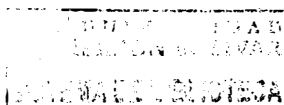




**Evaluación de la Calidad del Programa de Detección Temprana de las
Alteraciones del Embarazo en las gestantes de COOSALUD EPSS, en la IPS
Universitaria del Distrito de Barranquilla, Enero a Diciembre 2012**

**ARILIS RUIZ MEDINA
BURTON BARRERA NÚÑEZ
CATERINE MOLINARES**

**Universidad Simón Bolívar
Facultad de Postgrados
Maestría en Auditoría y Sistemas de Calidad Profundización
Barranquilla – 2014**



MASCO0002
2014
ej. 1

1324022



**Evaluación de la Calidad del Programa de Detección Temprana de las
Alteraciones del Embarazo en las gestantes de COOSALUD EPS, en la IPS
Universitaria del Distrito de Barranquilla, enero a diciembre 2012**

**ARILIS RUIZ MEDINA
BURTON BARRERA NÚÑEZ
CATERINE MOLINARES**

**PROYECTO DE GRADO
Maestría en Auditoría y Sistemas de Calidad Profundización en Servicios de Salud**

**Asesor:
LUIS POSSO BENITEZ**

**Universidad Simón Bolívar
Facultad de Postgrados
Barranquilla - 2014**

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dra. Erika Palacio, Dra. Mónica Gómez, Dr. Rubén Romero por permitirnos realizar el proyecto de grado, al Dr. Luis Posso por la revisión global del manuscrito; al equipo básico de Salud Familiar SA IPS, sucursal Atlántico; a la Dra. Danorella Valderrama Gerente de COOSALUD EPSS, y colaboradores.

A nuestras familias que con su apoyo han participado en la elaboración del proyecto, a la memoria de todas las gestantes que han fallecido en pos de dar vida, y que han generado la alerta en el país para mejorar la Estrategia de Maternidad Segura

Contenido

Lista de Tablas.....	7
Lista de Figura	8
TERMINOS Y DEFINICIONES	9
LISTA DE SIGLAS	12
RESUMEN	14
INTRODUCCION	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS.....	25
OBJETIVO GENERAL:	25
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	25
PROPOSITO.....	25
MARCO TEÓRICO	26
Calidad del programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo.	26
Maternidad Segura	29
Control prenatal en embarazo de bajo riesgo basado en las evidencias.....	33
DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
Tipo de estudio:.....	35
Fuente de Recolección de la Información:.....	35
Instrumento para la recolección de la Información:.....	35
Análisis y procesamiento de los datos:	38
Definición de variables:	39
CRONOGRAMA	40
RESULTADOS.....	42
DISCUSION	54
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS.....	60
ANEXOS.....	64
Anexo No. 1. Cuadro Comparativo Modelo de Atención Prenatal países latinoamericanos	64
Anexo 2. Plantilla de Evaluación Inicial.....	65
Anexo 2.1 Plantilla de Evaluación de Seguimiento	66
Anexo 2.2 Plantilla de Evaluación de Seguidientos Posteriores	67

Lista de Tablas

Tabla No. 1. Verificación de los registros programa Detección Alteraciones del Embarazo y Partos de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.....	38
Tabla No. 2. Continuidad de la Prestación de los servicios del programa Detección Alteraciones del Embarazo y Partos de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.....	43
Tabla No 3. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia por FUM, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.....	43
Tabla No 4. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, por Ecografía, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.....	44
Tabla No 5. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, por FUM y Ecografía, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.....	44
Tabla No 6. Clasificación del Riesgo en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.....	45
Tabla No 7. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, por Altura Uterina, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.....	46
Tabla No 8. Accesibilidad de las Gestantes por edad al programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.....	46
Tabla No. 9. IMC de las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.....	47
Tabla No 10. Anemia en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.....	48
Tabla No 11. Nivel de Glicemia en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.....	48
Tabla No 12. Uro análisis en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.....	49

Tabla No 13. VDRL en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.	49
Tabla No 14. Tamizaje VIH en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.	50
Tabla No 15. Ecografía I trimestre en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.	50
Tabla No 16. Ecografía II trimestre en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.	51
Tabla No 17. Ecografía III trimestre en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.	51
Tabla No 18. Trimestre de captación según Edad en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012	52
Tabla No 19. Número de controles prenatales según edad en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.	52
Tabla No 20. Estado Nutricional según edad en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012	53
Tabla No 21. Evaluación de calidad del programa de Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012	53

Lista de Figura

Figura No. 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad (17).	32
--	----

TERMINOS Y DEFINICIONES

Acción Correctiva:	Acción para eliminar la causa de una no conformidad [ISO14001:2004; 3.3]
Acción Preventiva:	Acción para eliminar la causa de una No conformidad (3.15) potencial. [ISO14001:2004; 3.17]
Auditado:	Organización que es auditada [ISO 9000:2005; 3.9.8 - ISO19001V2011; 3.7]
Auditor:	Persona con competencia para llevar a cabo una auditoria [ISO9000:2000; 3.9.9 - ISO14001:2004; 3.1 – ISO19001; 3.8]
Auditoria:	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria (3.3) y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoria (3.2). [ISO9000:2005; 3.9.1 - ISO19001V2011; 3.1]
Competencia:	Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades para alcanzar los resultados pretendidos. [ISO19001V2011; 3.17]
Conformidad:	Cumplimiento de un requisito. [ISO 9000:2005; 3.6.1 – ISO19001V2011; 3.18]
Criterios de la auditoría:	Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría (3.3). [ISO9000:2005; 3.9.3 - ISO19001V2011; 3.2]
Evidencia de la auditoría:	Registros, declaraciones de hecho o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría (3.2) y que es verificable. [ISO9000:2005; 3.9.4 - ISO19001V2011; 3.3]

Demanda Inducida:	Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. [Resolución 412 de 2000]
Detección Temprana:	Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. [Resolución 412 de 2000]
Documento:	Información y su medio de soporte [ISO9000:2000; 3.7.2 - ISO14001:2004; 3.4]
Guía de Atención:	Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. [Resolución 412 de 2000]
Hallazgos de la auditoría:	Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría (3.3) recopilada frente a los criterios de auditoría (3.2). [ISO9000:2005; 3.9.5 - ISO19001V2011; 3.4]
No conformidad:	Incumplimiento de un requisito [ISO 9000:2005; 3.6.2 - ISO14001:2004; 3.15 - ISO19001V2011; 3.18]

Norma Técnica:	Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.[Resolución 412 de 2000]
Plan de auditoría:	Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría (3.1). [ISO 9000:2005; 3.9.12 – ISO19001V2011; 3.15]
Programa de auditoría:	Detalles acordados para un conjunto de una o más auditorías (3.1) planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. [ISO9001:2005; 3.9.12 - ISO19001V2011; 3.13]
Protección Específica:	Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. [Resolución 412 de 2000]
Regla McDonald:	Con este método se puede calcular las semanas de edad gestacional, determinando en centímetros el espacio comprendido entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo uterino.

LISTA DE SIGLAS

AU:	Altura Uterina
ARO:	Alto Riesgo Obstétrico
BRO:	Bajo Riesgo Obstétrico
CEB:	Coordinador de Equipos Básicos
COOSALUD EPS:	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral zona sur oriental de Cartagena ESS
CP:	Control Prenatal
EG:	Edad Gestacional
EPS:	Entidad Promotora de Servicios de Salud
ESE:	Empresa Social del Estado
ESS:	Empresa Solidaria de Salud
FCF:	Frecuencia Cardiaca Fetal
FUM:	Fecha de la última menstruación
GLU:	Glicemia
HIE:	Hipertensión Inducida por el Embarazo
HPV:	Virus del Papiloma Humano
IEC:	Información, Educación, Comunicación
IMC:	Índice de Masa Corporal
IPS:	Institución Prestadora de servicios de Salud
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
IVE:	Interrupción Voluntaria del Embarazo

IVS:	Inicio de Vida Sexual
NV:	Nacidos vivos
NIC:	Lesión intraepitelial del cérvix
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
POS:	Plan Obligatorio de Salud
PPNCSD:	Población Pobre No Cubierta con Subsidios a la Demanda
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
TA:	Tensión Arterial
Td:	Toxoide Diftérico
TT:	Toxoide Tetánico
UPC:	Unidad de pago por capitación
UPC-S:	Unidad de pago por capitación del régimen subsidiado
UPC-C:	Unidad de pago por capitación del régimen contributivo
VDRL:	Serología para Sífilis
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Evaluación de la Calidad del Programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo en las gestantes de COOSALUD EPSS, en la IPS Universitaria del Distrito de Barranquilla, enero a diciembre 2012

RESUMEN

El presente proyecto de grado se efectuó con el objetivo de Evaluar la Calidad del programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, a las gestantes de COOSALUD EPSS, en la IPS Universitaria del Distrito de Barranquilla, de Enero a Diciembre 2012.

Para ello se realizó un estudio Retrospectivo de tipo cuantitativo y cualitativo dirigido a 505 Gestantes registradas en una base de datos de Auditoria de acompañamiento realizado por la EPS, como evaluación de la calidad del control prenatal de baja complejidad en el distrito de Barranquilla.

Como resultado de la evaluación se establece incumplimiento en la calidad de la prestación de los servicios de salud en el Control Prenatal de acuerdo a lo establecido por la Resolución 412 de 2000.

Por lo anterior se sugiere cumplimiento a la Ley 1164 de 2007, fortaleciendo la continuidad del conocimiento para cumplimiento de normas y guías de atención establecidas por el ministerio de salud y protección social, para la adecuada prestación de los servicios de salud en continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad de los pacientes.

Quality Assessment Program for Early Detection of Disorders of pregnant women COOSALUD EPSS, IPS at the University of the District of Barranquilla, January to December 2012

ABSTRAC

This project was performed in order to evaluate the program Quality Early Detection Pregnancy Alterations to pregnant women in COOSALUD EPSS, IPS at the University of the District of Barranquilla, from January to December 2012.

This involved a Retrospective study of quantitative and qualitative targets 505 registered in a database of flanking Audit conducted by the EPS, and quality assessment of prenatal low complexity in the district of Barranquilla Pregnant was performed.

As a result of the breach in the quality assessment of the provision of health services in Antenatal Care as established by Resolution 412 of 2000 is set.

Therefore compliance with Law 1164 of 2007, suggested strengthening the continuity of knowledge for compliance and care guides established by the ministry of health and social protection for the adequate provision of health services in continuity, timeliness, relevance, accessibility and safety of patients.

INTRODUCCION

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta es disminuirla en el país. Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Colombia se comprometió en su objetivo cinco (5) Mejorar la Salud Materna ⁽¹⁾.

Los estándares y recomendaciones asistenciales emanadas del orden nacional para el adecuado manejo del periodo de gestación en las colombianas intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo que permita su identificación y tratamiento oportuno, minimización de los riesgos en esta etapa y trabajar de manera unificada en la consecución de éstos objetivos internacionales.

Por tal razón, como una manera de formular explicaciones al fenómeno observado, se hace necesario establecer cuál es la calidad con la que se brinda la atención a la gestante dentro del programa de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo en los prestadores de servicios de salud, en aras de determinar su trascendencia dentro del fenómeno.

Siendo el ámbito laboral de los investigadores la ciudad de Barranquilla y no estando exenta esta ciudad de la situación descrita en el orden nacional, se realizó el estudio en la IPS Universitaria del Distrito de Barranquilla, IPS de referencia en la ciudad para la atención prenatal y en la población de gestantes de COOSALUD EPSS en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre de 2012.

