen físico.
18	Administración de Toxoide Tetánico	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	El médico (a) deberá realizar la inmunización antitetánica a la gestante según sus antecedentes. Se deberá colocar dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de

				embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo.
19	Formulación de micronutrientes	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	El médico (a) deberá realizar la formulación de micronutrientes así: Ácido fólico 1 mg. al día Calcio 1200 – 1500 mg. al día Sulfato ferroso 60 mg. al día

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE. E.S.E.NIT.900145579-1 Calle 5ª Carrera 14, esquina. PBX 8333000	DESCRIPCION DE PROCESO	
		Elaboró: Ingeniero Harold Fernández.	
PROCESO: P y P. ATENCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.		Revisó:	
		Código: DES-SIA3	Página:
		Fecha:27/10/09	Versión: 3
		Aprobó	

Nro	ACTIVIDAD	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
20	Educación	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	<p>El médico (a) deberá brindar educación como complemento a las anteriores actividades, en aspectos relevantes como:</p> <p>Fomentar la integración a la consulta del padre o familia</p> <p>Incrementar los factores protectores para la salud de la gestante</p> <p>Fortalecer los vínculos afectivos</p> <p>Prevenir la automedicación y el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas durante la gestación.</p> <p>Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.</p> <p>Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante</p> <p>Recomendar sitios para su atención durante las 24 horas del día.</p>
21	Remisión a consulta odontológica general	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	Esta remisión debe hacerse de rutina por el médico (a), independiente de los hallazgos del examen físico o los tratamientos odontológicos en curso.
22	Diligenciar y entregar el carné	CONSULTA MÉDICA	Médico (a)	Se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable de parto, los resultados de los paraclínicos,

	materno	PRIMERA VEZ		las curvas de peso materno y la altura uterina, y las fechas de las citas de control. Se debe educar a la gestante acerca de la importancia del carné de control prenatal y la necesidad de llevarlo consigo en todo momento.
--	---------	-------------	--	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE. E.S.E.NIT.900145579-1 Calle 5ª Carrera 14, esquina. PBX 8333000		DESCRIPCION DE PROCESO	
			Elaboró: Ingeniero Harold Fernández.	
			Revisó:	
			Código: DES-SIA3	Página:
	PROCESO: P y P. ATENCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.		Fecha:27/10/09	Versión: 3
		Aprobó		

Nro	ACTIVIDAD	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
23	Valoración del perfil de riesgo materno	CONSULTA MÉDICA PRIMERA VEZ	Médico (a)	El médico (a), de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, examen físico y los paraclínicos debe identificar los factores de riesgo biopsicosociales, las enfermedades asociadas y propias de la gestación, lo que permite establecer un perfil de riesgo de la gestante y clasificarla para su oportuno y adecuado manejo en: Gestante sin factores de riesgo Gestantes con factores de riesgo: Deberán ser remitidas al especialista en obstetricia para su valoración.
24	Obtener nueva cita	SIAU	Auxiliar de SIAU	En este despacho se le indica y registra la gestante cuándo es la próxima cita para el programa de control prenatal de acuerdo a la clasificación de riesgo dada por el médico (a).
25	Evaluación del estado de salud de gestantes sin factores de riesgo	CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	Médico (a) Enfermera (o)	Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. El médico deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo. Los últimos 2 controles prenatales deben ser

				realizados por médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión.
--	--	--	--	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE. E.S.E.NIT.900145579-1 Calle 5ª Carrera 14, esquina. PBX 8333000	DESCRIPCION DE PROCESO	
		Elaboró: Ingeniero Harold Fernández.	
		Revisó:	
		Código: DES-SIA3	Página:
PROCESO: P y P. ATENCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.		Fecha:27/10/09	Versión: 3
		Aprobó	

Nro	ACTIVIDAD	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
26	Solicitud de exámenes paraclínicos	CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	Médico (a) Enfermera (o)	El médico (a) o enfermera (o) deben solicitar a la paciente, previa información y autorización, los exámenes obligatorios para el control prenatal: 2do trimestre: Uroanálisis, glicemia, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24. 3er trimestre: Uroanálisis y serología según el riesgo
27	Educación	CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	Médico (a) Enfermera (o)	El médico (a) o enfermera (o) deberán brindar educación como complemento a las anteriores actividades, en aspectos relevantes como: Informar y educar sobre la importancia de la atención del parto institucional Remitir al curso de preparación para el parto Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los 2 años.
28	Valoración del riesgo materno	CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	Médico (a) Enfermera (o)	En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida en el examen físico, anamnesis y paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo y se establecerá el manejo más adecuado.

29	Obtener nueva cita	SIAU	Auxiliar de SIAU	En este despacho se le indica y registra la gestante cuándo es la próxima cita para el programa de control prenatal.
----	--------------------	------	------------------	--

MARCO REFERENCIAL O TEORICO

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza¹⁰.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad”¹¹ “que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo”¹² y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

Sin embargo no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo. Según la hipótesis, existen barreras ajenas a las gestantes que les impiden acceder y adherirse al control prenatal.

¹⁰ Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de medicina. Control Prenatal. Disponible en http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza); 2005. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2005/es/>

¹² Boulet SE, Parker C, Atrash H. Preconception care international settings. *Matern Child Health J* 2006; 10: S29-S35.

Evaluación de utilización adecuada y la calidad de la atención

La evaluación de las intervenciones, permite definir mecanismos para mejorar la integración vertical y horizontal y de esta manera impactar la relación de costo – efectividad de las mismas. Respecto a la evaluación de la calidad de las intervenciones, existen según Donabedian (1998), tres aspectos básicos: la estructura, el proceso y el resultado; y en este sentido pueden existir diferentes maneras de evaluar esta calidad: valoración de los cambios a nivel biológico, cambios en estado funcional, cambios en estado de salud autoreportados o calidad aproximada con datos que miden la relación de los procesos de atención (como en el caso de la atención prenatal).

Los diferentes indicadores de calidad lo que muestran son las características de los recursos humanos, técnicos, de infraestructura, etc. que se disponen para desarrollar una intervención, aunque algunos se enfocan en los resultados de las mismas. Los indicadores de calidad del proceso son evidenciados por las atenciones directamente, pero están relacionando una compleja red de recursos, donde la efectiva interacción del paciente con el servicio de salud define en alguna medida los resultados pero está afectada también por las condiciones estructurales del entorno y particulares del paciente y su familia. En este sentido también la accesibilidad y utilización, así como la evaluación directa de las acciones de los profesionales de la salud están incluidas en este tipo de indicadores que determinan indirectamente la eficiencia de las intervenciones en salud.

Estas evaluaciones de proceso, no aseguran que las intervenciones necesariamente se relacionen con los resultados esperados ya que se entiende que estos dependen de otros muchos factores que están lejos de ser afectados por políticas públicas o reordenamientos propios de los servicios de salud. Para la evaluación de los indicadores de proceso dado que la fuente de información es el registro de atenciones, la historia clínica se convierte en el instrumento principal de estudio, reconociendo las limitaciones que ello entraña. Así mismo es posible utilizar todo documento o archivo que permita evidenciar el proceso de atención de manera directa o indirecta (Jiménez, 2004).

Calidad En El Control Prenatal

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias y necesidades de las maternas y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades.

Se parte de las características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención de las usuarias, desde el punto de vista técnico científico, de educación e información y recurso humano.

Así, si admitimos ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de las pacientes e incluso sobrepasarla. Esto implica conocer las virtudes y fallas del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello se de

establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio¹³

Carácter tangible

Es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación, como son; las condiciones de confort y la limpieza del consultorio, cómo la recibe la recepcionista, la relación interpersonal entre la enfermera o médico y la gestante, la forma de informar, orientar, dar educación por parte del recurso humano.

Fiabilidad

Consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Normalmente el 96% de las pacientes insatisfechas no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si se atiende una gestante mal y no se le presta la debida atención o no le da una completa información – orientación y educación en la primera consulta, esa es la impresión que ella va a tener y luego es muy difícil de modificar.

¹³ Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.

Oportunidad

Rapidez. Se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para la gestante.

No retener a una materna mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por periodos

Competencia

Del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio para que puedan ser transmitidas claramente a la gestante y evitarle molestias y tramites innecesarios.

Cortesía

Expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia la paciente.

Credibilidad

Es decir, Ética del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.

Seguridad

Ausencia de peligro, siempre hay riesgo o dudas a la hora de realizar, brindar el servicio.

Accesibilidad

Que se traduce por la facilidad con la que la gestante puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

Comunicación

Durante el control prenatal se debe informar a la materna con un lenguaje sencillo, la educación orientada a los cuidados prenatales, a informar la importancia de llevar a cada cita la carpeta con el carné materno y fotocopia de los exámenes de control prenatal, signos y síntomas de alarma, asesoría en planificación familiar, lactancia materna, cuidados del recién nacido, cuidados pos parto, y el riesgo reproductivo. Registrar completamente en la historia clínica el proceso de educación prenatal efectuada a la gestante. Estas orientaciones se efectuarán en varias citas durante todo el control¹⁴⁻¹⁵.

¹⁴ Violeta HA. Control prenatal. Dr. Roberto A S, coordinador, Temas de medicina General Integral 2ª ed. Ciudad de la Habana; Ciencias Médicas; 2004. p. 147-151.

Conocimiento de la gestante

Se trata del esfuerzo realizado por los profesionales para entender y clasificar el perfil de riesgo de la gestante y sus necesidades, para poder implementar el proceso de educación prenatal necesario así el enfoque y las acciones u oportunidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, son fundamentales para lograr las mejores condiciones de salud de nuestras usuarias.

“Se pretende lograr una mejor calidad en la atención de la paciente, calidad integral planteada con dos componentes: la calidad objetiva y la calidad subjetiva”¹⁶.

Partiendo del hecho de que el médico está ofreciendo un excelente servicio asistencial desde el punto de vista científico y tecnológico ¿Qué otra cosa están esperando las maternas? Esto es lo que llamamos calidad objetiva y calidad subjetiva.

Calidad objetiva

Es lo que la institución de salud o el profesional de salud ofrecen a todo lo que la evidencia clínica sugiera que se debe hacer en cada caso y se cuantifica con cinco variables:

¹⁵ República de Argentina. Ministerio de Salud de la Nación .Schwarcz. R et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Buenos Aires, 2001.

¹⁶ Abaunza y col. “Calidad del subprograma del control prenatal en el Jirical y Malpaisillo”. 1985. Tesis. (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN-Managua.

1. Integridad: Solucionar el problema de la gestante.
2. Contenido: Hacer todo lo que haya que hacer.
3. Destreza: Hacerlo bien.
4. Oportunidad: Hacerlo a tiempo.
5. Eficiencia: Cuidado de los recursos que se utilizan en el control prenatal; carné, exámenes de laboratorio y ecografías tienen un costo para red de salud pública y los cuales se necesitan en cada cita de control prenatal, en cada cita con el médico general, en la cita con el obstetra o al ingreso por urgencias.

La calidad subjetiva

Es la sensación que tiene la materna del servicio que está recibiendo, sensación que será afectada por múltiples factores del entorno: comentarios, comodidad, información u orientación recibida durante el proceso de educación prenatal, la relación interpersonal con el personal de salud. El principal impacto sobre la calidad subjetiva lo da el servicio de control prenatal.

Características de la atención

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre

beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios¹⁷.

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.

Las características básicas de esta atención deben ser¹⁸:

De calidad: el prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el Equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el decreto 1011/06 del Ministerio de la Protección Social.

Precoz: la atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.

Periódica: garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.

Con completa cobertura: la atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud (ACREDITACION 1445).

Oportuna: deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante. Al respecto se anota Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a su clínica. Los horarios de apertura de las clínicas que proveen el programa de control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de

¹⁷ República de Colombia, Decreto 1011/06. "Por el cual se define el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁸ República de Colombia, Decreto 1011/06. "Por el cual se define el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

mujeres que solicita control prenatal en las mismas. Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y, de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta (OMS, 2003)¹⁹

¹⁹ Gagnon Aj. Educación individual o en grupos para el parto y la paternidad. In, The Cochrane Library, Issue, 2, 2005. Oxford: Update Software.

Evaluación de la calidad de los servicios de salud

I- La evaluación de la gestión en términos del esfuerzo de la institución prestadora del servicio, es decir la estructura y proceso que conducen al logro de los resultados esperados.

II- La evaluación de la gestión, en términos de sus resultados frente a la población.

La evaluación es una función del desempeño administrativo, es la función guía para la dirección de la gestión administrativa.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene por una parte, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto y el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico. En el proceso hay dos aspectos a tomar en cuenta, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínico, y el otro se refiere al trato recibido por las pacientes (subjetivo).

El médico a la hora de abordar a una paciente debe tener en cuenta un formato de normativas y procedimientos que lo lleven hacia un fin deseado. Teniendo en cuenta la estructura de los servicios y los procesos administrativos²⁰.

¿Cómo evaluar la calidad?

Al aseverar que la calidad de atención es un atributo que debe tener un grado mayor o menor implica que el objetivo primario de estudio es una serie de

²⁰ Tinoco Gilmat y Cols. Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido. Comisión Interdisciplinaria de Estudios de Género CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre 1997.

actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales y las gestantes. La base para el juicio de la calidad es la relación entre las características del proceso de atención médica y sus consecuencias para la salud y bienestar de las maternas. Hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: Estructura, procesos y resultados. Existiendo una relación fundamental entre ellos.

- La Estructura: Las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tiene una propensión a influir en el proceso de atención disminuyendo o acrecentando en forma similar los cambios en el proceso de la atención incluyendo las variaciones en su calidad sobre el estado de salud de las gestantes²¹.

Para evaluar la estructura se toma en cuenta dos variables importantes:

La primera se refiere a accesibilidad: en donde se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población frente a las establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la atención determinados por su localización física, o los horarios de atención; barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios.

²¹ Tinoco Gilmat y Cols. Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido. Comisión interdisciplinaria de Estudios de Genero CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre 1997.

Accesibilidad Geográfica, Sistemas De Transporte Y Movilización

La segunda es la disponibilidad que define los recursos existentes en accesibilidad geográfica sistema de transporte y movilización. El análisis de la disponibilidad debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores de disponibilidad señalan el número de recursos por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga un significado válido los recursos deben aludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios.

Capacidad Instalada

El análisis del proceso proporciona una capacidad instalada relacionada con la demanda de servicios, aunque también tiene competencia en el bienestar de las usuarias. La evaluación de la estructura nos informa sobre cómo podría funcionar un servicio en el caso de disponer de medios idóneos, la del proceso nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o Institución que se vaya a valorar²².

El enfoque del análisis del proceso, pretende efectuar una evaluación de la calidad de la actuación de los diferentes procedimientos o actividades que se realizan en un centro de salud, o de las acciones que lleven a cabo los diferentes profesionales o trabajadores dentro del mismo. Este análisis se puede llevar a cabo de forma directa, con método prospectivo, por observación de las acciones

²² Malagón Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. México DF: Editorial McGreahill 2000.

que se realizan o del proceso en su totalidad o mediante una entrevista estructurada a los profesionales o a las usuarias, a los que se demanda datos acerca de la atención recibida²³.

En el proceso de atención se tiene dos tipos de elementos cuya calidad es posible de evaluar: - unos de carácter técnico y - otros de carácter humano y ambiental.

- Los elementos de carácter técnico tienen que ver preferencialmente con la eficacia clínica de los servicios.

- Los elementos humanos y ambientales determinan preferencialmente la satisfacción de la materna, pero que pueden afectar de manera notable los resultados clínicos esperados.

Los elementos como la interrelación personal, el proceso educativo prenatal y las comodidades son la medida que las gestantes pueden estimar para evaluar un servicio, pues asumen que la calidad técnica depende de ella. El personal de salud con frecuencia centra su interés en la evaluación de la calidad técnica, dejando de último los componentes humanos y la relación interpersonal de la atención que pueden condicionar la misma.

La calidad del servicio depende esencial, pero no exclusivamente del acto médico en términos de sus especificaciones técnicas, sino también de la oportunidad en la presentación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención, el proceso de educación prenatal y las relaciones interpersonales entre la gestante y quienes prestan el servicio.

²³ Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.

El acto médico es influenciado notablemente por la infraestructura administrativa pues de ella depende disponer oportunamente del personal, programación de las citas, disposición del tiempo para cada cita de control prenatal, los equipos y los elementos necesarios para su realización.

- En los resultados: La evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación del impacto sobre las personas que son la razón de ser de los servicios. El resultado último de estas acciones es la efectividad.

Para determinar la efectividad de un servicio se debe conocer la situación de salud de la población antes y después de realizar las acciones que se pretenden evaluar. La eficacia de los servicios está determinada por dos factores:

- Factores internos: Humanos, físicos, tecnológicos.

- Factores externos : Están relacionados con el estado clínico de las usuarias, sus condiciones de vida, sus actitudes frente al embarazo y los servicios se miden en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio. La eficiencia del programa es la relación entre los resultados logrados y los insumos utilizados (exámenes de laboratorio, ecografías y el carné de control prenatal entre otros)

Otro criterio más subjetivo que se refiere a otra dimensión de la eficacia es el grado de satisfacción que la gestante obtiene como consecuencia del trato médico, la relación interpersonal entre el médico y la materna y el proceso educativo prenatal completo ofrecido por el personal de salud.

Legislación Salud Materna

En la actualidad, el concepto de salud materna, se ha ampliado primero al análisis de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital, y en segundo lugar a la integración de aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género²⁴.

Durante los años 1990, Naciones Unidas promovió la realización de un ciclo de conferencias gubernamentales mundiales, que buscaban situar a la salud sexual y reproductiva (SSR) y a los derechos sexuales y reproductivos de la gestante como requisitos para el desarrollo sostenible y socialmente equitativo. Entre estas reuniones están la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), la Cumbre Mundial Sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Conferencia Internacional sobre la Cooperación y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)¹⁹.

En estas conferencias internacionales, los gobiernos se comprometieron en el desarrollo centrado en la persona, sobre la base de los siguientes principios básicos:

- La salud y educación para todos son factores fundamentales del desarrollo.
- Alentar a los hombres a compartir las responsabilidades y a participar en todos los aspectos relativos a la familia, las tareas del hogar, incluidos la crianza de los hijos, la obligación de alimentarlos, la conducta sexual y reproductiva, y las prácticas de planificación familiar.
- Los derechos de la mujer son derechos humanos.

²⁴ Villegas, C; Luna, J. La salud materna: un gran reto para Colombia. Revista de Salud Pública.1 (1):99.Págs.68-80.

- La emancipación de las personas y la erradicación de la pobreza.
- Todas las personas deben gozar de todos los derechos humanos y de libertades fundamentales.

Colombia suscribió los planes de acción de estas conferencias, comprometiéndose a transformar el proceso de formulación de políticas apoyada en los siguientes conceptos básicos:

_ Las políticas de población y los programas de planificación familiar deben apoyar los principios de elección voluntaria y no imponer medidas coercitivas que violen los derechos humanos fundamentales, especialmente los de las mujeres.

_ La salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho fundamental de la mujer de asumir el control y tomar decisiones respecto de su cuerpo y su sexualidad, son una parte integral del desarrollo y los derechos humanos.

_ La integración, desde una perspectiva de género, en todas las políticas, programas y actividades es esencial para mejorar el impacto de los mismos y utilizar mejor los recursos disponibles, basados en cambios de conducta y actitud.

_ Una buena salud sexual y reproductiva, más allá del énfasis en la demografía y la planificación familiar, es un requisito previo para lograr el progreso económico y el desarrollo sostenible. Asegurar el acceso universal a una amplia variedad de servicios de salud sexual reproductiva, sobre todo para las mujeres y adolescentes, debe ser una meta prioritaria de los programas de control prenatal nacional.

- En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, tienen como base los acuerdos internacionales mencionados y constituyen la aplicación del ejercicio de los derechos humanos a los aspectos de la sexualidad y la reproducción humana. Algunos de estos derechos son: Maternidad y paternidad seguras.
- Atención humanizada.
- Tratamiento y atención integral.
- Educación prenatal completa y con calidad en varias citas médicas.
- Valoración y respeto por los conocimientos y prácticas culturales.
- Utilización de los recursos con eficiencia; exámenes de laboratorio, ecografías y carné.

En el 2004 se establece el plan de choque en maternidad segura que hace énfasis en acciones de movilización social, comunicación, y vigilancia y control; busca desencadenar acciones que lleven a un mayor cumplimiento de las normas, a revisar los modelos y a definir y mantener estrategias para el mediano y largo plazo. Este Plan tiene varios temas a desarrollar y en cada uno desglosa las estrategias, barreras, objetivos, acciones y actores involucrados²⁵.

- La indiferencia social ante la mortalidad materna.
- Las barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.

²⁵ República de Colombia: Ministerio de protección social. Claudia L.B.Ch, Miriam C: B. Plan de choque para la reducción de mortalidad materna .Bogotá DC 2004.

- La discriminación positiva de la mujer gestante en la vida cotidiana.
- La falta de reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre el embarazo.
- La detección de signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo.
- La vigilancia intensificada del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en la red de instituciones prestadoras de servicios.
- La vigilancia del cumplimiento de las acciones de las normas técnicas y guías de atención (Resolución 412) y de los indicadores de gestión (cumplimiento y centinela de calidad) en relación con la planificación familiar, la atención del embarazo, el parto, el puerperio y sus complicaciones.
- La vigilancia en salud pública de la mortalidad materna.
- La evaluación de experiencias para el desarrollo de estrategias de reducción de la mortalidad materna.

Modelo De Control Prenatal De OMS 2001

Tiene 4 visitas al control prenatal:

1ª Visita antes de la semana	12
2ª Visita cerca de la semana	26

3ª Visita a la semana	32
4ª Visita entre la semana	36-38
La visita posparto. Inclusión tardía y a las consultas	

1ª Visita al control prenatal: se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos mínimo. Se efectuara en las primeras 12 semanas de gestación.

La interacción individual entre la paciente y el médico es un elemento esencial del nuevo modelo de CPN. Como el componente básico del nuevo modelo incluye sólo cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados con la paciente. La instrucción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién debería llamar y dónde debería concurrir para su asistencia, planificación familiar, prevención del cáncer de cérvix y de mama, cuidados del pos parto y del recién nacido.

Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones simples redactadas en el idioma local aún para las mujeres analfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos frecuentemente las pueden leer. Cuando sea necesario, se debe disponer de

materiales apropiados para un público analfabeto tales como dibujos y diagramas simples que describen el consejo dado en cada visita.

Se les debe informar a las mujeres que la evidencia disponible demuestra que el nuevo modelo de control prenatal de la OMS no pondrá en riesgo su salud ni la de su hijo y que pueden comunicarse con el servicio de salud en cualquier momento.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Dar consejos sobre sexo seguro. Enfatizar el riesgo de adquirir VIH o una ITS en caso de no usar preservativos.

- Dar consejos a las mujeres para dejar de lado el consumo de tabaco (Tabaquismo o mascar tabaco), alcohol y otras sustancias dañinas.

- Consejos sobre la lactancia: Cuándo y cómo suspender la lactancia del bebé anterior.

- Cuándo y cómo comenzar la lactancia del bebé que se espera.

- Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal, o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo. Esto debería ser confirmado por escrito en la ficha prenatal.

- Pedirle a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales, consejo en caso de disminución o no percepción de los movimientos fetales.

- Dar consejos sobre planeamiento de lugar de nacimiento, incluyendo transporte especial hacia la institución donde se atenderá el parto.

- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.

- Aconsejar a la mujer que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes visitas de CPN para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyar a la mujer a lo largo del embarazo.

- Programar el turno: segunda consulta, a las 26 semanas (o cerca): fecha y hora de la consulta. Esto debería escribirse en la ficha prenatal y en el libro de turnos de la clínica.

- Completar la ficha prenatal o el registro llevado en el hogar.

Entregarle la ficha de control prenatal a la paciente y aconsejarle que la traiga consigo a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud como también traer la carpeta con las fotocopia de los exámenes de laboratorio y ecografías.

- Dar consejo sobre la prevención del cáncer de cérvix y de mama.

2ª visita de control prenatal: se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuará cerca de la semana 26.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta:

- Repetir todos los consejos que se dieron en la primera visita.

- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.

- Dar consejo sobre a quién llamar o dónde ir en caso de sangrado, dolor abdominal, disminución de los movimientos fetales o no presencia de estos o cualquier otra emergencia o cuando se necesita otro tipo de asesoramiento. Debería ser confirmado por escrito (por ejemplo, en la ficha prenatal), como en la primera visita.

- Programar el turno: tercera visita, a las 32 semanas (o cerca).

- Completar el registro llevado en el hogar o la ficha prenatal. Entregarle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud junto con la carpeta con exámenes de laboratorio y ecografías.

3ª Visita de control prenatal: se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuara en la semana 32 de gestación.

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima mínimo 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario²⁶.

Algunas mujeres tendrán su parto antes de la siguiente visita programada. Por lo tanto se debe prestar atención extra al proporcionar información y consejos acerca del comienzo del trabajo de parto (por ejemplo, qué hacer en caso de dolor abdominal o pérdida de líquido amniótico, sangrado vaginal) y asegurar la presencia de una medico altamente capacitada en el momento del nacimiento. Las instrucciones escritas deberían reafirmar el consejo verbal y se deberían revisar los planes con instrucciones para llegar al hospital.