Al contar con información detallada del proceso de atención a la gestante, se diseñó un estudio descriptivo transversal, donde se revisaron las plantillas de auditoría de la EPSS, se realizó una caracterización de los datos y se comparó con los existentes en la literatura científica disponible.

Los resultados del presente estudio proporcionan información de interés tanto para la institución aseguradora como para la institución prestadora de servicios de salud que permita la toma de decisiones administrativas y operativas en todo nivel que conlleve al mejoramiento continuo de la atención a la gestante y contribuir al logro de la meta establecida en el país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta el documento de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013⁽²⁾, la razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos, a nivel mundial fue entre los años 1990, 2000 y 2010; así:

Por cada 100.000 nacidos vivos en Afganistán la razón para el año 1990 fue de: 1300, observándose disminución en el año 2000 con 1000 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 460; Angola, razón para el año 1990 fue de: 1200, observándose disminución en el año 2000 con 890 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 450; Egipto, razón para el año 1990 fue de: 230, observándose disminución en el año 2000 con 100 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 66; China, razón para el año 1990 fue de: 120, observándose disminución en el año 2000 con 61 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 37; España, razón para el año 1990 fue de: 7, observándose disminución en el año 2000 con 5 muertes maternas y para el 2010 aumenta con una razón de mortalidad materna de 6; Canadá, razón para el año 1990 fue de: 6, observándose aumento en el año 2000 con 7 muertes maternas y para el 2010 aumento significativo con una razón de mortalidad materna de 12; Argentina, razón para el año 1990 fue de: 71, observándose disminución en el año 2000 con 63 muertes maternas y para el 2010 aumento significativa con una razón de mortalidad materna de 77; Chile, razón para el año 1990 fue de: 56, observándose disminución en el año 2000 con 29 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 25; Brasil, razón para el año 1990 fue de: 120, observándose disminución en el año 2000 con 81 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 56; Ecuador, razón para el año 1990 fue de: 180, observándose disminución en el año 2000 con 130 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 110; Perú, razón para el año 1990 fue de: 200, observándose disminución en el año 2000 con 120 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 67; México, razón para el año 1990 fue de: 92, observándose disminución en el año 2000 con 82 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 50; El Salvador, razón para el año 1990 fue de: 150, observándose disminución en el año 2000 con 110 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 81; Guatemala, razón para el año 1990 fue de: 160, observándose disminución en el año 2000 con 130 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad

materna de 120; Uruguay, razón para el año 1990 fue de: 39, observándose disminución en el año 2000 con 35 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 29; Panamá, razón para el año 1990 fue de: 100, observándose aumento en el año 2000 con 110 muertes maternas y para el 2010 disminución no muy significativa con una razón de mortalidad materna de 92.

En nuestro país Colombia, por cada 100.000 nacidos vivos la razón para el año 1990 fue de: 170, observándose disminución en el año 2000 con 130 muertes maternas y para el 2010 disminución significativa con una razón de mortalidad materna de 92⁽²⁾.

En la prestación de los servicios de salud a nivel mundial específicamente en la Cobertura de la atención del Control Prenatal entre los años 2005 – 2012, el comportamiento de Afganistán con al menos 1 consulta fue de 46 y al menos 4 consultas 15; Angola con al menos 1 consulta fue de 68 y al menos 4 consultas 47; Egipto con al menos 1 consulta fue de 74 y al menos 4 consultas 66; China con al menos 1 consulta fue de 94 y al menos 4 consultas sin datos; España con al menos 1 consulta sin datos y al menos 4 consultas sin datos; Canadá con al menos 1 consulta fue de 100 y al menos 4 consultas 99; Argentina con al menos 1 consulta fue de 91 y al menos 4 consultas 25; Chile con al menos 1 consulta sin datos y al menos 4 consultas sin datos; Brasil con al menos 1 consulta fue de 97 y al menos 4 consultas 90; Ecuador con al menos 1 consulta fue de 84 y al menos 4 consultas sin datos; Perú con al menos 1 consulta 95 y al menos 4 consultas 94; México con al menos 1 consulta 96 y al menos 4 consultas sin datos; El Salvador con al menos 1 consulta 94 y al menos 4 consultas 78; Guatemala con al menos 1 consulta 93 y al menos 4 consultas sin datos; Uruguay con al menos 1 consulta 96 y al menos 4 consultas 90; Colombia con al menos 1 consulta 97 y al menos 4 consultas 89⁽²⁾.

Revisando el comportamiento de la Mortalidad Materna en nuestro país, y en atención a lo referido en el análisis de situación en salud por regiones 2013⁽³⁾, en el Departamento de Putumayo la razón de mortalidad materna hasta los 42 días es significativamente más alta que la del país en un 36%.

Los departamentos de San Andrés Islas, Amazonas, Guainía y Vaupés no presentaron muertes maternas durante el año 2010. Los demás departamentos y el distrito de Bogotá D.C, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre sus razones de mortalidad materna departamentales y la nacional ⁽³⁾.

En Colombia la atención institucional del parto aumento un 2,01% entre los años 2005 y 2010. Aunque todas las regiones han incrementado la cobertura de atención es más notable en las regiones Oriental y Pacífica donde el incremento fue de 3,43%

y 3,06% respectivamente. La región que menor porcentaje de incremento experimento fue la región Bogotá-Cundinamarca con un 0,22%.

La cobertura de control prenatal también se ha incrementado en Colombia un 3,86% durante el quinquenio 2005-2010. Todas las regiones han aumentado el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales a excepción de Amazonía-Orinoquía donde la cobertura descendió en un 6,30%. Las regiones que mayor aumento han experimentado son Central, Pacífica y Oriental con un 5,76%, 4,99% y 4,23% respectivamente.

Según la ENDS, el 77,0% de las mujeres encuestadas refirieron haber iniciado sus controles prenatales antes del cuarto mes de embarazo, el 15,0% lo hizo entre el 4 y el 5 mes y el restante 8% lo hizo pasados los 5 meses (3).

Al realizar revisión bibliográfica entre países hispanos de América Latina, de los siguientes países: México, Guatemala, El Salvador, Perú, Chile, Argentina y Uruguay; comparándolos con los programas de promoción y prevención del Adulto Mayor y la Gestante de nuestro país Colombia, se tomaron variables para precisar el modelo o programa de atención con los diferentes países, a saber: Nombre del programa, Normatividad, grupo etareo del programa, servicios contemplados en el programa, tipo de atención (Intramural/Extramural), Población objeto (sana/enferma), Línea de base, Registros, Laboratorios del programa (obligatorios), Contempla el programa Monitoreo/Seguimiento(4).

A continuación se describe el análisis de la comparación de Colombia con los diferentes países anteriormente enunciados por programas, así:

El nombre del programa de promoción y prevención de Control Prenatal es similar en seis (6) países que corresponde al 87.5% de los países, con excepción de México, que contempla Parto, Puerperio y Recién Nacido.

El 100% de los países cuenta con normatividad vigente para aplicabilidad en la atención de salud a las gestantes.

El grupo etareo no Aplica, ya que corresponde a toda mujer embarazada.

Los servicios contemplados en el programa, el 100% contempla servicios de recuperación en salud, promoción y prevención, medicamentos, multivitamínicos, laboratorios e imagenología.

El Tipo de Atención el 100% es Intramural.

Población objeto (sana/enferma), toda mujer embarazada.

Línea de base, el 75% de los países cuenta con línea de base; con excepción de Guatemala y El Salvador que no lo contempla.

Historia clínica y registros el 70% cuenta con historia clínica del Programa; con excepción del otro 50%: Guatemala, El Salvador y Uruguay.

Laboratorios del programa (obligatorios), el 100% cuenta con laboratorios. Contempla el programa Monitoreo/Seguimiento, el 60% cuenta con Seguimiento; con excepción del otro 40%: México, Guatemala, El Salvador y Perú ⁽⁴⁾.

Reducir la mortalidad materna es una prioridad de salud pública en Colombia, dado que la Razón de Mortalidad Materna en 2011 de 69.1 por cien mil nacidos vivos no es congruente con el nivel de desarrollo del país, máxime cuando el 98% de los partos son atendidos en instituciones de salud ⁽⁵⁾, lo cual debería garantizar la supervivencia de las gestantes.

Barranquilla no es ajena a esta problemática, presentando una razón de Mortalidad Materna en 2011 de 47,2 por 100.000 nacidos vivos (nv) ⁽⁵⁾. La ausencia de cuidados prenatales, el inicio tardío y otros problemas de calidad, están asociados con la mortalidad materna.

COOSALUD EPS-S, en su informe de Gestión 2012 ⁽⁶⁾, indica que para este año se presentaron 9 muertes maternas por causas directamente atribuibles al embarazo, diagnosticadas luego de realizar los correspondientes Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE). Al analizar la razón de mortalidad materna consolidado, su resultado se encuentra por debajo del estándar máximo permitido por la circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud que estipula 75 muertes por 100.000 nacidos vivos, el consolidado en COOSALUD EPS es 59 muertes por 100.000 nacidos vivos.

Según la Organización Mundial de la Salud, en 1990, aproximadamente 585.000 mujeres en todo el mundo murieron por causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el puerperio. Sólo 5% de ellas vivían en países desarrollados. En las Américas, el contraste es evidente al comparar la Razón de Mortalidad Materna de países como Canadá y Estados Unidos, que presentan cifras inferiores a 9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con la de países como Guyana y Haití ⁽⁷⁾.

Dada la particularidad del modelo de prestación de servicios de salud del Distrito de Barranquilla, donde las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son brindadas por un prestador único, IPS Universitaria, y que continúan presentándose casos, surge a los investigadores el cuestionamiento de:

¿Cuál es el nivel de la Calidad del programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, en la IPS Universitaria del Distrito de Barranquilla, a las gestantes de COOSALUD EPSS ESS, de enero a diciembre 2012?

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, sus causas en su mayoría son evitables y la han considerado como la máxima expresión de injusticia social, dado que en los países de menor desarrollo económico existen las cifras más altas de muertes maternas; siendo las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por el embarazo, parto y puerperio.

En el mundo cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de esos casos ocurren en países en desarrollo. La mayoría de ellos en África subsahariana y Asia meridional. A pesar de importantes esfuerzos en muchas regiones, entre el año 1990 y el 2010 la razón de mortalidad materna a nivel mundial solo ha disminuido en un 3,1% anual, cifra que está lejos de alcanzar la reducción del 5,5% anual para lograr el Objetivo Desarrollo Mundial (ODM) número 5 “Mejorar la Salud Materna” (8).

A nivel mundial el escenario de la mortalidad materna muestra que países como Irlanda, Suecia, Italia, Israel tiene la razón de mortalidad materna más baja (4 – 7 por 100.000 nacidos vivos); mientras que países como Chad y Somalia reportan razones de mortalidad materna extremadamente altas (1100 y 1000 por cada 100.000 nacidos vivos) seguidos de Sierra Leona (890), Burundi (800) entre otros (8).