También se debería estimular a la mujer para que hable con su pareja acerca del espaciamiento entre nacimientos y las opciones anticonceptivas y para que al dejar la clínica de CPN haya elegido el método preferido de anticoncepción.

²⁶ Villar J, Bergsjø P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1997.

Quizás sea demasiado tarde esperar hasta la consulta post parto para hablar de anticoncepción. Aún así, se establece la importancia de la consulta post parto, incluyendo las recomendaciones para lactancia y anticoncepción, para asegurar que la mujer sea controlada en la clínica durante la semana posterior al parto.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Repetir el consejo brindado en la primera y segunda visita.
- Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza).
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir en caso de emergencia o cualquier otra necesidad.
- Planes para asegurar que haya algún medio de transporte disponible en caso de que fuera necesario durante el trabajo de parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia, anticoncepción temporal o quirúrgica y la importancia de la visita post parto.
- Programar el turno: cuarta visita, a las 38 semanas (o cerca).
- Completar el registro en la ficha prenatal. Entregarle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud.

4ª Visita de control prenatal: se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuara entre la semana 36-38 de gestación.

Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se

confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos.

Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) se les debe aconsejar que vayan directamente al hospital/maternidad para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método disponible. La recomendación se realiza teniendo en cuenta el beneficio no comprobado de todos los métodos de vigilancia fetal comúnmente usados en los embarazos prolongados²⁷.

La ficha prenatal debe completarse durante la cuarta visita y debe ser entregada nuevamente a la mujer.

También se debe enviar una copia al hospital donde se realizará el parto.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Repetir el consejo de las visitas previas.
- Dar consejos sobre las medidas que se deben tomar en caso de comenzar el trabajo de parto o tener pérdida de líquido amniótico.
- Dar consejos sobre lactancia.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir (lugar del parto) en caso de trabajo de parto o cualquier otra necesidad.

²⁷ Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 2001, 15 (Suppl.1):1-42.

- Programar el turno: si no tuvo su parto para el final de la semana 41 (establecer la fecha y escribirla en la ficha de CPN), ir al hospital urgente para el control.
- Programar el turno para la visita posparto. Brindar recomendaciones sobre lactancia materna y anticoncepción; métodos temporales de planificación familiar o métodos quirúrgicos previa autorización por escrito.
- Completar la ficha perinatal. Darle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga consigo al hospital o a cualquier consulta adicional que pueda tener con un servicio de salud.

La visita posparto: Aunque universalmente se recomienda la consulta posparto, en la mayoría de los países en desarrollo casi nunca se lleva a cabo. Se debería acentuar la importancia de esta visita ya que se ha demostrado en los países en desarrollo que los intervalos ínter genésicos cortos y las embarazadas menores de 20 años o mayores de 30 años presentan un riesgo elevado de retardo de crecimiento intrauterino y partos prematuros. Los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo la consulta posparto. Por lo tanto, se debería hacer un esfuerzo especial para programar dicha visita²⁸.

Se espera que una buena relación paciente - prestador de salud durante el Control prenatal contribuya a una mejor aceptación. La visita debería tener lugar

²⁸ Piaggio G et al. The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 1998, 12 (Suppl. 2):116-14.

dentro de la primer semana posterior al parto e incluir actividades dirigidas a la prevención de embarazos futuros no planeados valorización de la lactancia, inmunización completa contra el tétanos para las que asisten al CPN en forma tardía y suplementación con folato para mujeres con hijos con defectos del tubo neural; seguimiento de la suplementación con calcio para las mujeres anémicas, o pérdida de sangre importante durante el parto, prevención de infecciones y vigilancia postnatal, si corresponde. No se recomienda ningún tacto vaginal de rutina; sólo se debería realizar en ciertas condiciones clínicas que lo justifiquen.

Inclusión tardía y ausencia a las consultas.

Es muy probable que muchas mujeres no inicien el CPN lo suficientemente temprano en el embarazo como para seguir el componente básico completo del nuevo modelo de la OMS presentado anteriormente. Como se dijo con anterioridad, estas mujeres, particularmente aquéllas que comienzan después de las 32 semanas de gestación, deberían tener en su primera visita todas las actividades recomendadas para las 2 visitas previas así como aquéllas que corresponden a la visita actual. Se espera, por lo tanto, que una primera visita tardía llevará más tiempo que una primera visita regular.

La asistencia de la paciente a cada una de las consultas pautadas es un elemento crucial del componente básico del nuevo modelo, aunque es inevitable que se pierdan algunas visitas. Las clínicas deberían organizar un sistema formal para determinar la razón o razones de las visitas perdidas. Se debería rastrear a la paciente y acordar otra visita cuando sea apropiado. La consulta posterior a una

consulta perdida debería incluir todas las actividades de la visita perdida así como aquéllas que corresponden a la visita actual.

En los países en desarrollo, la meta debería ser extender la cobertura prenatal a todas las mujeres embarazadas que usen el modelo descrito en este manual. Por supuesto, todas las actividades del componente básico deberían estar disponibles, incluyendo la derivación a la atención especializada para las mujeres con complicaciones o emergencias.

El nuevo modelo de la OMS debe complementarse con intervenciones específicas (tales como programas para el control del paludismo o programas de prevención de la transmisión vertical de VIH) cuando sean necesarias.

En los países desarrollados, cada actividad incluida en el control prenatal Estándar debería ser estudiada o su efectividad comprobada por sólida evidencia antes de ser mantenida en el modelo estándar. Si esta estrategia se aplica sistemáticamente, se identificará un modelo más simple con un número reducido de visitas²⁹.

Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo³⁰

Definición

Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el

²⁹ The Cochrane Library, Issue No.2. Oxford, Update Software, 2002.

³⁰ República de Colombia .Ministerio de Protección Social. Resolución 412 de 2000. Norma Técnica para la Detección temprana de las alteraciones del embarazo.

nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.

Objetivos

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.

Población Objeto

Las beneficiarias de esta norma son todas las mujeres gestantes afiliadas a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Las actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutoria y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos. (Ver resolución 412 – detección de alteraciones del embarazo)

La intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional; que en el tema de control prenatal enfatiza en:

- Establecer como grupo de riesgo priorizado en salud a las mujeres gestantes a fin de intervenir los riesgos relacionados.
- Garantizar el acceso oportuno, la continuidad, la integralidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles de atención, a través de una red de atención suficiente y articulada.
- Fortalecer las estrategias y acciones de inducción a la demanda para asegurar la atención preconcepcional en la población en edad fértil
- Realizar seguimiento de la adherencia a protocolos y guías de manejo de las IPS para la atención materna y perinatal de acuerdo con la normatividad vigente.
- A la IPS. Brindar atención preferencial, oportuna, continua y segura al binomio madre e hijo, según lo establecido en las guías de resolución 412 de 2000 y la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente” entre otras.
- Realizar la evaluación periódica de la adherencia a las guías y protocolos relacionados con la atención materna perinatal, e implementar las acciones de mejora con base en los resultados según el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Circular 05 de 2012 en el aspecto de Salud Materna cuyo objeto es promover e impulsar de forma conjunta acciones preventivas que propendan por el eficiente

cumplimiento de la normatividad vigente para la intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel Nacional.

Entre las instrucciones están:

Para las Direcciones territoriales:

Adelantar las visitas de verificación de los estándares de habilitación definidos en el componente de habilitación del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad, se enfoca en ese caso en las visitas a consulta externa a ginecobstetricia.

Para las empresas administradoras de planes de beneficios:

- Establecer como grupo de riesgo priorizado en salud a las mujeres gestantes a fin de intervenir los riesgos relacionados.
- Garantizar el acceso oportuno, la continuidad, integralidad y calidad en la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles de atención, a través de una red de atención suficiente y articulada.
- Realizar todas las acciones correspondientes a fin de ofertar una prestación preferencial permanente a las gestantes afiliadas.
- Fortalecer las estrategias y acciones de inducción de la demanda para asegurar la atención preconcepcional en la edad fértil.

- Realizar seguimiento de la adherencia a protocolos y guías de manejo de las IPS para la atención materna perinatal de acuerdo con la normatividad vigente.

Para instituciones prestadoras de salud.

- Brindar prestación preferencial, oportuna, continua y segura al binomio madre – hijo, según lo establecido en la resolución 412 de 2000 y la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente” entre otras.
- Garantizar la suficiencia del personal medico y paramédico para atender la demanda de los servicios relacionados con la atención materna perinatal.
- Realizar evaluación periódica de la adherencia a guías y protocolos relacionados con la atención materna perinatal e implementar las acciones de mejora con base en los resultados según el componente de auditoría para el mejoramiento del sistema Obligatorio de garantía de la calidad.
- Fortalecer las estrategias de capacitación y entrenamiento del personal de salud involucrado en la atención materna perinatal.

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO

Objetivo general

Evaluar la calidad de la atención del programa de control prenatal brindada a las usuarias, en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán, de enero a junio de 2011.

Objetivos específicos

1. Valorar el proceso de atención prenatal según la normatividad a través de las listas de verificación atendidas durante el periodo de estudio.
2. Evaluar la calidad de atención desde la satisfacción de las usuarias
3. Analizar el proceso de educación prenatal de promoción y prevención del programa de control prenatal del centro de salud suroccidente.
4. Establecer herramientas adicionales para la evaluación del control prenatal a partir de los hallazgos en las encuestas.

DISEÑO METODOLOGICO

Estudio descriptivo con direccionalidad prospectiva sobre la calidad del programa del control prenatal evaluando la calidad de la atención del programa de control prenatal, la adherencia de los procesos del programa, la atención brindada a las usuarias en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán, periodo de enero a junio de 2011.

Lugar

El estudio se realizó en el programa de control prenatal del Centro de Salud Suroccidente (CSSO) – Casa Rosada de la ESE Popayán.

Universo

Mujeres gestantes que asisten al control prenatal durante el periodo de enero a junio de 2011, evaluado la satisfacción de la usuaria y la atención de la misma.

Personal de Salud del Centro de Salud Sur Occidente de la ESE Popayán, que atiende a las gestantes.

Muestra

Se calcula aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{e^2 (N-1) + z^2 p (1-p)} = n = 200$$

N : Población total

z : valor z (correspondiente al nivel de confianza)

e : precisión absoluta

p: proporción esperada en la población

Donde n = Tamaño de la muestra (200 encuestas).

N = Universo (871 gestantes atendidas durante todo el año 2011 en el centro de Salud Sur occidente).

P = Proporción en que se estima se encuentre la característica

Q = 100 – P

E = Error que se acepta para la muestra el cual se establece en 15%

Estuvo representada por 871 controles prenatales atendidos durante el 2011 en el CSSO. Se calculó el promedio de controles prenatales atendidos en seis meses, el cual fue 435. Con base en este dato se calculó la muestra de 200 pacientes para el periodo de estudio de enero a junio de 2011 en el programa EPI-DAT, con base en un tamaño poblacional de 435, proporción esperada del 50%, precisión 5%, un nivel de confianza del 90%, y % de no respuesta del 15% . Teniendo en cuenta el tiempo destinado para la recolección de información se realizó entrevistas al 100% de las gestantes que acudían al inicio del control prenatal durante los meses de Enero a Junio hasta completar el tamaño de muestra.

Por lo tanto la muestra fue de 200 gestantes, 4 usuarios internos que brindan la atención en el control prenatal y 50 expedientes a partir de los hallazgos encontrados en las encuestas de las mujeres pacientes que asistieron en el período de estudio al Control Prenatal.

Evidenciados los hallazgos de las encuestas se hacía necesario realizar revisión a la calidad en el diligenciamiento en las historias clínicas tomando un 25% de muestra.

Variables con relación a los Objetivos del estudio

Características Socio demográficas de las Usuarías Externas

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado Civil
- Etnia

Características sociodemográfica de los Usuarios Interno

- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación

-Profesión.

Estructura

Variables de Estructura dirigida a Usuario externa:

- Accesibilidad Geográfica:

- Tiempo para llegar a la unidad

- Medio de transporte

- Accesibilidad económica: Entendida como el costo que se requiera para lograr acceder a las instituciones.

- Costo

- Accesibilidad Organizacional:

- Ubicación de la unidad

- Señalización de los servicios

- Horario de Atención

- Accesibilidad Cultural:

- Importancia del CPN para la usuaria

- Preferencia del médico

Variables de Estructura dirigida a Usuarios Internos

- Disponibilidad:

- Infraestructura
- Equipamiento
- Recursos
- Suministros.