La situación epidemiológica de la mortalidad materna en Colombia, según el segundo informe del Observatorio Nacional de Salud para el periodo 1998 - 2011 ha presentado una disminución en las muertes maternas durante las últimas décadas. De acuerdo al procesamiento de los datos de las estadísticas vitales publicadas por el DANE, la razón de mortalidad materna (RMM) promedio en el periodo de 1998 a 2011 fue de 78,2 por 100 000 Nacidos Vivos (n.v). De manera agregada, la RMM disminuyó en Colombia, en el periodo de 1998. Para 1998 la RMM fue de 88,2 y en 2011 de 69,3. En el 2008 se presentó el menor número de casos y la menor RMM (435; 60,8 por 100 000 nacidos vivos) y en el año 2000 se presentó el mayor número de casos y la mayor RMM (766; 101.7 por 100.000 nacidos vivos). La RMM en Colombia presentó una disminución de 3,0% anual (IC 95% 1,8%-4,3%) en el periodo comprendido entre 1998-2011. El departamento que presentó la mayor reducción anual fue Caquetá con 7,8%, seguido por Bogotá 6,4%, Valle del Cauca 5,7%, Norte de Santander 5,6%, Nariño 5,6%, Huila 5,5%, Chocó y

Tolima 5,5%, Boyacá 3,9% y Cundinamarca 3,7%. Antioquia tuvo una reducción más discreta 2,5% menor que el promedio de reducción para el país⁽⁹⁾.

Durante el mismo periodo los departamentos de Chocó, Cauca, La Guajira, Magdalena, Nariño y Caquetá, mantuvieron RMM, por encima de la RMM del país. Para el 2011, el mayor número de muertes absolutas las aportó Bogotá, aunque tiene unas de las menores RMM. El departamento con la menor RMM para 2011, sin tener en cuenta a los que no tuvieron muertes, fue Quindío, seguido por Boyacá, Santander, Tolima, Bogotá, Risaralda, Norte de Santander, Huila, Valle del Cauca y Antioquia, los cuales tuvieron RMM menores al promedio nacional ⁽⁹⁾.

Chocó fue el departamento con la mayor RMM, seguido por los departamentos de Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vichada, La Guajira, Cauca, Guainía, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Vaupés, Nariño y Cesar, los cuales tuvieron razones por encima de las 100 muertes por 100.000 (n.v). Es importante anotar, que para los departamentos como Archipiélago de San Andrés, Vichada, Guainía, Guaviare, Amazonas y Vaupés, la medida de la RMM es muy inestable dada la baja frecuencia del evento y la población pequeña de nacidos vivos que hace parte del denominador en estos sitios. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el resto de departamentos mencionados ⁽⁹⁾.

El control prenatal es un sistema de consulta que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre precozmente a través de la clínica, el laboratorio y la ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse; éste es considerado como una de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio madre e hijo y está demostrado que contribuye a descender la mortalidad materna y perinatal ⁽¹⁰⁾.

En Colombia se estableció como norma para la atención de gestantes la captación temprana después de la primera falla menstrual y antes de la semana 12 de gestación, con consultas mensuales de seguimiento por médico o enfermera hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto ⁽¹⁰⁾.

El Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021, incluye como una prioridad la salud sexual y reproductiva, dentro de ella se cita la importancia de mejorar la cobertura y calidad de la atención en las gestantes, implementar mecanismos que permitan su captación temprana, identificar y tratar riesgos biológicos y psicosociales e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las

embarazadas de zonas rurales y de conflicto armado con el fin de disminuir la tasa de mortalidad materna⁽¹¹⁾.

La salud integral de la madre aun desde la etapa pre concepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, son los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna.

Los indicadores específicos para evaluar el programa de Control Prenatal (CP), se enfatizan en la reducción de la morbimortalidad, orientando a un 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 y de los exámenes de laboratorio y ecografías realizados durante todo el control prenatal.

Aunque la cobertura del control prenatal en Colombia ha aumentado en los últimos años, es frecuente sin embargo, aún hoy día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales de la gestante, el registro o llenado incompleto de las historias y la no aplicación de un proceso completo de educación prenatal.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo con graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia de la administración de las instituciones y a la vez en el actuar médico ⁽¹²⁾.

La razón de mortalidad materna hasta los 42 días post parto para el año 2005 fue de 69,73 y su comportamiento tendía al incremento hasta el año 2007 cuando llego a 71,34; se evidencia un decremento de 10,96 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2008 para luego iniciar un incremento progresivo que la posiciona en 71,64 para el año 2010⁽¹³⁾.

Las hemorragias posparto son el dolor de cabeza de los especialistas, estas deben manejarse antes de que se compliquen y debe haber personal calificado para controlarlas en los lugares donde se atienden partos normales, “y es allí donde está el problema”.

De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son:

- Hemorragia Obstétrica,
- Las Infecciones,
- Síndrome Hipertensivo del Embarazo y
- Enfermedades maternas pregestacionales.

Las fallas de la calidad de la atención se encuentran en la competencia de los profesionales que atienden los partos y la provisión de equipos e insumos necesarios.

Según la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2010 (ENDS)(14), la tasa total de fecundidad pasó de 2.4 hijos en el 2005 a 2.1 (nivel de reemplazo) en el 2010. Entre el 2005 y el 2010, en la zona urbana la tasa bajó ligeramente de 2.1 a 2.0 hijos por mujer pero en la zona rural el descenso fue más notable, de 3.4 a 2.8.

La tasa general pasa de 83 nacimientos por mil mujeres a 74 y la tasa bruta de natalidad de 20 nacimientos por mil habitantes a 18 por mil. Las adolescentes presentan una tasa de 84 nacimientos por mil mujeres. Con relación al año 2005, la fecundidad adolescente en la zona urbana disminuyó de 79 a 73 nacimientos por mil, en tanto que en la zona rural también baja un poco de 128 a 122 nacimientos por mil mujeres.

En cuanto a la fecundidad de las mujeres de 45 a 49 años es la única que no cambia, con relación al 2005(14).

La gran mayoría de la mortalidad materna es evitable, pero muchas veces no tenemos la persona formada con la experticia necesaria en el nivel primario, donde se debe iniciar el manejo adecuado de la complicación.

El problema trasciende a las siguientes variables:

- Edad,
- EG al ingreso del CP,
- Clasificación del Riesgo,
- Peso,
- Talla,
- IMC,
- TA,
- Hemoglobina,
- VDRL y FATBS,
- VIH y Western Blot,
- Parcial de Orina,
- Glicemia, Ecografía y
- No. De Controles prenatales.

El documento de vital importancia en la prestación de los servicios de salud es la Historia Clínica sirve además de fuente de información donde se puede verificar el cumplimiento de la normatividad de la atención en salud.

Con el presente proyecto de grado se pretende establecer un conjunto de estándares e indicadores que permitan conocer los niveles de calidad en términos recursos, procesos y resultados, en las IPS; proporcionando datos que permitan hacer comparativos, identificación y priorización de procesos críticos u observaciones sobre la calidad de la prestación de servicios de salud, que sirvan de base para el desarrollo de procesos de mejora de la calidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la Calidad del programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, a las gestantes de COOSALUD EPSS, en la IPS Universitaria del Distrito de Barranquilla.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar la continuidad y adherencia de las gestantes al programa de detección temprana en la IPS seleccionada

Verificar la oportunidad con la que se prestaron los servicios a las gestantes en el programa de detección temprana del embarazo

Determinar el nivel de accesibilidad de las gestantes del programa evaluado.

Evaluar la seguridad con la cual se prestaron los servicios de detección temprana a las gestantes.

PROPOSITO

El propósito del trabajo investigativo es verificar la atención del Programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo en ejercicio de evaluación de la calidad de la atención en la IPS Universitaria de Barranquilla de enero a diciembre de 2012, y los resultados obtenidos servirán para replantear los modelos de atención definidos e implementar nuevas estrategias de adherencia al programa y guía de atención, disminuyendo los índices de morbimortalidad de la EPS prediciendo complicaciones del parto y del puerperio basándose en brindar cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad.ⁱ

Esta información se presenta como producto final de la presente tesis, convirtiéndose en una articulación de eventos en pro de evaluar el programa y permite generar lluvia de ideas para la implementación de nuevas estrategias.

MARCO TEÓRICO

Calidad del programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo.

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, de educación e información y recurso humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por las usuarias.

Evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud en el CP, corresponde a cumplir las expectativas de las gestantes, estableciendo estándares y evaluando indiscutiblemente los principales componentes de la calidad del servicio, por consiguiente este servicio debe ser:

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 inadecuadamente 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 la gestante llega a tener y luego es muy difícil de modificar.

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 muy largos.

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 trámites innecesarios.

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

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

Seguridad: Ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar 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: En varias citas de control prenatal se debe informar a la materna con un lenguaje sencillo, la educación orientada a los cuidados prenatales, portar consigo en cada cita la carpeta con el carné y fotocopia de los exámenes de control prenatal, signos y síntomas de alarma, reconocer los signos y síntomas premonitorios u otros signos y síntomas de acuerdo a la patología que presente la materna, asesoría en planificación familiar en caso de cesárea urgente, lactancia materna, cuidados del recién nacido, cuidados pos parto, planificación familiar pos parto y el riesgo reproductivo⁽¹⁵⁾.

La consulta tiene una duración mínima de 30 minutos para poder realizar todo el proceso de educación prenatal completo y con calidad, en el que como resultado se debe obtener:

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.

Debe ser obligatoriedad tener en cuenta la Calidad Objetiva y Subjetiva:

La Embarazada solicita una cita de control prenatal, asume la capacidad científica y de información de quien la atiende.

¿Qué factores pueden hacer que la confianza por ese profesional aumente o disminuya?

¿Qué otra cosa están esperando las maternas?

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:

Integridad: Solucionar el problema de la gestante.

Contenido: Hacer todo lo que haya que hacer.

Destreza: Hacerlo bien.

Oportunidad: Hacerlo a tiempo.

Eficiencia: Cuidado de los recursos que se utilizan en el control prenatal

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 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.

Se encuentran también los Resultados: 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.

Comprende 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.

Maternidad Segura

El Estado Colombiano ha orientado diversas estrategias y esfuerzos para reducir el número de muertes en mujeres, originadas por el embarazo, el parto y el puerperio. Al mirar las causas, la mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia, se deben a: hipovolemia, infecciones, trastornos de hipertensión, obstrucción en el parto, o las complicaciones hemorrágicas. La mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social. Es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro, es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

La atención segura e integral requiere: Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales.

De allí la importancia en la creación de paquetes de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el Puerperio y la detección precoz de las complicaciones y la derivación a un nivel de mayor complejidad si lo requieren.

El éxito de estos programas se basa en:

Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas

Asegurar la atención del Parto y el puerperio por personal calificado; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos.

Las IPS que atiendan mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, deben asegurarse previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos, manejo adecuado de

hemorragias, procedimientos de transfusión, crisis hipertensiva y garantía de remisión oportuna y segura.

Toda IPS, debe asegurar su Sistema de Referencia y Contra-referencia

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.

Especialmente la III Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer reconocieron que la salud sexual reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos para el desarrollo.

Colombia cuenta con 32 departamentos, 1.095 municipios y cuatro distritos, incluyendo el Distrito Especial Industrial y Portuario (Barranquilla).

De la población calculada para el año 2005, el 50,55% son mujeres (23.275.804 habitantes), y el 49,45% hombres (22.769.307 habitantes); la proporción de población menor de 15 años es de 31%, la de población adolescente entre 15 y 19 años es de 9,4%, las mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años corresponden al 27,2%, y la de población de 60 años y más alcanza el 7,4%; adicionalmente, el 72,67% reside en las cabeceras municipales y el 27,33% habita en la zona rural.

La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relaciona con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros.

La mayoría de las mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. A pesar de que desde hace varias décadas en Colombia se ha trabajado con iniciativas para la reducción de la mortalidad materna se siguen teniendo cifras altas que se estiman en 104,9 por 100.000 nacidos vivos con diferencias importantes por departamento, por grupo étnico y por condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población entre otras⁽¹⁶⁾.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, pues están en estrecha relación con los determinantes sociales, económicos y demográficos y son el reflejo de la calidad de vida de cada país⁽¹⁶⁾.

Reflexiones Teóricas de los autores:

De acuerdo a la normatividad vigente; 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 ser: 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 2309/02 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.

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, de acuerdo con la resolución 5261/94 del Ministerio de Salud "Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud" y las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.

Oportuna: Deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la usuaria.

Podemos definir de acuerdo al modelo de TANAHASI (17):

ACCESIBILIDAD

Asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo (17).

Reflexiones Teóricas de los autores:

Oportunidad de utilización de los servicios por la ausencia de barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales.

En Colombia, no existe universalidad de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el acceder a este servicio es un valor de solidaridad y compromiso por parte del estado descrito en la carta magna, al igual la participación y buen uso de los servicios va relacionando ampliamente con los valores, creencias y experiencias.

En la actualidad, los países latinoamericanos son reconocidos a nivel mundial por el esfuerzo de crear sistemas sanitarios, para mejorar la eficiencia y equidad de programas de salud.

ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS

Depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros (17).

Reflexiones Teóricas de los autores:

Supeditada a la Calidad de la prestación de los servicios de salud ofertados por el prestador, en la percepción del usuario/paciente/cliente externo de los servicios demandados.

CONTINUIDAD

Entendido como la continuidad de la atención dada por el contacto y adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención (17).

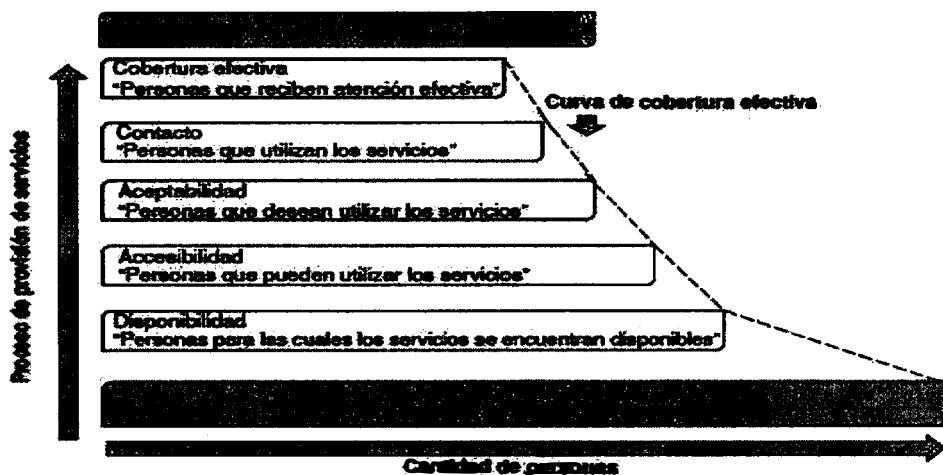
Reflexiones Teóricas de los autores:

Obligación de todo prestador de servicios de salud en conjunto con la entidad responsable del pago garantizar la oportunidad de la prestación de los servicios en función de los servicios demandados por el usuario en su atención en salud.

COBERTURA EFECTIVA

Definida según la siguiente

Figura No. 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad (17).



Fuente: Tanishashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303. Adaptada y traducida al español por los autores, con autorización.

Reflexiones Teóricas de los autores:

Requiere de una oferta de servicios adecuada para la demanda de los servicios de una población, con un modelo de atención definido por el prestador con calidad en pro de seguir mejorando los servicios de salud ofertados, logrando cobertura efectiva de la población adscrita.

Control prenatal en embarazo de bajo riesgo basado en las evidencias

En la actualidad se reconoce, que en su mayor parte, las principales causas de mortalidad materna, fetal y perinatal son prevenibles, mediante una atención prenatal temprana y de alta calidad que permita la identificación y control de los factores de riesgo obstétrico y perinatal; así como a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a los niveles superiores de atención (18).

Asumir qué cuidados prenatales confieren beneficios a la salud, como es previniendo morbilidad y mortalidad materna y perinatal es lógicamente muy complejo (18).

Estudios observacionales y epidemiológicos tienden a mostrar que aquellas mujeres quienes reciben cuidado prenatal tienen más baja morbilidad y mortalidad y mejores productos de la concepción, sobre las que no tienen control o éste es francamente inadecuado en asesoría y consejería prenatal. Estos estudios también tienden a demostrar una asociación entre el número de visitas y/o edad gestacional al inicio del cuidado u la terminación del embarazo después de controlar factores de confusión como la duración del embarazo. Debido a esta sugerencia de efectos, los programas de cuidado antenatal han mostrado la tendencia a aumentar el número de visitas sin considerar el tiempo en el cual las pacientes consultan por primera vez (19).

Recientemente, fuera de las frecuencias de las visitas o el intervalo entre ellas, se ha dirigido la atención a los elementos esenciales que debe contener cada control asegurando que la calidad no debe ser rebajada por la cantidad de visitas, y se sugiere que el cuidado es más efectivo cuando se hacen menos consultas pero muy bien orientadas, basadas especialmente en aquellos elementos del cuidado prenatal que están científicamente comprobados con efectivos y tienen impacto en los resultados finales del embarazo(19).

Reflexiones Teóricas de los autores:

El número de controles prenatales mayor o menor, no minimiza los factores de riesgo, sino, existe una buena calidad de la atención al programa del Control Prenatal, basado en: educación prenatal; identificación de la gestante, información a la gestante y familiares, adherencia al programa.

La importancia de captar a la gestante en el primer trimestre del embarazo permite establecer un mejor control de la gestante en: realización de laboratorios y procedimientos en cumplimiento a la normatividad vigente, Resolución 412 de 2000.

Los siguientes serían los parámetros de orientación que se deben tener en cuenta como contenido de los programas de cuidados prenatal, para las gestantes de bajo riesgo.

En todos los controles prenatales se deben implementar las acciones educativas como:

Alentar la continuidad del control prenatal.

Promoción de la lactancia materna.

Fomentar la anticoncepción posparto para procurar una buena salud sexual y reproductiva o promover la planificación definitiva quirúrgica en caso de cesárea urgente.

El desarrollo de hábitos y conductas favorables para la salud materna y perinatal, así como disuadir al consumo de tabaco, alcohol, fármacos psicoactivos y la automedicación.

Dar atención a la explicación sobre los cambios fisiológicos durante las diferentes etapas del embarazo y puerperio.

Fomentar los cuidados por parto y del recién nacido.

Explicación sobre signos y síntomas de alarma, signos y síntomas premonitorios u otros signos y síntomas de alarma de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el curso del embarazo y llevar a la paciente a un riesgo mayor.

Dar asesoría en prevención del cáncer de cérvix y de mama.

Fomentar el cuidado del carné de control prenatal y de los exámenes de laboratorio y de ecografías para que el control prenatal sea más eficiente.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Estudio Retrospectivo, comparativo en 505 gestantes afiliadas a COOSALUD EPSS y atendidas en la complejidad baja de la IPS Universitaria de Antioquia sede Barranquilla, durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2012.

Fuente de Recolección de la Información: Secundaria

Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB) ver anexo No. 2, 2.1, 2.2

Instrumento para la recolección de la Información:

Plantilla de Auditoria de Salud Familiar SA IPS, del programa de Control Prenatal.

La presente plantilla se encuentra en formato en Excel, de tres (3) formas secuenciales:

Plantilla inicial de evaluación del programa de control prenatal (Resolución 412 de 2000) Ver anexo 2

Plantilla seguimiento de evaluación del programa de control prenatal (Resolución 412 de 2000). Ver anexo 2.1

Plantillas seguimientos posteriores de evaluación del programa de control prenatal (Resolución 412 de 2000). Ver anexo 2.2

Cada fila corresponde a un registro por gestante.

La plantilla inicial corresponde a un formato en Excel de 92 variables, descritas a continuación, en orden secuencial:

Cuatro (4) variables que corresponden a los datos de identificación de la IPS de atención (departamento, municipio, nombre de la ESE/IPS, nombre del auditor y fecha de auditoría)

Diez (10) variables que corresponden a los datos de identificación de la gestante (nombre completo, tipo y # de identificación, dirección de residencia, teléfono, edad)

Dos (2) variables que corresponde a fecha de atención en salud en la ESE/IPS (Fecha de 1era consulta y fecha del último control)

Una (1) variable que corresponde a la Fecha de la Última menstruación

Cuatro (4) variables de cálculo automático por registros de variables anteriores que definen: Edad gestacional al ingreso del programa de control prenatal, Trimestre de inicio del control prenatal, Fecha probable de parto y la Edad gestacional en tiempo real.

Dieciséis (16) variables a saber: Clasificación del riesgo, Otra patología asociada, antecedentes ginecoobstetricos (G= Gestación; P=Partos; A=Abortos; C=Cesárea; V=Vivo; M=Mortinato), Peso, Talla, Calculo automático del IMC (Índice de Masa

Corporal) y clasificación del IMC, Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca Fetal y Altura Uterina.

Veinticuatro (24) variables que corresponde a la fecha y resultado de los laboratorios: Hemograma (Hemoglobina, Hematocrito y Leucocitos), Toxoplasma, Hemoclasificación Mujer y Hombre, VDRL, Consejería VIH, VIH, Hepatitis B, Parcial de Orina y Glucemia.

Tres (3) variables que corresponden al laboratorio de Urocultivo (fecha, resultado, diagnóstico)

Cuatro (4) variables que corresponden al laboratorio de Frotis vaginal (fecha, resultado, diagnóstico, tratamiento)

Tres (3) variables que corresponden al procedimiento de Ecografía (fecha, anormal/normal, edad gestacional)

Dos (2) variables que corresponden al laboratorio de Citología (fecha, resultado)

Tres (3) variables que corresponden a esquema completo para Tétano Diftérico (esquema completo, fecha, # de dosis aplicada)

Tres (3) variables que corresponden a Formulación de Micronutrientes (hierro, Ácido fólico, Calcio)

Dos (2) variables que corresponden a Educación (signos de alarma, lactancia materna)

Una (1) variable de odontología

Una (1) variable # de controles prenatales

Cuatro (4) variables de cálculo automático (# de variables registradas por el prestador, # total de variables para calidad del programa, %, interpretación)

Cinco (5) variables a criterio del auditor (Plan de mejora, remisión por anemia, por clasificación del IMC, Remisión por laboratorio, observaciones)

La plantilla de seguimiento le sigue a la anterior que corresponde a 77 variables, descritas a continuación, en orden secuencial:

Una (1) variables que corresponden a la fecha de seguimiento de la auditoría

Dos (2) variables que corresponde a la toma del peso (Fecha y valor)

Tres (3) variables de cálculo automático por registros de variables anteriores que definen: Talla, IMC, Clasificación IMC

Seis (6) variables que corresponde a la fecha y dato de: Tensión Arterial, Altura Uterina y Frecuencia Cardíaca Fetal

Una (1) variable de educación a la gestante

Una (1) variable clasificación del riesgo

Ocho (8) variables que corresponde a la fecha y resultado de los laboratorios: Hemograma (Hemoglobina, Hematocrito y Leucocitos), Toxoplasma Ig M,

Seis (6) variables que corresponde a la fecha, resultado y tratamiento de laboratorios confirmatorios: VDRL/FTABS, Western Blot

Cuatro (4) variables que corresponde a la fecha y resultado de los laboratorios:
Parcial de Orina y Glucemia

Tres (3) variables que corresponden al laboratorio de Urocultivo (fecha, resultado, diagnóstico)

Cuatro (4) variables que corresponden al laboratorio de Frotis vaginal (fecha, resultado, diagnóstico, tratamiento)

Tres (3) variables que corresponden al procedimiento de Ecografía (fecha, anormal/normal, edad gestacional) II Trimestre

Dos (2) variables que corresponde a fecha y resultado del Test de O-SULLIVAN

Tres (3) variables que corresponden al procedimiento de Ecografía (fecha, anormal/normal, edad gestacional) III Trimestre

Dos (2) variables que corresponde a remisión a otro nivel de complejidad (remite IPS, remite auditor)

Una (1) variable que corresponde a valoración por el especialista del programa

Dieciocho (18) variables que corresponden a patología importantes en el momento de la auditoria, a saber: Sífilis, VIH, Toxoplasma, Hipertensión Inducida por el embarazo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus

Cuatro (4) variables de cálculo automático (# de variables registradas por el prestador, # total de variables para calidad del programa, %, interpretación)

Cinco (5) variables a criterio del auditor (Plan de mejora, remisión por anemia, por clasificación del IMC, Remisión por laboratorio, observaciones)

Cinco (5) plantillas de seguimientos posteriores le siguen a la anterior que corresponde a 14 variables por cada plantilla de seguimiento, descritas a continuación, en orden secuencial:

Una (1) variables que corresponden a la fecha de seguimiento de la auditoria

Dos (2) variables que corresponde a la toma del peso (Fecha y valor)

Tres (3) variables de cálculo automático por registros de variables anteriores que definen: Talla, IMC, Clasificación IMC

Tres (3) variables que corresponde al dato de: Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca Fetal y Altura Uterina.