Procesos

Para Usuarías Externas: Asistencia al Control Prenatal -Tiempo de espera para la consulta -Tiempo de duración de la consulta - Exámenes de laboratorio - Educación en salud en la consulta. - Actividades que se le realizan en el CPN (examen físico)

Para Usuarios Internos: a través de instrumentos que evalué la Calidad técnica: -Tiempo de laborar en la institución, -Tiempo de laborar en el servicio de control prenatal, - Actualización, - Conocimiento y aplicación de las normas: .criterios de referencia y contrareferencia .enfoque de riesgo - Uso de tecnología perinatal -Educación en salud / Consejería - Trabajo de terreno

- Supervisión y monitoreo: • Calidad humana: - calidez –trato -Relación personal de salud / usuarias

Resultados

Usuarías externas

-Satisfacción de las usuarias.

-Eficacia

Usuarios Internos

-Satisfacción de los prestadores de servicio.

-Eficacia

Obtención de la información:

- Aplicación de una guía de observación para determinar las condiciones en que se brinda el servicio del Control Prenatal.(lista de chequeo)
- Entrevista a usuarias y proveedores de servicios para medir el grado de satisfacción.
- Instrumento de evaluación del llenado de la Historias Clínicas y el proceso de educación prenatal.
- Revisión aleatoria de historias clínicas.

Criterios de Inclusión:

Usuaris externas:

- Usuaris que pertenecen al área geográfica del municipio de Popayán - Cauca
- Usuaris que acudan el día de la realización de la encuesta.
- Usuaris que acudan al Programa de Control Prenatal.

- Usuaris participes de las actividades que se realizan en la comunidad y a las cuales se les ha realizado búsqueda activa del primer trimestre de gestación.

Personal de Salud:

Reunión previa con el gerente y administrador de la empresa con el fin de realizar el estudio y obtener el visto bueno.

- Prestadores de Servicio que estuvieron dispuestos a cooperar.
- Prestadores de Servicio que al momento de realizar la encuesta se encuentren laborando en el lugar de atención.
- Prestadores de servicio que tengan contacto con la usuaria en la consulta.

Historias Clínicas:

- De mujeres que asistieron al Control Prenatal.

Plan Temático

1. Selección de la muestra (embarazadas que asisten al control prenatal , Historias clínicas, centros de salud)
2. Elaboración de los instrumentos (listas de verificación y encuestas).
3. Verificación del cumplimiento de la normatividad y condiciones de calidad en consultorios y en atención a gestantes por parte de los profesionales de salud.
4. Consolidación y análisis de la información.

5. Análisis de historias clínicas.

Para la realización de los objetivos planteados en el trabajo de investigación se tomó como base la problemática representada en la cantidad de muertes perinatales y de madres en estado de embarazo y su poca asistencia a los controles prenatales planteados en los sistemas de Salud sean estos régimen contributivo o régimen subsidiado, apoyándonos en la actual legislación en este campo.

Evidenciados los hallazgos de las encuestas se hacía necesario realizar revisión a la calidad en el diligenciamiento en las historias clínicas tomando un 25% de muestra.

Aspectos Éticos.

Se le solicito autorización al Gerente Dr. Oscar Tobar Gómez del ESE Popayán para la evaluación del programa de control prenatal en Centro de Salud Suroccidente; a los profesionales de salud entrevistados, una vez aprobada la solicitud se inicia la Investigación por parte del grupo de estudio.

A todas las gestantes se les explicó su participación en el estudio y se les solicito su consentimiento. La privacidad de la información suministrada se garantizó mediante la aplicación de instrumentos anónimos, creados sin ningún tipo de identificación o código.

RESULTADOS

Se realizó una investigación operativa evaluativa que describe la percepción de las usuarias externas e internos sobre la calidad de Atención del Control Prenatal desde el enfoque de satisfacción en el Centro Salud Suroccidente de la ESE Popayán entre enero de 2011 – junio de 2011.

Los resultados se mostraran de acuerdo a los instrumentos aplicados así:

Calidad de la Atención Médica

A continuación se plantea una guía de observación para determinar las condiciones en que se brinda el servicio del Control Prenatal, a manera de lista de chequeo.

Planta Física.

- Al aplicar la **guía de observación** encontramos: Los consultorios para control prenatal están en el primer piso, son para atención individual, se encuentran separados por cubículos, la sala de espera cuenta con asientos y espacio para la consulta promedio esperada; existe un ambiente disponible con ropa para vestuario de la consultante, la iluminación es suficiente para las actividades diurnas corrientes y existe disponibilidad de luz eléctrica, existe baño en cada consultorio (lavamanos y sanitario) y existe un baño público contiguo a la sala de espera. Existe salón de reuniones.

No existe circulación del personal independiente de la del público; no existe un espacio específico para curso de preparación para la maternidad.

En el área de espera para la consulta; se indago acerca de la *limpieza* dentro del área de espera se consideró buena ya que reunía los requisitos de higiene aceptable, *los baños* se consideraron inaccesibles porque hay mucha demanda de personas.

La infraestructura está en buen estado ya que las paredes, techo y piso se encuentran en buenas condiciones, la *distribución de mobiliario* como bancas, escritorios u otros se considero adecuado pero insuficientes en cantidad.

- En cuanto al consultorio existía *privacidad* para la atención a la paciente ya que tienen puertas y divisiones internas para realizar el examen físico a las pacientes, en la *distribución de mobiliario* médico, camilla de evaluación, se consideró adecuado ya que cada una cuenta con ellos, los *equipos para la realización* de examen físico con énfasis del obstétrico estaban presentes donde se brinda atención prenatal considerándose completos. *La relación médico-paciente* se observó en alguno de los casos en el momento de brindar la atención. En la utilización de *técnicas perinatales* la mayoría de los médicos la utilizaban.

- En cuanto a otras observaciones No existe *supervisión* en el área por parte de los responsables. No existen *orientaciones visuales* sobre el flujograma para usuarias externas, el *flujograma* para la atención a la embarazada no es adecuado ya que tiene que hacer fila en el área de clasificación para entrega de número correspondiente y luego esperar su turno en el área de espera para que le sean tomados sus signos vitales mas pesaje antes de realizar la consulta. La *actitud* de

las de las *usuarias* externas antes de la consulta se observaban inquietas y después de su atención en el control prenatal relajadas.

En relación a la existencia de protocolo de atención de control prenatal, y manejo de la historia clínica perinatal, y manejo de sífilis gestacional, Inscripción e identificación de la gestante en el control prenatal existen pero no están a disposición en los consultorios.

Dotación De Consultorio.

Camilla ginecológica con escalerilla, lámpara y mesa de curaciones, escritorio con dos sillas, balanza de pie, tensiómetro y fonendoscopio, estetoscopio de Pinnard y cinta métrica u obstétrica, equipo de órganos de los sentidos, pilas, espéculos de diferentes tamaños y pinzas de curación, guantes esterilizados para uso individual, soluciones antisépticas y yodadas, recipiente para desechos con tapa, material didáctico para los usos específicos de la consulta, Doppler-Ecotonne

Suministro Y Servicios De Apoyo

En el área de vacunación se dispone de toxoide tetánico conservado de acuerdo con las normas, diferentes tipos de anticonceptivos para sugerir en la consulta de puerperio.

Cuenta con adecuado material logístico y de papelería

Dispone regularmente la papelería necesaria para el funcionamiento del programa (registros, carné materno, formatos historias, entre otros)

No se dispone de material educativo audiovisual o impreso, colchonetas ni grabadora.

Proceso De Educación Prenatal

Si hay educación para el uso de diversos anticonceptivos y riesgo reproductivo, así como prevención de enfermedades de transmisión sexual; importancia de detección de cáncer ginecológico, importancia de la lactancia materna, educación sobre importancia del control prenatal, importancia del control pos-parto, signos y síntomas de alarma pos-parto, método anticonceptivo quirúrgico, ligadura Pomeroy en caso de cesárea urgente, importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño, signos y síntomas de alarma y otros signos y síntomas, cuidado del recién nacido, importancia del registro civil del recién nacido, importancia de la aplicación del toxoide tetánico, importancia de la aplicación de vacunas del PAI al niño, importancia del carnet de control prenatal y de la carpeta con fotocopias de los exámenes de control prenatal en cada consulta

No hay educación sobre cuidados con las mamas y preparación de pezones. No existe educación programada con temas específicos en la sala de espera.

Normas escritas para el control de las gestantes

Existen los siguientes documentos: Inscripción y apertura de historia clínica y carné materno.

No se realiza seguimiento domiciliario a las gestantes con factores de riesgo por la auxiliar de enfermería, se hizo a través de acciones del Plan de Intervenciones Colectivas PIC en un porcentaje de la población gestante.

A Partir del Cuestionario para los Profesionales de la Salud.

Se tomo el 100% de la población que atiende a las usuarias de control prenatal

- Del personal encargado de la atención de las gestantes, el sexo que predomino fue el femenino con 3 usuarios externos para un 75% y masculino un 25% (1).

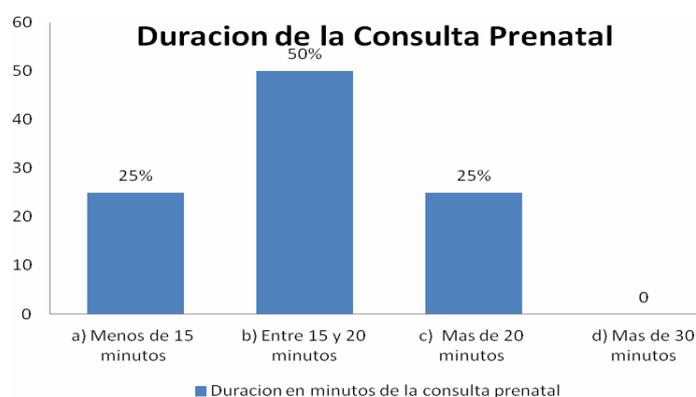
- En cuanto al perfil de los profesionales dos son médicas generales, una enfermera, y un enfermero maestrante en salud pública.

- En relación a la Calidad técnica: al indagar sobre los años de laborar en la institución 1 (25%) tienen menos de 1 año, 3 (75%) de 2 a 5 años.

- En cuanto a la Disponibilidad: Dentro de la infraestructura, las condiciones para la atención de los pacientes 3 (75%) consideran que son suficientes y 1 (25%) insuficientes.

Con respecto a la cantidad de talento humano que brindan la atención de control prenatal 3 (75%) lo considera insuficiente y 1 (25%) suficiente.

Grafica 18 Duracion de la Consulta prenatal de las gestantes que asisten al Centro de Salud Suroccidente. Enero – jun 2011.



Los profesionales opinaron que, en promedio, sus consultas de control prenatal el 25% (1) respondió que dura menos de 15 minutos, el 50% manifestó que dura entre 15 - 20 minutos y otro 25% que dura más de 20 minutos. El 100% opinó que el estándar de duración establecido en el centro de salud para la atención de la actividad resulta insuficiente e inadecuado.

En cuanto a la profesión de los profesionales encuestados encargados del control prenatal, dos son enfermeras y dos médicos.

Ninguno ha realizado un postgrado en áreas relacionadas con la atención materno perinatal.

Se evidencia que cuentan con los equipos mínimos para brindar la atención de control prenatal y se encuentran siempre disponibles y calibrados en su sitio de trabajo 4 (100%) dicen que cuentan con los instrumentos.

El 100% (4) Considera que el área donde habitualmente desarrolla las actividades de control prenatal es adecuada en cuanto a privacidad, características físicas, orden y aseo

Manifiestan contar con papelería para el control prenatal el 100%.

En cuanto a la pregunta ¿En su sitio de trabajo se realizan actividades educativas específicamente dirigidas a gestantes? El 100% respondió que Si.

En un 100% los profesionales manifiestan que en la consulta de control prenatal le explican a la paciente sobre los signos y síntomas de alarma y lo registran, y en un 75% manifiesta que explican y registran en la historia clínica la charla sobre lactancia materna que ofrecen a las maternas

El 75% de los profesionales afirma que en la consulta de control prenatal NO le explica a la gestante sobre la posibilidad de planificación familiar por medio de ligadura Pomeroy en caso de terminar el embarazo en cesárea urgente y sobre la carta de autorización para esta.

EL 100% de los profesionales manifiestan que los procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención utilizados con las usuarias del programa de control prenatal corresponden a protocolos y guías integrales de atención.

El 50% de los profesionales considera que la planeación y la organización del programa de control prenatal en el sitio de trabajo dificultan la prestación de un adecuado servicio a las usuarias.

Los profesionales de salud en un 100% consideran que el estándar de consultas/hora vigente en su sitio de trabajo es suficiente para la prestación de una atención prenatal con calidad, aunque manifiestan que realizaron un proyecto para enviar al Ministerio para ajuste por falta de personal para la atención de las gestantes.