Tres (3) variables que corresponden a Formulación de Micronutrientes (hierro, Ácido fólico, Calcio)

Una (1) variable que corresponden a Educación a la gestante

Una (1) variable a criterio del auditor (observaciones)

Análisis y procesamiento de los datos:

Teniendo en cuenta la fuente e Instrumento para la recolección de la Información por parte del equipo básico de la EPSS, corresponde a una hoja de Excel versión 97-2003.

De igual forma los autores realizaron evaluación, análisis e interpretación desde una hoja de Excel de acuerdo a la fuente suministrada, encontrándose lo siguiente:

Tabla No. 1. Verificación de los registros programa Detección Alteraciones del Embarazo y Partos de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.

	Control Prenatal	%
	505	68,43%
Duplicidades	232	31,44%
	41	0,14%
Total de Registros	738	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

De total de registros suministrados solo el 68.43% (505), fueron objeto de evaluación, análisis e interpretación para la el presente proyecto de grado.

Presentación: Tablas**Análisis:**

Instrumento de evaluación del programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, de acuerdo a lo establecido en la norma técnica de la Resolución 412 de 2000. En Microsoft Excel, se definen en forma horizontal lo requerido por la norma y se coloca de color verde, de igual forma se encuentran en color violeta variables definidas que para la IPS son de vital importancia y las de color azul son de cálculo automático.

Definición de variables:

Continuidad	Número de Controles Prenatales	Socio Cultural	No. de veces en que la Gestante acude para revisión por medicina y/o enfermería en el Control Prenatal	Cuantitativa	Interval	<6 CP >=6; <=8 CP >8 CP Sin registros	Riesgo Alto Riesgo Bajo Riesgo Bajo
Oportunidad	Trimestre de Ingreso a Control Prenatal	Socio Cultural	Trimestre de gestación al momento de su ingreso en el programa	Cualitativa	Ordinal	I Trim II Trim III Trim Sin registros	Riesgo Bajo Riesgo Bajo Riesgo Alto
Accesibilidad	EDAD	Socio demográfica	Número de años cumplidos desde el nacimiento	Cuantitativa	Interval	< 14 años >=14; <=18 >=19; <=35 >35 años	Riesgo Alto - Abuso Sexual Riesgo Alto Riesgo Bajo Riesgo Alto

Pertinencia Seguridad	IMC (Índice de masa corporal)	Fisiológica	Relación entre peso en Kg y Talla en cm, Clasifica el estado nutricional del individuo	Cuantitativa	Ordinal	Bajo Peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III	Riesgo Alto Riesgo Bajo Riesgo Alto Riesgo Alto Riesgo Alto Riesgo Alto
	Anemia	Fisiológica	Diagnóstico presuntivo por Hemoglobina menor de 12 mg/dl	Cualitativa	Nominal	Si No	Riesgo Alto Riesgo Bajo
	Glicemia	Fisiológica	Es un examen que mide la cantidad de glucosa en una muestra de sangre. La glucosa es la fuente más importante de energía para la mayoría de las células del cuerpo, incluidas las del cerebro.	Cuantitativa	Nominal	Normal Anormal	Riesgo Alto Riesgo Bajo Riesgo Alto
	Parcial de Orina	Fisiológica	Consiste en un examen general de orina, también llamado análisis de orina, es una serie de exámenes cito químico sobre la orina, constituyendo uno de los métodos más comunes de diagnóstico médico para patologías urinarias.	Cualitativa	Nominal	Normal Anormal	Riesgo Bajo Riesgo Alto

Cronograma de actividades							
Oportunidad Pertinencia Seguridad	Clasificación del Riesgo	Socio Cultural	Definición del riesgo de acuerdo a la valoración CLAP y/o biopsicosocial	Cualitativa	Nominal	Bajo Alto Sin registros	Riesgo Bajo Riesgo Alto
	Sífilis	Diagnóstica	Es una prueba diagnóstica empleada para detectar anticuerpos de treponema pallidum, causante de una enfermedad venérea (sífilis). Y Confirmar su diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Sí No	Riesgo Alto Normal
	VIH	Diagnóstica	Prueba diagnóstica empleada para el diagnóstico de VIH (significa "virus de la inmunodeficiencia humana"). Y Confirmar su diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Sí No	Riesgo Alto Normal
	Ecografía	Diagnóstica	Prueba diagnóstica empleada en el campo de la Ginecoobstetricos que consiste en la visualización del sistema reproductivo femenino (útero, trompas de Falopio y ovarios), muestra el desarrollo y bienestar fetal	Cualitativa	Nominal	Normal Anormal	Normal Riesgo Alto

CRONOGRAMA

	nov-12	dic-12	ene-13	feb-13	mar-13	abr-13	may-13	jun-13	jul-13	ago-13	sep-13	oct-13	nov-13	dic-13	ene-14	feb-14	mar-14	abr-14	may-14	jun-14	jul-14	ago-14
Presentación del Anteproyecto:																						
Aprobación del Anteproyecto:																						
Revisión y Estructuración del Marco Teórico:																						
Ejecución de la propuesta:																						
Análisis de la Información:																						
Elaboración de la Tesis:																						
Presentación de Tesis:																						

PRESUPUESTO

Recurso Material				
Descripción	Valor Unitario	Cantidad	Costo Total	Responsable del Costo
Fotocopias Revisión Bibliográfica	\$ 70	890	\$ 62.300	Arlis Ruiz M
Fotocopias Revisión Bibliográfica	\$ 70	3569	\$ 249.830	Burton Barrera N
Fotocopias Revisión Bibliográfica	\$ 70	500	\$ 35.000	Caterine Molinares
Impresión	\$ 200	4280	\$ 856.000	Burton Barrera N
Lapiceros	\$ 500	11	\$ 5.500	Burton Barrera N
Libretas	\$ 2.500	5	\$ 12.500	Burton Barrera N
Internet	\$ 1.000	5000	\$ 5.000.000	Burton Barrera N
Resma Carta	\$ 22.000	10	\$ 220.000	Burton Barrera N
			\$ 6.441.130	

Recurso Humano				
Descripción	Cantidad	Remuneración Mensual	Costo Total	Responsable del Costo
Coordinador Líder	1	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000	Salud Familiar SA IPS
Coordinador Equipo Básico	9	\$ 1.700.000	\$ 15.300.000	Salud Familiar SA IPS
Director Médico	1	\$ 4.750.000	\$ 4.750.000	Salud Familiar SA IPS
Asesores	2	\$ 3.500.000	\$ 7.000.000	CONSULSOFTSALUD SAS
			\$ 30.050.000	

Viáticos						
Nombre del Investigador	Cantidad de Veces por lugar	Valor Desplazamiento día	Lugar	No. IPS a visitar	No. Meses objeto de visita	Costo Total
Arlis Ruiz M	1	\$ 500.000	IPS Universitaria Barranquilla	15	8	\$ 60.000.000
Burton Barrera N	1	\$ 500.000	IPS Universitaria Barranquilla	15	8	\$ 60.000.000
Caterine Molinares	1	\$ 500.000	IPS Universitaria Barranquilla	15	8	\$ 60.000.000
						\$ 180.000.000

Alimentación						
Nombre del Investigador	Cantidad de Veces por lugar	Valor Alimentación día	Lugar	No. IPS a visitar	No. Meses objeto de visita	Costo Total
Arlis Ruiz M	1	\$ 25.000	IPS Universitaria Barranquilla	15	8	\$ 3.000.000
Burton Barrera N	1	\$ 25.000	IPS Universitaria Barranquilla	15	8	\$ 3.000.000
Caterine Molinares	1	\$ 25.000	IPS Universitaria Barranquilla	15	8	\$ 3.000.000
						\$ 9.000.000

PRESUPUESTO TOTAL	
Recurso Material	\$ 6.441.130
Recurso Humano	\$ 30.050.000
Viáticos	\$ 180.000.000
Alimentación	\$ 9.000.000
	\$ 225.491.130

RESULTADOS

Los registros disponibles en la plantilla descrita como fuente de información para el presente estudio, constaba de 738 registros, sin embargo, al realizar la depuración de los datos, sólo 505 de ellos fueron objeto de análisis. Resumidos a Duplicidades de registros de gestantes el 31.44% (232 registros), sin registros el 0.14% (1).

Para la vigencia 2012, COOSALUD EPS contaba con 850 gestantes detectadas y activas en el distrito de Barranquilla, solo el 59.41% (505) gestantes fueron atendidas en la IPS Universitaria de Antioquia sede Barranquilla para la vigencia 2012; de las cuales 72.48% (366) son de Alto Riesgo Obstétrico; 24.55% (124) son de Bajo Riesgo Obstétrico y un 2.97% sin registro de clasificación.

El no cumplimiento de la meta en el 100% puede atribuirse a la poca cantidad del recurso humano y la dispersión de los pasos y caminos de la IPS Universitaria de Antioquia en la ciudad de Barranquilla.

Tabla No. 2. Continuidad de la Prestación de los servicios del programa Detección Alteraciones del Embarazo y Partos de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.

Controles Prenatales	Registros	%
>=6 - <= 8	15	2,97%
Sin registros	0	0,00%
Total	505	100%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

De las 505 Gestantes con registros activos en la vigencia 2012, el 83.96% de las Gestantes cuentan con menos de seis (6) controles prenatales, el 13.07% cuenta con más de ocho (8) Controles Prenatales y solo el 2.97% tiene controles prenatales entre seis (6) y ocho (8).

No existe cumplimiento de la normatividad, toda vez, que se establece un control por mes y uno cada 15 días después de la semana 36, teniendo un déficit del 83.96% de las Gestantes adheridas al programa de control prenatal menor a seis (6) controles.

Tabla No 3. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia por FUM, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.

CAPTACION POR FUM	REGISTROS	%
II Trimestre	182	36,04%
Sin registro de FUM	51	10,10%
Total	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

La oportunidad de la captación de la Gestante en el I trimestre del embarazo por FUM, fue del 46.93% (237 gestantes).

Captadas en II Trimestre del embarazo por FUM, fue del 36.04% (182 gestantes).

Captadas en III Trimestre del embarazo por FUM, fue del 6.93% (35 gestantes).

Y con registros sin FUM, del 10.10% (51 gestantes).