Con respecto a la pregunta ¿en su sitio de trabajo se encuentra estructurado un Curso Psicoprofilactico para las usuarias de control prenatal? Los profesionales en un 100% respondieron que SI, que se apoya con las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas PIC.

En un 100% manifiestan realizar una exploración e intervención sistemática y completa de factores de riesgo psicosociales a las usuarias del programa de control prenatal

El 75% afirma que en la consulta de control prenatal le explica a la materna la importancia de traer siempre consigo la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio, ecografías y el carné de control prenatal.

Referente a los **cursos de actualización al personal**; recibidos para brindar la atención del Control Prenatal fueron en los siguientes temas: acerca de las normas de Control Prenatal lo han recibido 4 (100%), con respecto a otros cursos relacionados a control prenatal 3 (75%) lo han recibido.

Para valorar un Control Prenatal adecuado en cuanto al número de consultas mínimas que se deben realizar 3 (75%) respondieron que eran necesarias 4 consultas.

Las actividades que se deben realizar en el Control Prenatal son conocidas por 4 personas, el 100% del talento humano entrevistado. Las repuestas en orden de frecuencia fueron: Llenar la historia clínica perinatal, realizar una historia clínica completa, enviar exámenes, identificación de factores de riesgo, clasificación de alto riesgo obstétrico, consejería, educación y referencia oportuna.

Enfoque de riesgo 3 (75%) lo conocen refiriéndolo como: identificación de factores de riesgo, sufrir un daño, mayor probabilidades de complicación.

En cuanto a la Calidad Humana, el trato brindado por el personal médico y enfermería a las usuarias, 4 personas (100%) refieren que es bueno, en cuanto a si establece relación medico paciente 4 (100%) respondieron que sí; en brindar atención con calidez 4 (100%) refieren que si lo brindan.

- En cuanto a la satisfacción con el trabajo que realizan el 100% respondieron que si estaban satisfechos.

- Con respecto a la remuneración recibida en relación al trabajo que realiza 1 (25%) lo consideran regular, 3 (75%) manifiestan que es bueno.

- En cuanto al **logro de los objetivos** del Control Prenatal 3 (75%) consideraron que si lo logran.

- Con respecto así monitorean las satisfacción de las usuarias 2 (50%) refirieron que sí.

- Los principales problemas que impiden una atención prenatal de calidad según opinión de los prestadores fueron: la presión existente por número de pacientes, falta de medicamentos, insumos y equipos, poco tiempo para brindar una atención con calidad, actitud institucional, poco estímulo y satisfacción profesional, falta de capacitación técnico científica, situación económica de las pacientes y accesibilidad de los servicios de salud.

En cuanto a Gerencia y Administración.

- En el campo de Salud Materna, no está sistematizado el seguimiento de la consulta ambulatoria de las egresadas de maternidad, en especial las de alto riesgo.
- Con el trabajo del Plan de Intervenciones Colectivas las directivas de la unidad disponen de datos sobre población de gestantes y/o posibles usuarias del programa de control prenatal del área de influencia.
- Las directivas de la unidad disponen de los índices de mortalidad materna, perinatal, bajo peso, abortos y partos domiciliarios en su área de influencia, con apoyo de la Secretaria Municipal de Salud del Municipio.

- El personal de la unidad ha participado en la programación de las actividades del programa
- Los informes estadísticos mensuales sobre el programa no son analizados por el director y el personal de las unidades
- El personal del programa en la unidad recibe informe escrito de las visitas técnicas realizadas por el nivel local o distrital
- En el último año se ha observado un aumento de la demanda por gestantes y puérperas en la unidad
- La atención se ofrece mediante citas programadas
- Las directivas de la unidad o del hospital no tienen establecidos estímulos para el personal del programa.
- Las directivas del personal del hospital conocen las políticas y objetivos del programa de control prenatal y materno-infantil
- La unidad cuenta con un portafolio de servicios del programa
- Prestan servicios de PIC
- Prestan servicios de POS
- Prestan servicios de POS-S
- Cuentan con un sistema electrónico para manejo de la información del programa
- Está organizado y funciona el comité de mortalidad materna e infantil
- Se realiza periódicamente auditoria médica

- No se cuenta con una programación de actividades para gestantes y puérperas por escrito, con metas cuantificables, ni se ha basado en anteriores estudios epidemiológicos.
- No se realizan evaluaciones periódicas del programa
- No se realizan reuniones de coordinación con el nivel directivo del programa en el hospital, al menos mensualmente
- No se está llevando un sistema de referencia a otros niveles de complejidad
- No se está llevando un sistema de contrarreferencia

A Partir Del Cuestionario A La Gestante

Características Socio demográficas.

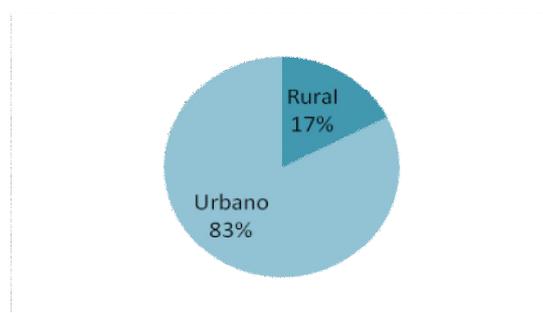
De 200 gestantes, el grupo etáreo predominante fue el de 15 a 18 años con un porcentaje de 28% (56), seguido del grupo de 19 a 21 años con un porcentaje de 18% (36), y 12 gestantes mayores de 37 años que corresponden al 12%.

Tabla 5 Distribución porcentual por grupos etáreos de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.

Grupo Etareo	Frecuencia	Porcentaje
15 a 18 años	56	28
19 a 21 años	36	18
22 a 24 años	23	11,5
25 a 27 años	33	16,5
28 a 30 años	20	10

31 a 33 años	13	6,5
34 a 36 años	7	3,5
Mayor de 37	12	6
Total	200	100

Grafica 19 Distribución porcentual por procedencia de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.



La mayoría de gestantes son de la cabecera municipal en un 82,5% (165) seguidas de muy poco porcentaje de la zona rural 35 (17,5).

Tabla 6 Distribución porcentual por procedencia de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.

Zona	Frecuencia	Porcentaje
Rural	35	17,5
Urbano	165	82,5
Total	200	100

Tabla 7 Distribución por Comunas de las Gestantes

Comuna	Frecuencia	Porcentaje
2	64	32
5	22	11

6	31	15,5
7	60	30
9	23	11,5
Total	200	100

La mayoría de las gestantes son de la comuna 7 que son barrios aledaños al Centro de Salud Suroccidente, seguidos de la comuna 2 que son del norte de la ciudad.

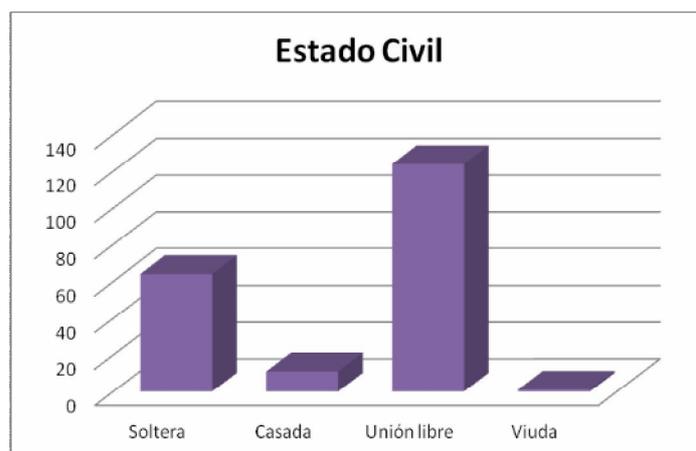
Tabla 8. Distribución porcentual de la escolaridad de las Gestantes

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	9	4,5
PRIMARIA COMPLETA	59	29,5
SECUNDARIA COMPLETA	120	60
TECNICO	8	4
UNIVERSITARIO	4	2
Total	200	100

En la escolaridad prevaleció el grupo de mujeres que han cursado secundaria con un 60%(120).

La ocupación más frecuente en las mujeres fue la de ama de casa con 71,5% (143), seguida de estudiante con un 19% (38).

Grafica 20. Distribución porcentual por estado civil de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.



El estado civil que predominaba entre las usuarias fue el de Unión libre 62% (124) seguido de soltera 32% (64), casada 5,5%(11), y viuda 0,5% (1)

Tabla 9. Distribución porcentual por EPS de las gestantes encuestadas.

EPS	Frecuencia	Porcentaje
Salud vida	38	19
Emssanar	37	18,5
Salud Cóndor	37	18,5
Caprecom	34	17
No afiliado	30	15
AIC	20	10
Asmet	1	0,5
ICBF	1	0,5
SaludCoop	1	0,5
SOS	1	0,5
Total	200	100

Grafica 21. distribución porcentual por tipo de afiliación al sistema de salud de las gestantes.

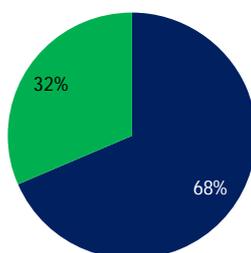


La principal EPS que se atiende es Salud Vida con 19% (38), seguido de Cónдор Salud con un 18,5 (37), al igual que Emssanar 18,5% (37) y Caprecom con un 17% (34), y sin afiliación con 15% (30), población pobre vulnerable.

Grafica 22. Accesibilidad Geográfica de las gestantes que asisten a control prenatal en el Centro de Salud Suroccidente, ESE Popayán.

Accesibilidad Geografica Tiempo para llegar al Centro de Salud

■ 15 a 30 minutos ■ 31 a 60 minutos



- En cuanto a la Accesibilidad Geográfica: el tiempo utilizado por las mujeres gestantes para llegar al Centro de Salud, fue de 15 a 30 minutos con un 137 para un 68,5%, seguido de las que utilizaron 31 a 60 minutos con 63 para un 31,5% (ver grafico 3).

Con respecto a la pregunta sobre la decisión de querer quedar embarazada, 165 para un 82,5% respondieron que no deseaban quedar embarazadas y un 17,5% (35) contestaron que si deseaban quedar embarazadas.

La edad gestacional de inicio al control prenatal predominó de entre un mes y tres meses el 61,25% (123) seguido de entre tres y seis meses un 23,5% (45), y más de seis meses el 2,5% (5), y 17,5% (35) que lo desconocían.

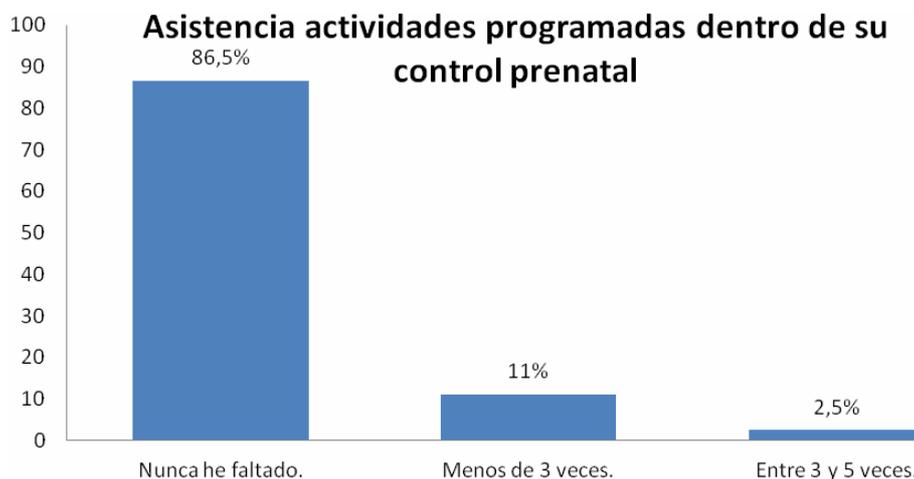
Grafica 23. Tiempo de espera entre la solicitud de cita y atención de las gestantes que acuden al Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán.



El tiempo de espera entre la solicitud de la cita y la atención fue menor de 1 día en %16,5 (33) de los casos. En el 71,5% (143) entre un día y una semana y en 7% (14) en más de 1 semana pero menos de 2 semanas, y en más de 2 semanas 10.

- El medio de transporte más utilizado para llegar al Centro de Salud fue transporte colectivo con 152 gestantes para un 76%, seguido de las que caminaron con 48 para un 24%,

Grafica 24. Asistencia a las actividades programadas en el control prenatal



A la pregunta, ¿con qué frecuencia ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal?, 173maternas afirmaron nunca haber faltado, 22 de ellas dijeron que menos de 3 veces, y 5 gestantes informaron que faltaron entre tres y cinco veces, la causa de las faltas generalmente son por falta de dinero para el transporte o porque estaban enfermas.