La Captación de la Gestante en el I trimestre solo del 46.93% (237), correlacionado con la poca adherencia al programa en menos de 6 controles, que corresponde al 83.96% (Tabla No. 2)

Tabla No 4. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, por Ecografía, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012.

CAPTACION POR ECO	REGISTROS	%
I Trimestre	8	15,69%
II Trimestre	15	29,41%
III Trimestre	7	13,73%
Sin registro de FUM	21	41,18%
TOTAL	51	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

De las 51 Gestantes sin registros de FUM, se tomaron por Edad Gestacional (EG) del reporte de Ecografía, cruzado con la fecha del primer control prenatal, encontrándose:

Que el 15.69% (8 gestantes) fueron captadas en el I trimestre. En el II Trimestre del embarazo la captación por Ecografía, fue del 29.41% (15 gestantes). Captadas en III Trimestre del embarazo por Ecografía, fue del 13.73% (7 gestantes).

Y con un número importante de registros sin Ecografía, del 41.18% (21 gestantes). No existe el seguimiento a la Gestante como programa de riesgo, toda vez, que se demuestra que el profesional al desconocer la FUM, debe remitir a la usuaria para realización de Ecografía y hacer seguimiento para que le realicen el procedimiento del mismo, encontrándose que el 41.18% (21) Gestantes sin Ecografía.

Tabla No 5. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, por FUM y Ecografía, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012

CAPTACION POR FUM y ECO	REGISTROS	%
I Trimestre	245	48,51%
II Trimestre	197	39,01%
III Trimestre	42	8,32%
Sin registro de FUM o Eco	21	4,16%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

Al consolidar la captación tanto por FUM como por ecografía, se presenta que el 48.51% (245 gestantes) fueron captadas en el I trimestre; Captadas en II Trimestre del embarazo 39.01% (197 gestantes); y Captadas en III Trimestre del embarazo, 8.32% (42 gestantes). El número de registros sin FUM o Ecografía como captación fue del 4.16% (21 gestantes).

Corroborado por la verificación de FUM + Ecografía, No existe el seguimiento a la Gestante como programa de riesgo, toda vez, que se demuestra que el profesional desconoce información de sus gestantes, de acuerdo al poco registro en las plantillas de seguimiento posteriores verificados por el equipo básico.

Tabla No 6. Clasificación del Riesgo en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012

Clasificación Riesgo	REGISTROS	%
Alto Riesgo Obstétrico (ARO)	366	72,48%
Bajo Riesgo Obstétrico (BRO)	124	24,55%
Sin Riesgo	15	2,97%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

El 72.48% de las Gestantes que asistieron al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo en IPS Universitaria durante el 2012 fueron clasificadas como Alto Riesgo Obstétrico; el 24.55% como Bajo Riesgo Obstétrico.

El 97.03% de las Gestantes para la vigencia 2012, contaban con la Clasificación del Riesgo materno, y el hecho que la mayor proporción corresponda a ARO conlleva a la intensificación de actividades para lograr la adherencia de estas pacientes, dada la mayor probabilidad de presentación de complicaciones que pudieran comprometer la salud del binomio madre hijo.

Tabla No 7. Oportunidad de Captación de las Gestantes del programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, por Altura Uterina, Barranquilla, Enero – Diciembre 2012

CAPTACION POR ALTURA UTERINA	REGISTROS	%
I Trimestre	0	0,00%
II Trimestre	11	52,38%
III Trimestre	6	28,57%
Sin registro de FUM o Eco o AU	4	19,05%
TOTAL	21	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

De las 21 Gestantes sin registros de FUM, ni Ecografía; se tomaron por Altura Uterina (AU), cruzado con la fecha del primer control prenatal, encontrándose: Que el 0% (0 gestantes) fueron captadas en el I trimestre; Captadas en II Trimestre del embarazo, fue del 52.38% (11 gestantes); Captadas en III Trimestre del embarazo, fue del 28.57% (6 gestantes). Y un número de registros sin AU, del 19.04% (4 gestantes).

Al no existir la información de Gestantes frente a las variables FUM y Ecografía para captación en el I Trimestre, se tomaron los registros de Altura Uterina (AU), teniendo en cuenta la regla de Mc Donald, no obteniendo resultado para captación del I trimestre basándose en la palpación del útero grávido se logra a partir de la semana 7 y 8.

Regla Mc Donald:

$$AU \text{ cm} \times 8 = A/7 = EG \text{ semanas}$$

Tabla No 8. Accesibilidad de las Gestantes por edad al programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012

Grupo Etario	REGISTROS	%
<14 años	4	0,79%
>=14 – <=18 años	60	11,88%
>18 – <=35 años	414	81,98%
>35 años	20	3,96%
Sin Registro	7	1,39%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

Embarazos en edades extremas:

Gestantes menor de 18 años el 12.67% (64 Gestantes); de las cuales cuatro (4), 0,79% menor de 14 años. La plantilla no contempla datos de registro que estas usuarias fueron reportadas como abuso sexual

Mayores de 35 años el 3.96% (20 Gestantes).

Sin registros de edad siete (7) Gestantes.

En el año 2012, COOSALUD EPS presentó:

1. Gestante Adolescentes (60)
2. Gestantes con abuso sexual (4)
3. Gestantes añosa (20)

Tabla No. 9. IMC de las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012

IMC	REGISTROS	%
Bajo peso	68	13,47%
Normal	238	47,13%
Sobrepeso	61	12,08%
Obesidad I	34	6,73%
Obesidad II	7	1,39%
Obesidad III	2	0,40%
Sin registro	95	18,81%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

De acuerdo a la toma del peso y talla de las Gestantes se pudo determinar el riesgo de las mismas por la clasificación del IMC, así:

Gestantes de Bajo Peso el 13,47% (68);

En Sobrepeso el 12,08% (61);

Obesas el 8.51% (43);

Sin registros el 18.81% (95)

Tabla No 10. Anemia en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

ANEMIA	REGISTROS	%
SI	177	33,47%
NO	165	32,67%
Sin registro	173	34,86%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

Para este indicador se estableció que una gestante con niveles de Hemoglobina por debajo de 12 mg/dl presentaba anemia. El 33.47% de las gestantes del estudio presentó esta condición.

La fuente de información no determina las posibles causas de la misma, sin embargo la proporción de anemia en las embarazadas es importante.

Tabla No 11. Nivel de Glicemia en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

Nivel de Glicemia	REGISTROS	%
Equilicemia	1	0,22%
Hipoglicemia	40	7,92%
Hiperglicemia	10	1,98%
Sin registro	454	89,90%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

El 89.90% de las Gestantes no les fue realizada prueba de Glicemia. Del total de las gestantes a las que si se les realizó prueba de glicemia, sólo el 0,22% presentaba valores normales. La mayor proporción de valores anormales correspondió a hipoglicemia (7,92%)

Este resultado de gestantes sin realización de prueba de glicemia genera una alta preocupación ya que, con ello, no existe forma de detectar Diabetes Gestacional; el

9.9% con resultados de Glicemia anormales, mas no existe pruebas de tolerancia a la glucosa, no existe seguimiento a la gestante en riesgo.

Tabla No 12. Uro análisis en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

Uro análisis	REGISTROS	%
Normal	21	23,96%
Anormal	97	19,21%
Sin registro	287	56,83%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

El 56.83% de las Gestantes no les fue realizado uroanálisis dentro del programa. Dentro de las gestantes a las que si les fue realizado, el 45% presentó resultados anormales

De acuerdo a la norma se debe realizar un Parcial de Orina por trimestre a cada Gestante, o sea, deberían existir 1515, de los cuales solo existe 218 que corresponde al 14.38%.

Tabla No 13. VDRL en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

VDRL	REGISTROS	%
No Reactivo	34	68,32%
Reactivo	3	0,59%
Sin registro	157	31,09%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

El 68.32% de las Gestantes con VDRL No Reactivo; el 0.59% con VDRL Reactivo. El 68.91% de las Gestantes para la vigencia 2012, contaban con prueba de VDRL. De estas gestantes con prueba VDRL positivas, no se encontró en los registros evidencia de realización de prueba de FTA-ABS.

Es necesario el seguimiento a las pacientes reactivas y la realización del VDRL a las que no se han realizado, dada la incidencia de sífilis congénita en nuestro país y la oportunidad de tratamiento para el nacimiento de un producto sano

Tabla No 14. Tamizaje VIH en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

VIH (ELISA)	REGISTROS	%
POSITIVO	5	0,99%
NEGATIVO	245	48,51%
Sin registro	259	51,29%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

Tabla No 15. Ecografía I trimestre en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

Ecografía I trimestre	REGISTROS	%
Normal	5	0,99%
Anormal	229	45,35%
Sin registro	271	53,66%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

El 45.35% con Ecografías Anormales, solo un 0.99% con Ecografías Normales y un 53.66% sin ecografías en el I Trimestre del embarazo. Desafortunadamente no se consigna en la fuente de información el tipo de anomalía ecográfica que permita un análisis más detallado.

Continúa siendo alta la proporción de gestantes a las que no se realizan pruebas mandatorias, acorde con la normatividad, lo cual tiene sus implicaciones en el resultado final del proceso de gestación, ya sea con la madre (Morbi mortalidad materna) o con el hijo (Morbi mortalidad infantil)

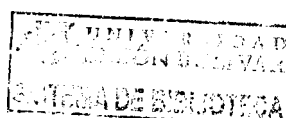


Tabla No 16. Ecografía II trimestre en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

Ecografía II trimestre	REGISTROS	%
Normal	36	7,13%
Anormal	0	0,00%
Sin ecografía	469	92,87%
TOTAL	505	100,00%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

El 7.13% con Ecografías normales y el 92.87% sin ecografías en el II Trimestre del embarazo.

Falta de seguimiento por parte de los profesionales en la revisión de la trazabilidad de la atención de la Gestante.

Tabla No 17. Ecografía III trimestre en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012.

Ecografía III trimestre	REGISTROS	%
Normal	8	1,58%
Anormal	0	0,00%
Sin ecografía	497	98,42%
TOTAL	505	100%

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

Las Gestantes con Ecografías del III trimestre presentan: el 1.58% Ecografías normales y el 98.42% sin ecografías en el III Trimestre del embarazo.

Falta de seguimiento por parte de los profesionales en la revisión de la trazabilidad de la atención de la Gestante.

Tabla No 18. Trimestre de captación según Edad en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012

Trimestre	Edad				TOTAL
I Trim	3	34	188	9	234
II Trim	0	2	17	7	26
III Trim	0	6	25	4	35
TOTAL	3	42	230	20	295

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

El 71.28% fue captada en el I trimestre de la Gestación en el intervalo de 18 – 35 años, la captación más baja del 0.6% en menores de 14 años, seguido del 3.96% en mayores de 35 años y 13.26% en el intervalo 14 – 17 años.

En referencia a la clasificación del riesgo de las gestantes por la edad, se puede constatar por los resultados que las edades extremas de las gestantes menores de 14 años y mayores de 35 años la captación al programa fue del 4.56%, oportuna teniendo en cuenta que para menor de 14 años fue del 100% y para mayor de 35 años, mientras que en los grupos restantes de edad estuvo alrededor del 50% en total.

Tabla No 19. Número de controles prenatales según edad en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012

Edad					
	<6 años	6-12 años	13-17 años	>35 años	TOTAL
<6	3	47	354	17	421
6-12	0	0	1	3	4
>8	0	0	0	0	0
Sin Registrar	0	0	78	1	79
TOTAL	3	47	433	21	504

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

En todos los grupos etarios los controles prenatales fueron insuficientes el 83.33% solo tuvo menos de 6 controles, 0% no tuvo más de 8 controles, existe información sesgada del 15.64% por no tener registros y el 0.99% corresponde de 6 a 8 controles.