A la pregunta, ¿cuándo empezó su control prenatal una enfermera o médico le explicó en qué iba a consistir éste y por qué era importante para Ud. y su hijo?, el 97,5% (195) gestantes respondieron que si y el 2,5% (5) respondió que no.

En cuanto a la pregunta ¿el médico o enfermera le explican la importancia y significado de los exámenes de laboratorio y de las ecografías y que deberá hacer en los próximos controles prenatales?, en cada consulta, respondieron que No el 49,5% (99), respondieron que Si el 38% (76), y el 17,5 % (35) no recuerda.

Cuando se preguntó, ¿Le han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados? las gestantes manifestaron en un 92% (184) que No, y en un 8% (16) que Si.

El 86% (172) manifestaron que no le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el cuidado durante el parto y el post parto y 14% (28) que Si.

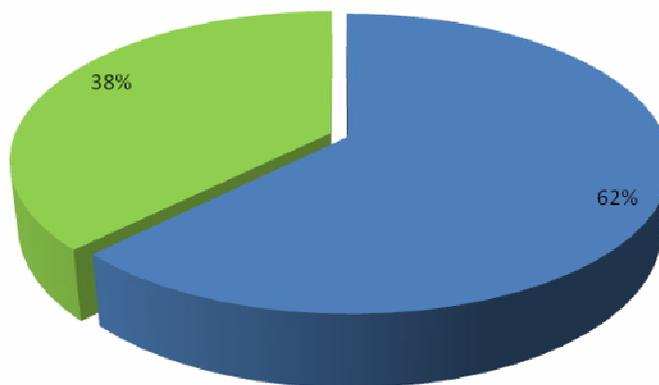
El 64,5% (129) de las maternas manifestó No haber recibido charlas, orientación o talleres sobre temas relacionados con la planificación familiar pos parto o ligadura de trompas Pomeroy en caso de cesárea urgente, y el 35,5% (71) que Si.

El 84,5% (169) respondió que, en un embarazo posterior, acudiría a control prenatal nuevamente en ésta Institución y el 15,5% (31) que No.

Grafica 25. Consejería sobre carpeta con exámenes de laboratorio – ecografías y carnet de las gestantes que acuden al Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayan.

Explicación sobre la importancia de llevar a la consulta el carnet materno y exámenes de laboratorio y ecografías?

■ a) Sí. ■ b) No.

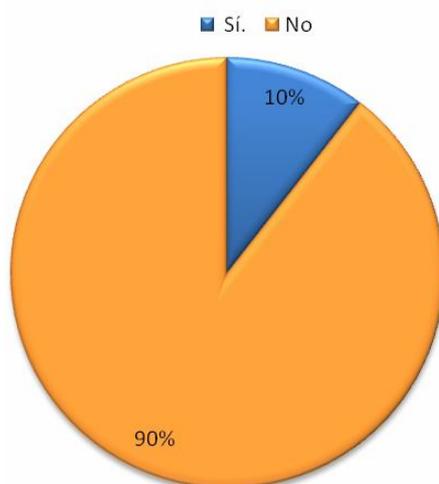


En cuanto a la importancia de traer la carpeta con los exámenes de laboratorio y ecografías a cada consulta de control prenatal, a la consulta de obstetricia o por urgencias el 38% declaró no haber recibido explicación, y el 62% de gestantes respondió que Sí le explicaron.

EL 76% manifiestan que le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados y el 24% respondieron que No.

Grafica 26. Puntualidad en la atención de las gestantes que asisten al Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayan

Puntualidad en la Atención



El 90% manifestó que No recibió su atención con puntualidad y 10% consideró que la atención fue puntual.

El 100% de las gestantes consideraron que la frecuencia con que le programan sus citas con el médico o enfermeras es suficiente.

- En cuanto así la usuaria tuvo que pagar por los servicios: la consulta actual el 100% respondieron que NO. Con respecto al pago de exámenes de laboratorio del centro de salud las 200 mujeres gestantes respondieron que no para un 100%.

- En cuanto a la Accesibilidad Organizacional: la ubicación del centro de salud el 100% respondieron que si era accesible.

Grafica 27. Relacion con los profesionales de salud de las gestantes que asistieron al Centro de Salud Suroccidente de la Ese Popayan.

Relacion con los Profesionales de Salud



En cuanto a la pregunta acerca de relación con los médicos y enfermeras que la atendieron fue: el 95% la considero Buena, y el 5% la considero regular.

Y a la pregunta si esta satisfecha con la atención el 84,5 % (169) respondió que SI, y el 15,5% (31) respondió que No.

- En cuanto a la Accesibilidad Cultural. El 100% (200) dijeron que el control prenatal es importante; 136 mujeres gestantes (68%) prefieren para su atención una médica, 27 (13,5%) prefieren un médico, 37 (18,5%) no tiene preferencia.

En cuanto a las preguntas abiertas realizadas las gestantes respondieron:

¿Qué le ha dicho el médico en la consulta?

- Signos de alarma

- Puericultura
- Uso de multivitamínicos.
- Cuidado en el embarazo.
- Alimentación balanceada.

Calidad de la Atención Médica a partir de los Procesos

• En cuanto al **tiempo de espera antes de la consulta**, predominaron las que esperaron de 1 a 2 horas 17 (8,5%), seguidas de las que esperaron mayor de 2 horas con 183 (91,5%) y menor de una hora ninguna.

Las gestantes manifiestan que hay gran diferencia entre la hora de llegada y la hora de la atención, (hora de llegada 7:30am – hora de atención 10am).

• Del tiempo de duración de la consulta, 164 (82%) dijeron que la consulta duró de 15 a 20 minutos, seguidas de las 36 (18%) que dijeron que duró menos de 15 minutos.

• Envío de exámenes de laboratorio 191 (95,5%) dijeron que si se le enviaron, 9(4,5%) dijeron que no se les envió.

• En cuanto a si recibieron Educación en salud mientras esperaba la consulta las 200 de las gestantes (100%) respondieron que no.

Las gestantes una vez salen de la cita van al SIAU a pedir la siguiente cita de control.

Manifiestan no haber tenido asesoría pre en la prueba de VIH. Ni se encuentra registrado en ninguna parte de la historia clínica.

Al indagar acerca de si conocen los síntomas de alarma se encuentra que la mayoría conocen por lo menos 2 signos de alarma 183 y han recibido información y 17 gestantes no recuerdan.

- En relación a si le realizaron Examen Físico de cabeza a pies durante la consulta 124 respondieron que Si (62%) y 76 que no para un (38%). De las gestantes 200 (100%) dijeron que las pesaron, el cálculo de la semana gestacional 193 (96,5%) expresó que si se lo realizaron, en la talla 126 (63%) se lo realizaron, el cálculo de la fecha probable de parto 192 (96%) dijo que si se le realizó. De las gestantes 200(100%) dijo que no se le tomó la temperatura.

En relación a la toma de presión arterial 198 (99%) expresó que si se la tomaron. El examen de mamas le fue realizado solo a 37 (18,5%). el examen obstétrico a 187 (93,5%) se le realizó.

- Al preguntársele si recibió educación y consejería en la consulta 164 (82%) respondieron que sí se les dio consejería. En cuanto a si le explicaron los signos y síntomas de embarazo 189 (94,5%) refiere que sí

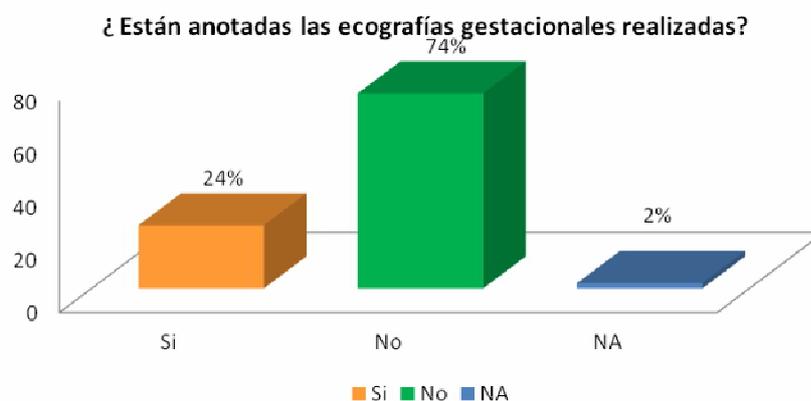
A Partir De La Historia Clínica.

En cuanto a los datos del paciente consignado en las 50 historias clínicas revisadas, los resultados fueron: Datos de identificación 43 (86%) estaban completos. En los antecedentes familiares, personales y obstétricos 46 (92%) estaban consignados.

La edad se encuentra consignada en el 100%, la fecha de la última menstruación estaba consignada en el 93% de las historias revisadas.

La edad gestacional estaba consignada en el 72% (36) de las historias clínicas.

Grafica 28. Registro en historia clínica de los exámenes de laboratorio y ecografías.



En un 74% de las historias clínicas NO esta registrado el resultado de exámenes de laboratorio y de ecografías solicitadas, y en un 24% se encontraba registrado.

Se encuentran registrados los antecedentes personales, familiares, Ginecobstétricos, quirúrgicos, alérgicos, patológicos y psicosociales en un 64%(32).

Están consignados los signos vitales en cada control en un 78% (39) de las historias clínicas.

Se revisó la última consulta y el peso no estaba consignado en el 58%(29) de las historias clínicas revisadas; la altura uterina estaba registrada en el 88% (44); presentación no aplicaba en el 94%(47); en frecuencia cardíaca fetal en el 90% no

aplicaba y el 4% no se registro; las graficas de incremento de peso solo estaba consignado en 23 historias para un 46%; en relación a la consignación del diagnóstico lo consignaron en un 72% (36); para la identificación del riesgo fue hecha en 47 (94%).

En el área de examen físico la talla estaba consignada en el 58% (29) expedientes, la fecha probable de parto 41 (82%), examen odontológico 42 (84%), el examen de mamas se les realizó solo al 32% (16).

Exámenes de laboratorio: la Biometría hemática estaba consignada en 43 (86%) historias, serología en 46 (92%), la vacunación antitetánica fue consignada en 34 (68%), glicemia 47 (94%) examen de orina 44 (88%), Elisa para VIH en 21 (42%).

En el 78% (39) NO se registraron en la historia clínica las actividades educativas realizadas.

En el 86%(43) no se registro la *última citología Cérvico vaginal realizada por la gestante*.

Se podía obtener la información sobre los exámenes prenatales recomendados, en el 74% (37).

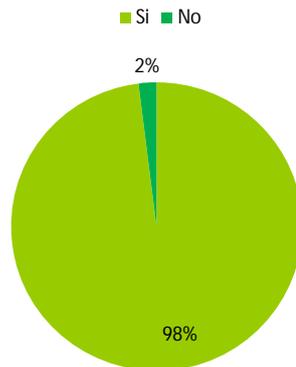
En el 60% de historias revisadas se registro las ecografías realizadas según edad gestacional.

En el 96% (48) no está definido por escrito el plan con la Paciente.

No están registradas las instrucciones del cuidado del carnet de control prenatal y la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio y ecografías, en un 92%(46)

Grafica 29. Registro la educacion de signos y sintomas de alarma.

Esta registrada la educación de signos y síntomas de alarma

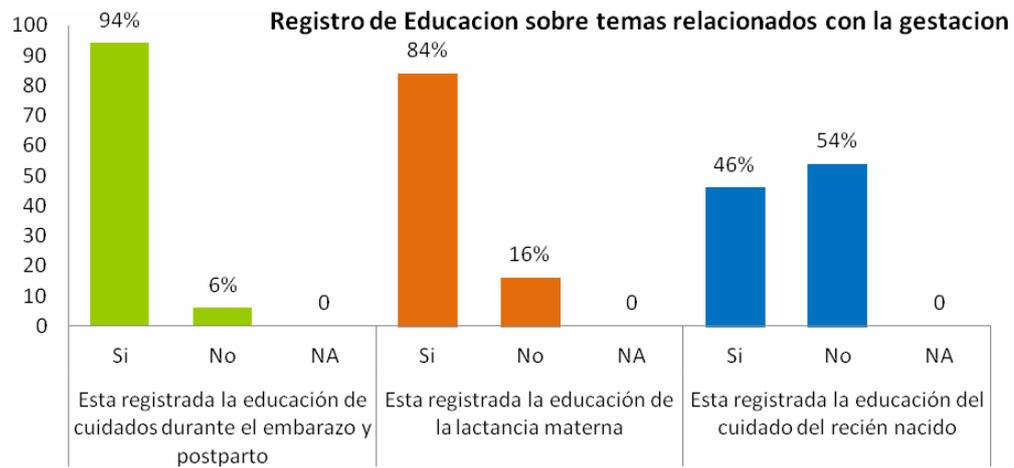


En un 98% está registrada la educación de signos y síntomas de alarma (ver grafico 29).