El número de controles en la muestra universal, no cumple la normatividad vigente identificándose fallas en la pertinencia, continuidad y accesibilidad al programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo.

Tabla No 20. Estado Nutricional según edad en las Gestantes de COOSALUD EPS en el programa Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012

	Edad				
	15-24 años	25-34 años	35-44 años	≥45 años	TOTAL
Bajo Peso	0	14	49	3	66
Sobrepeso	0	4	54	3	61
Obesidad Tipo I	0	0	21	2	23
Obesidad Tipo II	0	0	6	1	7
Sin Registro	0	16	74	9	99
TOTAL	3	69	406	21	505

Fuente: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB), Atlántico año 2012

A medida que aumenta la edad existe la predisposición de un estado nutricional de las gestantes fuera de lo normal, entendiéndose como un factor de riesgo para la aparición de complicaciones del embarazo.

Tabla No 21. Evaluación de calidad del programa de Detección Alteraciones del Embarazo de la IPS Universitaria de Antioquia, Barranquilla Enero – Diciembre 2012

DEFINICION CALIDAD DE LA ATENCION CONTROL PRENATAL

CONCEPTO	%	SEMAFORO
BUENA CALIDAD	>90%	
REGULAR CALIDAD	80% - 90%	
MALA CALIDAD	≤80%	

VARIABLE	VALOR	EVALUACION
CONTINUIDAD		
CAPTACION I TRIMESTRE	49%	
CLASIFICACION I		
HEMOGRAMA	66%	
GLUCEMIA		
UROANALISIS	43%	
VIH		
VIH	49%	
ECOCARDIOGRAFIA		

Fuente: Reflexiones teóricas de los autores

Teniendo en cuenta el semaforizado establecido por la calidad de la atención en cumplimiento de la normatividad vigente Resolución 412 de 2000, se califica a la IPS Universitaria con sede en Barranquilla con las variables definidas anteriormente para el programa de Detección Temprana de las Alteraciones del embarazo de mala calidad, por incumplimiento a los atributos de calidad en Continuidad, Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia y Seguridad.

Sugerimos muy respetuosamente a la IPS, cumplimiento de la Ley 1164 de 2007, ya que de esta manera fortalece el conocimiento continuo de los profesionales idóneos en la atención de la gestante.

Contemplan la lluvia de ideas entre los profesionales de la salud haciéndolos partícipes de las decisiones Gerenciales de la IPS.

DISCUSION

La adherencia del control prenatal definida en los resultados por el número de controles no es satisfactoria, toda vez que el mayor porcentaje se estableció en menos de seis (6) controles. O sea, no hay cumplimiento de los atributos de calidad en referencia a la Continuidad y Pertinencia de los servicios de salud definidos por la Resolución 412 de 2000.

Comparando con una Tesis de grado: Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta nacional de salud 2007⁽²⁰⁾. Investigación basada en el comportamiento de la gestante de acuerdo al régimen en el año 2007, y la presente investigación del año 2012, se comprueba

que para el régimen subsidiado el índice de control prenatal como adherencia al programa es baja.

De los 505 registros analizados y verificados, la captación del control prenatal en el I Trimestre por Fecha de la Última Menstruación, Altura Uterina y Ecografía fue satisfactoria, comparado con una Tesis de grado: Evaluación del programa de Control Prenatal en la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur. Primer nivel noviembre 2007 en Apartado, Antioquia ⁽²¹⁾. Investigación basada en la atención en salud del Programa del Control Prenatal, se comprueba satisfacción de la captación de la gestante en el I Trimestre del embarazo.

La clasificación del riesgo a las gestantes por parte del profesional de atención del prestador establece que el mayor % se registra por Gestantes de Alto Riesgo, comparándolo a la Tesis de grado: Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta nacional de salud 2007 ⁽²⁰⁾; no existe diferencia significativa toda vez que la clasificación la define por las edad extremas.

La accesibilidad de los servicios de salud al Control Prenatal determinada por la edad de la gestante, para el grupo etario considerado sin riesgo fue el más satisfactorio, pero se evidenció en el proyecto de grado gestantes en edades extremas y abuso sexual para menores de 14 años.

Comparándolo a la Tesis de grado: Prevalencia de Embarazo en Adolescente en la ESE Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta, en los años 2008- 2009 ⁽²²⁾; solo describen la variable edad para las adolescentes menores de 18 años, no hace referencia al abuso sexual.

La clasificación del Índice de Masa Corporal en la Gestante, como determinante de factor de riesgo de la madre y el crecimiento del producto en el presente proyecto de grado se observó un predominio de peso normal en la mitad de las gestantes que contaban con registros clínicos; un número significativo de IMC menor a 24 y mayor a 30. En relación a la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 4 • 2005 • (281 - 287). Evaluación Nutricional en un grupo de adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia. Estudio de Corte Transversal. Edgar Rivas-Perdomo, M.D.*, Ruth Álvarez, M.D**, Gloria Mejía***, su evaluación se basó en 18 pacientes que recordaban su peso antes de la gestación ⁽²³⁾.

La evaluación de las Gestantes con Anemia, con Hemoglobina menor a 12 mg/dl, existe un predominio de la tercera parte con registros clínicos de anemia en el presente proyecto de grado. En relación a la Revista Colombiana de Obstetricia y

Ginecología Vol. 56 No. 4 • 2005 • (281 - 287). Evaluación Nutricional en un grupo de adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia. Estudio de Corte Transversal. Edgar Rivas-Perdomo, M.D.*, Ruth Álvarez, M.D**, Gloria Mejía***, define la anemia con valores de hemoglobina menor a 11 mg/dl. (23).

Para Diabetes Gestacional, con valores de glucemia alterados por encima de 110 mg/dl, en el presente estudio no se evidenció diagnósticos de Diabetes o pruebas complementarias a la alteración de la glucemia. Teniendo como referente a la Revista de Posgrado de la vía Catedra de Medicina – N° 152 – Diciembre 2005 Pág. 23-27. Diabetes Gestacional. La Diabetes Gestacional es una entidad que genera mayor riesgo feto-neonatal, teniendo como característica ser sintomática en la madre. Por esta razón es importante el conocimiento de los factores de riesgo para realizar la detección y diagnóstico de DG y poder de esta manera instaurar el tratamiento y seguimiento multidisciplinario de la mujer embarazada, a fin de disminuir la morbilidad materna y perinatal. Cabe resaltar la importancia de la reclasificación posparto puesto que un porcentaje de mujeres tienen mayor probabilidad a desarrollar diabetes gestacional en el próximo embarazo y predisposición en el futuro de desarrollar diabetes mellitas tipo II, razón por la cual se insiste en el seguimiento de dichas pacientes (24).

En la evaluación de la realización de los uro análisis en las gestantes como prueba de laboratorio determinante para buscar infección del tracto urinario, enfermedad causante de la hospitalización prolongada de las gestantes en predisposición de la Amenaza de Parto Prematura y Ruptura Prematura de Membranas, se demuestra que del 100% de las gestantes objeto del presente estudio, solo la cuarta parte cuenta con uro análisis patológicos y la mitad no cuenta con uro análisis realizados. En relación a Mantenimiento de la salud de la mujer embarazada. RICARDO ALVARADO BESTENE. Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (2): 237-261, abril-junio, 2009. Ministerio de la Protección Social (Acuerdo 117 de 1998): recomienda el uro análisis en la primera visita y repetirlo cada trimestre y, si es anormal, solicitar el uro cultivo y antibiograma necesarios (25).

En la Detección Oportuna de la Sífilis Gestacional en el presente estudio, se evidencia el predominio de VDRL No Reactivo, con un mínimo porcentaje de VDRL Reactivos solo tres (3), de los cuales no existen registros de confirmación del mismo con prueba FTA-ABS. En relación a Mantenimiento de la salud de la mujer embarazada. RICARDO ALVARADO BESTENE. Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (2): 237-261, abril-junio, 2009. Ministerio de la Protección Social (Acuerdo 117 de 1998): La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita. El control adecuado incluye la búsqueda, el tratamiento y el seguimiento oportuno de la enfermedad, con

educación para la prevención, la detección, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación (25).

En la Detección Oportuna de la Infección del VIH en la Gestante, con el fin de evitar la transmisión vertical y brindar oportunamente tratamiento antirretroviral, asegurando la fórmula láctea del lactante y evitando la lactancia materna, la mitad de las gestantes en el presente estudio no contaban con registros clínicos evidentes de ordenamiento del laboratorio, la otra mitad con resultado negativo y solo una (1) paciente con prueba Elisa Positiva, sin evidencia de realización del WESTERN BLOT. En el Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia 2011 – 2015. Define como línea estratégica y actividad general: Capacitar a los grupos de base comunitaria para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida, con énfasis en los grupos de gestantes, mujeres con intención reproductiva y sus parejas (26).

Con respecto a la evaluación de la Calidad de la atención del programa del Control Prenatal, teniendo como premisa la Resolución 412 de 2000⁽¹⁰⁾, se determinó en el presente estudio ser de Mala Calidad, consecuencia de la falta del cumplimiento establecido por la ley 1164 de 2007 (27).

CONCLUSIONES

Déficit en la adherencia de las Gestantes al Control Prenatal, en menos de seis (6) controles, motivado por la falta de compromiso y desconocimiento de los profesionales en el seguimiento al cumplimiento de la normatividad vigente Resolución 412 de 2000.

Cumplimiento del Indicador Captación en el Primer Trimestre del Embarazo, determinado por la primera consulta al programa de Control prenatal y complementado con: Fecha de la Última Menstruación, Altura Uterina y Ecografía.

Gestantes clasificadas como Alto Riesgo para las edades extremas, establecidas por el médico general sin tener la revaloración por el especialista

Falta de compromiso en la Notificación de eventos de interés en Salud Pública (Abuso Sexual) por parte del prestador, teniendo durante el año 2012, cuatro (4) gestantes menores de 14 años

Un buen examen físico, que incluya la toma del peso y la talla a la gestante determina un Índice de Masa Corporal, que puede ser controlado bajo la interconsulta de Nutrición.

La gestante con una hemoglobina entre los valores normales, contribuye al buen crecimiento intrauterino del feto, pero con valores alterados predispone falla del crecimiento fetal y poca oxigenación del mismo.

Diabetes Gestacional, genera predisposición de la Diabetes Mellitus tipo I en la madre una vez, culmine el embarazo, por consiguiente debe manejarse con controles posteriores y para el feto: macrosomía fetal y/o Diabetes Mellitus Tipo I.

Prescripción del laboratorio Uro análisis en los tres (3) trimestres del embarazo, facilita un buen plan de manejo de la patología disminuyendo la estancia hospitalaria de la gestante.

Prescripción del laboratorio VDRL en el primer y tercer trimestre del embarazo, y el FTA-ABS en el caso que aplique favorece a la Detección Oportuna de la Sífilis Gestacional y la oportunidad del tratamiento evitando la transmisión vertical.

Prescripción del laboratorio ELISA para VIH en el primer y tercer trimestre del embarazo, y el WESTERN BLOT, en el caso que aplique favorece a la Detección Oportuna de la Infección por VIH Gestacional y la oportunidad del tratamiento minimizando la transmisión vertical, coadyuvado por la suspensión de la Lactancia Materna y asegurando el suministro de fórmula láctea.

La falta de organización y desconocimiento administrativo por parte de los dirigentes de la red prestadora de servicios de salud, en cumplimiento a los programas de Educación Continuada establecidos en la normatividad vigente.