La educación en planificación familiar no está registrada en un 76%(38) de las historias revisadas.

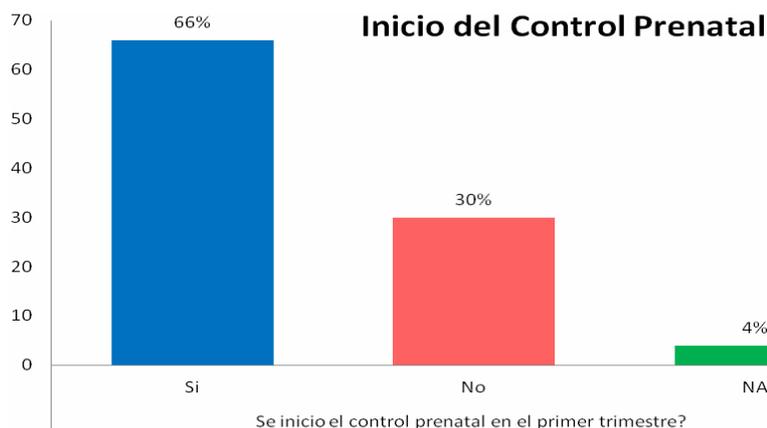
En un 98%(49) no están registradas las instrucciones de realizar una carta firmada por la paciente para autorizar la ligadura de trompas en caso de cesárea urgente.

Grafica 30. Registro la educacion sobre temas relacionados con la gestacion.



En cuanto a educación está registrada la de cuidados durante el embarazo y postparto en un 94% de las historias revisadas, la lactancia materna en un 84%(42), y No está registrada la educación del cuidado del recién nacido en un 54%(27)

Grafica 31. Registro en la historia de inicio al control prenatal en el primer trimestre.



En cuanto al inicio del control prenatal en el primer trimestre el 66% de las historias clínicas cumplió con esta condición.

Calidad de la atención según satisfacción de usuarios externos

- En cuanto a las condiciones de comodidad mientras espera ser atendida en consulta 48,5% (97) refieren que están satisfechas, 44,5% (89) poco satisfecha y 7% (14) insatisfecha.
- En cuanto al tiempo que duró la consulta el 73% (146) dijeron estar satisfecha, un 27% (54) poco satisfecha.
- En relación a la limpieza por área: en admisión 81,5% (163) refirieron estar satisfecha, sala de espera 87% (174) satisfecha, servicios higiénicos 58,5% (117) satisfechas, laboratorio 193 (92,72%) satisfecha, consultorio 200 (100%) satisfecha.

- En cuanto a la valoración del trato recibido por el personal: el 88% (176) respondieron bueno, en admisión; 94,5% (189) bueno, en sala de espera; 86,5% (173) respondieron que fue bueno, en laboratorio; en consulta 98,5% (197) dijo que fue bueno.

- Si le dieron completo el tratamiento 189 (94,5%) dijo que si, 11 (5,5%) dijeron que no.

DISCUSION.

Podemos inferir que la edad de las mujeres gestantes predomina en el rango de adolescencia. La gran mayoría de las usuarias poseen un grado de escolaridad suficiente para recibir instrucciones y educación respecto a su embarazo. Observamos que el hecho de recibir educación y consejería es un factor determinante del conocimiento de los signos y síntomas de riesgo y que los que no recibieron educación tienen más probabilidades de no conocer los signos y síntomas de riesgo.

La edad de los 15 años a los 18 años es la etapa de la adolescencia en la que la mujer comienza a tener los cambios corporales y hormonales que le van a permitir convertirse en una mujer, esto sumado a un embarazo temprano, no planeado puede ocasionar deserción escolar convirtiéndose es un factor de riesgo para la población joven y adolescente sumado además al riesgo de morir que es el doble de una mujer con edad para gestar que es a partir de los 20 años.

- Las mujeres amas de casa debido a su papel de crianza y cuidado de los niños se están viendo más predispuestas a quedar embarazadas con el fin de continuar el papel de madres de hogar, lo que refleja la situación económica por el desempleo imperante y cultural por cuanto en ciertos sectores la mujer sigue relegada al papel de crianza y cuidado de los niños.

- Existe un número considerable de mujeres que tienen su estado civil definido (Unión Libre), aunque esto no parece influenciar el uso de los servicios de salud.

- El principal obstáculo identificado por las mujeres desde el punto de vista organizacional fueron los horarios de atención en las diferentes áreas que las obliga a invertir un tiempo considerable en la espera de la consulta prenatal. El tiempo de espera fue un factor determinante en la percepción acerca de la atención prenatal. La falta de oportunidad de la atención genera que haya deserción en la consulta de control prenatal.

- La Accesibilidad Cultural no constituyó un obstáculo para la atención en salud por cuanto el personal que atiende en su gran mayoría son médicas de acuerdo a la preferencia de las usuarias, y la totalidad de ellas sienten que el control prenatal es importante en este sentido.

La mayoría del personal tiene menos de 5 años de experiencia en el control prenatal y su calificación es de médico general, en las encuestas las gestantes manifiestan la poca educación brindada o que se hace repetitiva a medida que van pasando los controles lo que hace pensar que hace falta educación permanente en el proceso de atención de la salud materna.

La información suministrada se queda corta para procesos de atención a gestantes adolescentes que por su edad debe remitirse a su nivel correspondiente, la normatividad en atención de la gestante adolescente se ha venido ejecutando en los últimos años bajo el marco de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes que discrimina positivamente la atención a los jóvenes de 10 a 13 años, de 14 a 16 años y de 17 a 21 años, considerados adolescentes tempranos, medios y tardíos respectivamente, pero que no ha sido

acogido por las directivas de la institución como una política de atención a jóvenes y adolescentes especialmente si son adolescentes.

- La admisión representa la cara de las instituciones de salud. La primera reacción del paciente hacia los servicios se genera aquí, por ende, la percepción que del trato pueda tener las usuarias puede ser determinante en la disposición de volver a tener nuevos contactos con el servicio. En este estudio una mayoría de las usuarias consideró que los servicios se situaron en bueno.

El proceso de prestación del programa de control prenatal, evaluado a partir del registro de historias clínicas, las encuestas a las usuarias y a los profesionales en salud, se ubicó en un rango aceptable de calidad. Sin embargo, se detectaron carencias trascendentales en cuanto al registro habitual, continuo y uniforme de información relacionada con la evaluación de factores de riesgo, falta de un registro completo de los diferentes ítems en educación o información prenatal

Se espera que se aplique la circular conjunta 005 del 27 de febrero de 2012 en donde se intensifiquen las acciones para garantizar la maternidad segura enfatizando en grupos de riesgo, garantizando el acceso oportuno, la continuidad, la integralidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles de atención, a través de una red de atención suficiente y articulada, en seguimiento de la adherencia a protocolos y guías de manejo de las IPS para la atención materna y perinatal de acuerdo con la normatividad vigente.

Es necesario empoderar a los profesionales de salud en el tema de prevención de embarazo en adolescentes a través de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes.

La mortalidad materna ha ido en aumento afectando en el Departamento del Cauca a mujeres dentro del rango de adolescencia media y tardía, de zonas cercanas a las cabeceras municipales.

CONCLUSIONES

Luego de la realización del trabajo podemos evidenciar que si existen elementos que afectan la calidad de atención realizada a las maternas durante su CPN, evidenciadas tanto en los procesos asistenciales como en los administrativos:

Causas asistenciales que afectan la calidad del CPN:

Recurso humano que atiende controles prenatales no es suficiente con relación a la demanda de gestantes: Es de reconocer que la ESE Popayán cumple un papel primordial en la atención de la gestante de estratos bajos de la ciudad de Popayán, pero que no cuenta con el suficiente recurso humano que logre realizar un seguimiento a las madres y sus familias para orientar a un feliz término la gestación, evitando la deserción de los controles, la atención final por partera o la realización de caso omiso a los signos de alarma.

Tiempo de duración de la consulta no permite una interacción fuerte con la paciente.

No existe un profesional de salud encargado del programa de salud materna que incluya el seguimiento a las gestantes que asisten a control prenatal: El 50% de los encuestados considera que la planeación y la organización del programa de control prenatal en el sitio de trabajo dificulta la prestación de un adecuado servicio a las usuarias, no existe un profesional directamente responsable del

programa y no se presta la importancia al componente de salud materna, se ve como una acción indirecta de promoción y prevención como cumplimiento de la atención sin tener en cuenta las determinantes sociales que intervienen en la adherencia de la gestante al control prenatal.

No se evidencia en la institución una planificación en el programa de salud materna, en donde se sustente la fortaleza de los profesionales por sacar adelante un proceso continuo de atención para el binomio madre – hijo, que exista un mayor acceso y uso de los proveedores capacitados para la prestación de servicios para la atención materna perinatal en donde se desplieguen acciones que permitan atención con calidad en acciones de promoción y prevención, a través de una coordinación en el componente de salud sexual y reproductiva o salud materna para seguimiento de casos, como la hacen con los programas de Tuberculosis y Lepra, programa de adulto mayor, programa de salud infantil,

Eliminado: .

La realización de las ecografías que son programadas meses después del control prenatal.

La mayoría de las mujeres del estudio se encuentran en edad adolescencia media lo que puede constituir un problema de salud pública, con una tendencia a la deserción escolar, madres solteras cabeza de familia y el desempleo que puede llevar a los niños a padecer de maltrato infantil.

La falta de educación en salud; entendida como la educación en lo que concierne a las guías de atención y protocolos establecidos en la institución, así como signos y síntomas de alarma, educación en planificación familiar post parto, prevención de la violencia intrafamiliar, puericultura en el momento de espera; fueron los problemas más señalados por las usuarias externas. Además de esto no se han desarrollan estrategias que integren el conocimiento de la materna de los signos de riesgo con el procedimiento a seguir, teniendo en cuenta que el Centro de Salud del Suroccidente no maneja atención hospitalaria.

El personal de salud que atiende a las gestantes en un gran porcentaje no informa y explica a sus usuarias de la opción que tienen de realizarse simultáneamente con la cesárea la ligadura de trompas si su parto tuviera que efectuarse de manera quirúrgica por indicación clínica, como tampoco se tiene definido el procedimiento para garantizar la gestión del procedimiento de consentimiento informado para ello.

En cuanto a la calidad técnica desde los usuarios internos aunque la mayoría cuenta con la experiencia suficiente para garantizar el adecuado cumplimiento de las técnicas de Control Prenatal, no se actualizan ni retroalimentan para la garantizar la calidad de la información.

El estudio investigativo nos arroja que solo en un 40% de las historias clínicas revisadas cuenta con el examen de VIH y su consentimiento informado, es de

anotar que muchas de las usuarias se han dejado de realizar el examen por falta de insumos en la institución o porque se realiza a través de jornadas en días especiales. Existen deficiencias en las asesorías pre y post prueba de VIH y desconocimiento por parte de las gestantes de este examen.

En un 74% de las historias clínicas NO está registrado el resultado de exámenes de laboratorio y de ecografías solicitadas, y en un 24% se encontraba registrado, lo que puede indicar que los resultados son entregados a la paciente y no son anexos a la historia clínica en el posterior control, lo que afecta la seguridad, continuidad e incluso la pertinencia de la atención brindada.

Es notoria la falta de información de peso de la gestante, teniendo en cuenta que hace parte de la información clara para el diligenciamiento de la historia clínica perinatal del CLAP, por los riesgos que implican en el desarrollo del embarazo.

No existe documentado un plan definido para cada gestante desde que ingresa a control prenatal hasta que termina su periodo gestacional, lo que no permite continuidad en el proceso de promoción y prevención de control prenatal, entendido como un seguimiento permanente de la gestante para conocer la situación particular de cada una de ellas teniendo en cuenta el seguimiento de controles prenatales en el centro de salud y la realización de las acciones que debe realizar a medida que pasan los meses.

No existen protocolos de atención en el centro de salud, dichos protocolos permiten estandarizar la atención con criterios uniformes que todos los profesionales de salud deben seguir, de esta manera la atención del paciente logra ser más rápida y se tienen los pasos a seguir ante una situación específica, ya sea la realización de un examen, la atención frente a una enfermedad cualquiera o bien la reacción a tener frente a una emergencia medica

Causas administrativas que afectan la calidad del CPN:

Distribución de turnos para las gestantes que son suministrados todos en la misma hora de llegada, generando tiempo de espera demasiado prolongados: Desde el punto de vista de la estructura los principales obstáculos para la atención prenatal de calidad, fueron la accesibilidad organizacional, especialmente al momento de la espera de la consulta médica; en los procesos el tiempo de espera para la consulta; el suministro de la cita va de acuerdo a la llegada de la gestante no hay establecidos horarios que permitan darle tiempo a la gestante de espera de solo 15 o 20 minutos que es lo que se encuentra estipulado. Es un cuello de botella visible la atención de la gestante que se extiende de hasta 1 a 3 horas lo que permite evaluar de forma deficiente la calidad en la prestación del servicio por tiempos.