RECOMENDACIONES

La red prestadora debe cumplir con lo establecido en la Ley 1164 de 2007 y Resolución 2003 de 2014, estableciendo un Programa de Educación Continuada (PEC) que incluya a todo el personal asistencial y administrativo de la IPS.

Estrategias de Demanda Inducida y seguimiento a la población femenina de 10 a 49 años identificada como gestante, para el ingreso oportuno al control prenatal.

Fomentar entre los profesionales de la salud (médicos) la remisión al Ginecoobstetra para la valoración de clasificación del riesgo.

Establecer en el (PEC) la capacitación en Violencia Sexual, la cual es de obligatorio cumplimiento a todos los profesionales de la salud, independiente del área en que laboren.

Establecer en el (PEC) la capacitación en la norma técnica de Detección Temprana de las Alteraciones del embarazo, definida por la Resolución 412 de 2000, Guías de práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de la mujer gestante y normas y guías que la modifiquen.

El operador de la red pública hospitalaria de naturaleza privada, para la administración de recursos públicos se convierte en mixto, o sea, es pública y privada; por consiguiente debe acogerse a la normatividad vigente para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte del Gerentes y/o Director, en cumplimiento a la Resolución 710 de 2012.

REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS

1. Fabrizio Hochschild, Rucks, Fernando Herrera Araújo, Luis Ángel Moreno. Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2014. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. Organización Mundial de la Salud 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.
3. Grupo ASIS 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia.
4. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz, Elsa Andina. División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Argentina. Guía de Control Prenatal, Embarazo normal.

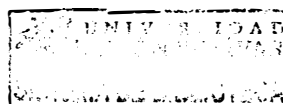
Dirección General de Salud de las Personas, 2004. Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva.

Subsecretaría de Salud Pública. 2008. Chile. Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades. Manual de Atención Personalizada en el proceso Reproductivo.

Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capitulo: Normas de Atención a la Embarazada.

Carolina González Acero. Abril 2011. Análisis de Políticas en Salud. El Salvador. Intervenciones SM2015.

Trabajo Centro de Salud Guatemala.; Reglas de Operación de la acción de desarrollo social Atención Integral a la madre adolescente (AIMA).
5. ACHC [Internet]. Colombia: ACHC; Indicadores Básicos – Situación de Salud en Colombia 2011. Disponible en:
www.achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf
6. Jaime González Montaña. [Internet]. COOSALUD EPS-S, informe de Gestión 2012. Disponible en:
<http://www.coosalud.com/index.php/la-empresa/gaceta/2012/>
7. R. Sao Francisco Xavier. Mortalidad Materna en América Latina. CLAM [Internet]. 2011 [Citado 07 Ago. 2014] Disponible en:
www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=8676



8. World Health Organization, Regional Net-work for Equity in Health in East and Southern Africa. A toolkit for monitoring and evaluating equity in access and health systems strengthening in AIDS treatment programmes: concepts, models, methods and indicators, 2010.
9. Alejandro Gaviria Uribe, Norman Julio Muñoz Muñoz, Fernando Ruiz Gómez, Martha Lucía Ospina, Fernando De La Hoz Restrepo, Jaime Cardona Botero. Informe 3. Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011.
10. Minsalud [Internet]. Colombia: Minsalud; Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Resolución 412 de 2000. Disponible en: www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Archivos/Tomo%20I.%20Gu%C3%ADas%20de%20detecci%C3%B3n%20temprana.pdf
11. Minsalud [Internet]. Colombia: Minsalud; Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021. Disponible en: www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
12. ACHC [Internet]. Colombia: ACHC; Indicadores Básicos – Situación de Salud en Colombia 2011. Disponible en: www.achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf
13. 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.
14. Profamilia [Internet]. Colombia: Profamilia; Encuesta Nacional Demografía en Salud 2010. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9
15. 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.
16. EAN [Internet]. Colombia: EAN; 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. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/1734/13/NogueraAstrid2011.pdf>

17. Macarena Hirmas Adauyl; Lucy Poffald Angulol; Anita María Jasmen Sepúlvedall; Ximena Aguilera Sanhuezal; Iris Delgado Becerral; Jeanette Vega Morales. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. RevPanam [Internet]. 2013 [Citado 07 Ago. 2014]; 33 (3). Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
18. Rodrigo CB. Control prenatal en el embarazo de bajo riesgo. Basada en las evidencias. Libreriamedica.2002. Bogotá DC p: 49-54
19. Roberto A S. Control prenatal. Temas de medicina General Integral 2ª ed. Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana. 2004. P: 147-151.
20. Mónica Castro Hernández. [Internet]. Colombia: Bogotá. 2009. Tesis de grado para optar el título de Magíster en Salud Pública Departamento de Salud Pública. Evaluación de la utilización adecuada del Control Prenatal en Bogotá con base en a Encuesta Nacional de Salud 2007. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/597350.2009.pdf>
21. Pedro Nel Ospina Restrepo; Juan de Jesús Gómez Barrios; Alfredo Alfonso Ramírez Anaya; Emiliano García Uscátegui. [Internet]. Colombia: Apartado-Antioquia. 2008. Tesis de grado para optar el título de Especialización en Auditoria en Salud Auditor Médico. Evaluación del Programa de Control Prenatal en la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur de primer nivel. Disponible en:
<http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/313/1/Evaluacion%20del%20Programa%20de%20Control%20Prenatal%20en%20la%20ESE%20HARB%20de%20Apartado.pdf>
22. Juan Bautista Contreras Britto. [Internet]. Colombia: Santa Marta. 2008-2009. Tesis de grado para optar el título de Magíster en Salud Pública. Prevalencia del Embarazo en Adolescentes en la ESE Alejandro Prospero Reverend de Santa. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/>
23. Edgar Rivas-Perdomo, Ruth Álvarez, Gloria Mejía. Evaluación Nutricional en un grupo de adolescentes Embarazadas en Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2005. [Citado 07 Ago. 2014] 56 (4) p: 281-287. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000400003

24. Mónica Elizabet Almirón, Silvana Carolina Gamarra, Mirta Soledad González. Diabetes Gestacional. Argentina. Revista de Posgrado de la vía Catedra de Medicina. [Internet]. 2005. Citado 07 Ago. 2014] 152 p: 23-27.
Disponible en:
http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.pdf
25. Ricardo Alvarado Bestene. Mantenimiento de la salud de la mujer embarazada. Bogotá, Colombia. [Internet] 2009. [Citado 07 Ago. 2014] 50 (2) p: 237-261. Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v50n2/9-MANTENIMIENTO.pdf>
26. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Bogotá, Colombia. [Internet] 2011. [Citado 07 Ago. 2014]. Legis S.A. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PLAN%20ESTRATEGICO%20ELIMINACION%20TRANSMISION%20MATERNO%20INFANTIL%20%20VIH%20-%20SIFILIS%202011.pdf>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud. [Internet] 2009. [Citado 07 Ago. 2014] Disponible en:
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

ANEXOS

Anexo No. 1. Cuadro Comparativo Modelo de Atención Prenatal países latinoamericanos

	COLOMBIA	MEXICO	GUATEMALA	EL SALVADOR	PERÚ	CHILE	ARGENTINA	URUGUAY
Nombre del Programa	Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo	Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.	Control Prenatal	Control Prenatal	Control Prenatal	Atención Prenatal	Guía Control Prenatal. Embarazo Normal.	Normas de Atención a la Mujer Embarazada
Normatividad	Res 412 de 2000	Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993	Proyecto Reconociendo la Importancia del Control Prenatal en la población mundial se realizó una visita al Centro de Salud de la Antigua Guatemala (30 de Julio del 2010)	Análisis de Políticas en Salud EL SALVADOR Intervenciones SM2015	Resolución Ministerial No. 668 del 21 de Junio de 2004	Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal del Área de Salud Materno Perinatal y Reproductiva del Ministerio de Salud de Argentina (año 2001)	Guías en Salud Sexual y Reproductiva - Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género. Uruguay
Edad	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Servicios que contempla	Consulta x Médico y Enfermera; Micronutrientes, Odontología, Ecografía Obstétrica, Valoración del riesgo materno, Educación, Aplicación TT/Td	Consulta por unidad Médica; Micronutrientes (Fe, Ac Fólico), Valoración del riesgo materno, Educación, Aplicación TT/Td	Consulta 1era vez por Obstetra; Ecografías, Micronutrientes (Fe, Ac Fólico), Valoración del riesgo materno, Aplicación TT/Td	Consulta Médica, Odontología, Aplicación TT/Td, AH1N1	Consulta x Médico, Micronutrientes, Odontología, Ecografía Obstétrica, Valoración del riesgo materno, Educación, Aplicación TT/Td	Consulta x Médico, Nutrición, Odontología, Ecografía Obstétrica, Valoración del riesgo materno, Educación,	Consulta x Médico, Nutrición, Odontología, Ecografía Obstétrica, Valoración del riesgo materno, Educación,	Consulta por Médico; Valoración del riesgo materno, Educación, Aplicación TT/Td, Ecografía Obstétrica
Intramural/ Extramural	Intramural	Intramural	Intramural	Intramural	Intramural	Intramural	Intramural	Intramural
Tipo de Atención a	Embarazadas	Embarazadas	Embarazadas	Embarazadas	Embarazadas	Embarazadas	Embarazadas	Embarazadas
Lineamientos	Res 412 de 2000	Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993	NA	NA	Salud Sexual y Reproductiva	Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal del Área de Salud Materno Perinatal y Reproductiva del Ministerio de Salud de Argentina (año 2001)	Guías en Salud Sexual y Reproductiva - Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género. Uruguay
Registros	No	SI	No	No	SI	SI	SI	No
Laboratorio	Hemograma, Hemoclasificación, VDRL, VIH, HB, Glu, Citología, Urocultivo, Frotis vaginal,	Hemograma, Hemoclasificación, VDRL, VIH, Glu, Parcial de Orina (desde el 1er control y en las semanas 24, 28, 32 y 36)	Hemograma, Hemoclasificación, VDRL, VIH, Albuminuria, Urocultivo, Citología	Hemograma, Hemoclasificación, Hemoglucofres, VDRL, VIH, Tira en orina (albumina) y examen en heces para detectar parasitosis intestinal	Hemograma, Hemoclasificación, VDRL, VIH, Prueba HTLV1, Citología, P Orina, HbA1c,	Hemograma, Hemoclasificación, Glu, VDRL, VIH, Serología Chagas, Toxoplasma, Urocultivo, P Orina, Urocultivo,	Hemograma, Hemoclasificación, Glu, VDRL, VIH, Serología Chagas, Toxoplasma, Urocultivo, Frotis Vaginal, Citología	Hemograma, Hemoclasificación, VDRL, VIH, Serología de Rubéola y Chagas, Glu, HB, Parcial de Orina, urocultivo, Toxoplasma
Monitoreo - Seguimiento	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI

Fuente: Revisión de los autores: Guía de Control Prenatal, Embarazo normal. División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sarda, Argentina. Dres. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina; Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas, 2004. Perú.; Manual de Atención Personalizada en el proceso Reproductivo. Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. 2008. Chile.; Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Embarazada. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.; Análisis de Políticas en Salud. El Salvador. Intervenciones SM2015. Carolina Gonzalez Acero. Abril 2011.; Trabajo Centro de Salud Guatemala.; Reglas de Operación de la acción de desarrollo social Atención Integral a la madre adolescente (AIMA).

[illegible]

65

[illegible]

66

Anexo 2.2 Plantilla de Evaluación de Seguimientos Posteriores

[illegible]

Fuente Secundaria: Plantilla Auditoria Control Prenatal de COOSALUD EPSS (Salud Familiar SA IPS – CEB)