Eliminado: ¶

Barreras asociadas al sistema de aseguramiento que no permite la atención de la gestante en el primer trimestre de gestación: Es de anotar que el Departamento

del Cauca cuenta con una tasa elevada de mortalidad perinatal, generada por eventos que podrían ser evitables si se hubiera comenzado tempranamente un control prenatal.

Es llamativo que el 32% de las gestantes acudan al centro de salud Suroccidente perteneciendo según procedencia a la comuna No 2, lo que hace pensar que la atención del hospital del Norte no se está prestando adecuadamente o por desconocimiento de la prestación de los servicios acuden a este centro de salud central para toda la población.

No están registradas las instrucciones del cuidado del carnet de control prenatal y la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio y ecografías, en un 92%(46), a pesar de que se pueden adquirir a través del Plan de Intervenciones Colectivas, como un incentivo para las gestantes, entregándoles la carpeta en donde mantengan todos sus papeles de forma segura.

Otras causas que afectan la calidad son:

La Accesibilidad Económica fue una barrera en el aspecto de transportarse hasta el sitio de atención., son gestantes de régimen de seguridad social subsidiado, que aunque son de procedencia urbana se encuentran residiendo en los cinturones de las comunas cercanas al centro de Salud, sin posibilidad de contar muchas veces con el pasaje de ida y regreso, es de mayor costo beneficio establecer un mecanismo que facilite este acceso que el manejo de las

complicaciones derivadas de las complicaciones de la atención binomio madre e hijo; una gran propuesta fue la realizada por una IPS en la ciudad de Bogotá, la estrategia implica recoger en microbús de la institución de salud a las maternas, esto puede hacer parte del desarrollo de la propia IPS y las EPS como parte de su responsabilidad social empresarial.

En la Accesibilidad Organizacional la mayor insatisfacción de las usuarias externas fue con los horarios de atención en el área de Admisión; como se menciona en un ítem anterior las gestantes son citadas a la misma hora para ser atendidas de acuerdo a la hora de llegada lo que no permite una comodidad para la gestante.

En la Calidad de la Atención Médica a partir de los Procesos: el tiempo de espera promedio antes de la consulta fue mayor de una hora convirtiéndose en el principal obstáculo identificado por las usuarias; son usuarias que en su mayoría no desayunan bien o han dejado haciendo los quehaceres del hogar para llegar temprano al lugar de la cita y son atendidas de manera inoportuna lo que ocasiona ansiedad a ella y a su bebé.

Al revisar el PAMEC no es posible evidenciar la priorización de la atención materna con todos sus componentes, lo que se constituye en una oportunidad de mejora que le permitirá a la institución utilizar el PAMEC como una estrategia para alcanzar estándares elevados de calidad en la atención materno perinatal. Para

ello es necesario verificar los procesos asistenciales priorizando la atención en 3 variables: primero, frecuencia: en cuanto al número de controles; segundo, riesgo: entendido como el trabajo adecuado del binomio madre e hijo que evita las altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal y que se pueden abordar en el control prenatal como acción de prevención y tercero, el costo: como la efectividad elevada que genera una buena atención de control prenatal en relación a una hospitalización de la gestante y el recién nacido o una muerte materno perinatal.

Lo referente a la atención en protección específica y detección temprana en donde se encuentra el componente de control prenatal que no ha sido revisada para ser anexado en el PAMEC, no se evidencia promoción y prevención a pesar de que al analizar el perfil epidemiológico hay demanda de gestantes desde temprana edad y se cuenta con muchas muertes perinatales en el municipio.

RECOMENDACIONES

La IPS puede a través de los diferentes actores institucionales y sociales que tienen competencia y responsabilidad en cuanto al programa de control prenatal trabajar acciones intersectoriales, que incluyan la participación comunitaria para incluir en sus agendas la atención prioritaria y con calidad al binomio madre e hijo; con el desarrollo de planes y acciones que logren una cultura de calidad de su atención, que como resultado de su implementación se pueda evidenciar el avance en la disminución de la morbi-mortalidad materna perinatal.

Es necesario trazar planes que garanticen la continuidad del programa, priorizando la atención materna, su implementación, seguimiento y retroalimentación mediante la aplicación del ciclo PHVA, así como su priorización a través del PAMEC con base en lo definido en el decreto 1011 de 2006, en donde se establezca la calidad esperada, las acciones de prevención, seguimiento y coyuntura y los indicadores para evaluar el mejoramiento a través del autocontrol y de la auditoría interna.

La organización de procesos de auditoría que tengan como enfoque el mejoramiento de la calidad del control prenatal, para que sea prestado de manera integral, con eficiencia y con calidad a las maternas, participar de acciones conjuntas que se requieran con los diferentes entes de control del orden local, departamental o nacional para el cumplimiento de las metas en maternidad segura

y salud sexual reproductiva, que se logre una cultura de calidad institucional en la que todo el personal interiorice y aplique la calidad en su diario actuar; la calidad no es un grupo de personas, ni un área; la calidad debe llevarse a un imperativo estratégico institucional.

Implementar procesos de auditoría de calidad del registro clínico para la atención prenatal, y constituirse en acciones del programa de auditoría para mejoramiento de la calidad de la atención materno perinatal.

Reorganizar el flujograma de atención para reducir los tiempos de espera.

Es importante tener en cuenta la apreciación que tengan los usuarios de la atención recibida efectuando encuestas de satisfacción por programas, en este caso el programa de Salud Materna o de control prenatal, de acuerdo al trato recibido por el personal de salud, atención del control prenatal y el conocimiento de los signos y síntomas de riesgo, es necesario tener en cuenta dichas apreciaciones que van a contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad con la que se atiende a la materna. Además de las encuestas la ubicación de buzones de sugerencias los cuales deben ser revisados periódicamente para definir las acciones de mejora a implementar según hallazgos.

Mejorar el proceso de atención basados en la aplicación de guías institucionales, desarrolladas acorde a la evidencia científica, los lineamientos de

la resolución 412, la documentación actual de salud materna para garantizar la calidad de la atención, cumpliendo con todos los parámetros de valoración clínica como la revisión nutricional (peso, talla), examen físico completo, indicaciones claras y por escrito, actividades educativas, de asesoría, y de consentimiento informado para la prueba ELISA para VIH/SIDA, desarrollo, implementación, verificación de adherencia y conocimiento de guías clínicas.

Revisar los factores de riesgo de atención a la gestante desde el enfoque de la edad y las patologías de base; es decir que las guías se efectúen de acuerdo a la edad de la gestante.

Documentación, aplicación, seguimiento, retroalimentación de los procesos de referencia y contrarreferencia basados en lo definido en la ley 1122 de 2007, la resolución 3047 de 2008 y la ley 1438 de 2011, para lo cual es imperativo la operatividad del CRUE departamental, donde las EPS deben ser parte clave del accionar de este proceso.

Trabajo de atención a jóvenes y adolescentes a través de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes, orientación dirigida hacia la maternidad responsable en los adolescentes, definición de atención por rangos de edad según el riesgo: adolescencia temprana de 10-13 años, que si esta embarazada se debe considerar violencia sexual, de 14-16 años para adolescencia media y de 15 a 19 años para adolescencia tardía, una atención materna prestada para esta población

que permita orientar a los jóvenes a una toma de decisiones en el uso rápido de los métodos de planificación para no volver a quedar embarazada y la responsabilidad de genera ser madre adolescente en muchas ocasiones sin apoyo del compañero sentimental.

Brindar Educación en salud y consejería a las usuarias externas en sala de espera utilizando medios audiovisuales, al igual que en los consultorios de forma continúa en temas de planificación familiar, prevención de la violencia, puericultura, tener en cuenta que si se suministra información escrita debe ser con los mínimos de lectura para que llegue más visual a las usuarias.

Sensibilizar y capacitar a los usuarios internos en la mejora de la calidad de atención en todos sus componentes.

Elaborar protocolos para el abordaje unificado de toda embarazada, de bajo y alto riesgo, a pesar de que el abordaje de la gestante de alto riesgo es de remisión a un nivel superior es necesario contar con las indicaciones que permitan hacer una adecuada remisión y seguimiento para lo cual se debe contar con procesos establecidos y sistemas de información.

Realizar estudios complementarios con el propósito de evaluar la calidad total de los servicios de Atención Prenatal, luego de implementar las acciones de mejora en la institución para medir el impacto de las mismas.

|

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arias Iván y cols. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud Popayán, Colombia 1997-1998.
2. Abaunza y col. "Calidad del subprograma del control prenatal en el Jirical y Malpaisillo". 1985. Tesis. (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN-Managua.
3. Aguado L. y cols. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. Revista latinoamericana de ciencia, sociedad, niñez y juventud 5(1):2007, en www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html.
4. Boulet SE, Parker C, Atrash H. Preconception care international settings. *Matern Child Health J* 2006; 10: S29-S35.
5. Cabalero Salazar Francisco. Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios que ofrece la selección de Medicina general de la consulta externa de la clínica Salón Núñez frutos en febrero de 2008. Universidad de las Ciencias y el arte de Costa Rica, proyectos de graduación para optar por la maestría en administración con énfasis en servicios de salud. Costa Rica. Julio de 2008.
6. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 2001, 15 (Supl.1):1-42.
7. Donabedian A. "Calidad en la Atención Medica"

8. Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.
9. Gagnon Aj. Educación individual o en grupos para el parto y la paternidad. In, The Cochrane Library, Issue, 2, 2005. Oxford: Update Software.
10. Malagón Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. México DF: Editorial McGreahill 2000.
11. Ortiz Marcela. Mortalidad Materna en el siglo XXI; “calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua, agosto – octubre de 2004.
12. Rojas O. Colombia: perfil de la salud reproductiva 1990. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología 1986.
13. Tinoco Gilmat y Cols. Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido. Comisión interdisciplinaria de Estudios de Genero CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre 1997.
14. Tinoco Gilmat y Cols. Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido. Comisión interdisciplinaria de Estudios de Genero CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre 1997.
15. Villegas, C; Luna, J. La salud materna: un gran reto para Colombia. Revista de Salud Pública.1(1):99.Págs.68-80.

16. Villar J, Bergsjø P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1997.
17. Piaggio G et al. The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 1998, 12 (Suppl. 2):116–14.
18. Ruiz Linares J, Romero GE, Moreno H. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev. Panam. Salud Pública* 1998; 4(2):80-86.
19. Uriza G, Barragán E. Mortalidad perinatal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 1986.
20. Violeta HA. Control prenatal. Dr. Roberto A S, coordinador, *Temas de medicina General Integral 2ª ed.* Ciudad de la Habana; Ciencias Médicas; 2004. p. 147-151.

Organizaciones.

21. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2003.

22. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza); 2005. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2005/es/>
24. OMS, Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS, 2003. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud; 2003:6.
25. Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS, 2003.
26. Organización panamericana de la Salud informe “la salud en las Américas 200 – 2005” publicado en el libro: Salud en las Américas 2007. 2 volumen.
27. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de medicina. Control Prenatal. Disponible en http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html.
28. República de Argentina. Ministerio de Salud de la Nación .Schwarcz. R et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Buenos Aires, 2001.

29. República de Colombia, norma Decreto 1011 de 2006. "Por el cual se define el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
30. República de Colombia: Ministerio de protección social. Claudia L.B.Ch, Miriam C:B. Plan de choque para la reducción de mortalidad materna .Bogotá DC 2004.
31. World Health Organization (2002) maternal mortality 2000: Estimates Developer by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva. WHO.
32. The Cochrane Library, Issue No.2. Oxford, Update Software, 2002.
33. República de Colombia .Ministerio de Protección Social. Resolución 412 de 2000. Norma Técnica para la Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
34. PROFAMILIA 2005. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Datos básicos.
35. World Health Organization (2002) maternal mortality 2000: Estimates Developer by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneve, WHO
36. Ministerio de la Protección Social en Salud, sistema obligatorio de Garantía de la calidad en Salud, primer informe Nacional de la calidad de la atención en Salud "INCAS Colombia 2009".
37. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de IPS, programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios, línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa, informe final ejecutado por facultad Nacional de Salud pública

“Héctor Abad Gómez” fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia.

38. World Health organization (2002) maternal mortality 2000: estimates developed by with UNICEF and UNPDA.

39. Manual de estándares de acreditación, modificación del 26 de enero de 2012 por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006.