

**FACTORES QUE INFLUYERON EN LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL
EMBARAZO. CONTRATO DEL 01 DE ABRIL DE 2005 AL 31 DE MARZO DEL
2006 ARS COMFAMILIAR NEIVA**

**BECXI MORELLY TOVAR RAMIREZ
CLAUDIA DUFAY PERDOMO NOGUERA
NELSON ANTONIO RINCON GOMEZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA
2007**

**FACTORES QUE INFLUYERON EN LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL
EMBARAZO. CONTRATO DEL 01 DE ABRIL DE 2005 AL 31 DE MARZO DEL
2006 ARS COMFAMILIAR NEIVA**

**BECXI MORELLY TOVAR RAMIREZ
CLAUDIA DUFAY PERDOMO NOGUERA
NELSON ANTONIO RINCON GOMEZ**

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar el título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Asesor
Magíster TERESA TORRES DE POLANÍA
Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad de la Salud
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA
2007**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, mayo de 2007

DEDICATORIA

Este logro es uno de los tantos regalos de DIOS en mi vida, alcanzado por el apoyo de mi madre y del incondicional amor de mi pareja. Son para ellos mis agradecimientos y la dedicatoria del presente trabajo el cual me entrega un nuevo titulo para mi crecimiento profesional.

Becari Morelly

Doy gracias a DIOS y a la STA. VIRGEN, por su amor, compañía e iluminarme para tener claro que el resultado satisfactorio no es lo más ni lo único importante, lo vital y necesario es el seguimiento en el proceso continuo y satisfactorio de pensar, en servir a una comunidad con honestidad, lealtad y amor.

Claudia Dufay

A la memoria de mi querido Hermano Cesar Augusto, el cual gracias a su insistencia logre terminar satisfactoriamente esta especialización, siendo también uno de sus sueños.

Nelson

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Ante todo agradecemos a Dios por brindarnos la fortaleza para vencer los miedos y obstáculos en este proceso y por brindarnos la sabiduría para tomar las mejores decisiones, y a todas aquellas personas y familiares que creyeron en nuestras capacidades durante este proceso académico, y a los seres queridos que nos apoyaron para que este proyecto se hiciera realidad.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	15
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVOS GENERALES	19
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
3 MARCO REFERENCIAL	20
3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	20
3.2 MARCO LEGAL	21
3.2.1 Acuerdo 117 De 1998	21
3.2.2 Resolución 412 de 2000	23
3.2.3 Resolución 5261 de 1994	30
3.2.4 Resolución 03384 de 2000	32
3.2.5 Decreto 2309 de 2002	33
3.2.6 Resolución 1439 de 2002	35
3.3 MARCO SITUACIONAL	37
3.3.1 Comfamiliar Huila	37
3.3.2 ARS Comfamiliar Huila	40
3.4 MARCO CONCEPTUAL	42

	pág.
3.4.1 Salud	42
3.4.2 Promoción de la salud	42
3.4.3 Prevención de la enfermedad	43
3.4.4 Embarazo	43
3.4.5 Trastornos durante el embarazo	44
3.4.6 Patologías asociadas a embarazo	51
3.4.7 Prevención de malformaciones congénitas	58
3.4.8 Muerte perinatal	59
3.4.9 Muerte materna	59
4. METODOLOGÍA	60
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	60
4.2 POBLACIÓN	60
4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	60
5.4 MUESTRA	61
4.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	61
4.6 VARIABLES	61
4.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	63
5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
5.1 CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO	65

	pág.
5.2 HISTORIAS CLÍNICAS	73
5.3 CUESTIONARIO SOBRE FACTORES QUE INFLUYERON EN LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	81
6. DISCUSIÓN	91
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXOS	100

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Variables	62
Tabla 2. Estándar Uno: Recurso humano	65
Tabla 3. Estándar Dos: Infraestructura e instalaciones Físicas y su mantenimiento	66
Tabla 4. Estándar Tres: Dotación y su mantenimiento	67
Tabla 5. Estándar Cuatro: Insumos y su gestión	68
Tabla 6. Estándar Cinco: Procesos prioritarios asistenciales	69
Tabla 7. Estándar Seis: Historia Clínica	70
Tabla 8. Estándar Siete: Interdependencia de servicios	70
Tabla 9. Estándar Ocho: Referencia de pacientes	71
Tabla 10. Estándar Nueve: Seguimiento a riesgos	72
Tabla 11. Criterios Administrativos	74
Tabla 12. Criterios Clínicos Anamnesis	75
Tabla 13. Examen Físico	76
Tabla 14. Intervención	76
Tabla 15. Controles por Médico y/o Enfermera	79
Tabla 16. Estabilidad Laboral	81
Tabla 17. Equipo de Trabajo	82
Tabla 18. Datos Historias Clínicas	82
Tabla 19. Capacitación	83
Tabla 20. Instalaciones Físicas	84

Tabla 21. Áreas de atención para DTAE	85
Tabla 22. Conocimiento de normas para DTAE	85
Tabla 23. Mecanismos en guías para DTAE	86
Tabla 24. Datos sobre acciones para la atención prenatal	87
Tabla 25. Servicios de urgencias para DTAE	87
Tabla 26. Criterios de consulta prioritaria en DTAE	88
Tabla 27. Acceso de atención en DTAE fuera de la IPS	89
Tabla 28. Seguimiento a muerte materna y perinatal	89

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1. Estándares de las condiciones básicas y científicas	73
Grafica 2. Criterios administrativos	74
Grafica 3. Anamnesis	75
Grafica 4. Examen físico	76
Grafica 5. Intervención	77
Grafica 6. Controles por médico y/o enfermera	79
Grafica 7. Estabilidad laboral	81
Grafica 8. Equipo de trabajo	82
Grafica 9. Datos de las historias clínicas	83
Grafica 10. Capacitación	83
Grafica 11. Instalaciones físicas	84
Grafica 12. Áreas de atención para DTAE	85
Grafica 13. Conocimiento de normas para DTAE	86
Grafica 14. Mecanismos en guías para DTAE	86
Grafica 15. Datos sobre acciones para la atención prenatal	87

pág.

Grafica 16. Servicios de urgencias para DTAE	88
Grafica 17. Criterios de consulta prioritaria en DTAE	88
Grafica 18. Acceso de atención en DTAE fuera de la IPS	89
Grafica 19. Seguimiento a muerte materna y perinatal	90

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA	101
Anexo B. CUESTIONARIO SOBRE HABILITACIÓN UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	108
Anexo C. FORMATO DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA	111

RESUMEN

La gestación en el ser humano cumple una función esencial dentro de la dinámica del sostenimiento de la especie, de ahí que la sociedad actual le brinde una cuidadosa atención mediante programas como la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (DTAE), que son ejecutados por entidades como la ARS de Comfamiliar Huila, para hacer un control precoz que contribuya al bienestar integral de la madres junto al de sus hijos; pero, esta ARS en las evaluaciones realizadas por la Secretaría de Salud Municipal no ha logrado cumplir con los criterios reglamentados por la Ley nacional para el desarrollo de dicho programa.

Dicha situación motivó el interés investigativo actual, orientado por hacer una descripción de los factores que incidieron en el no cumplimiento de los indicadores de gestión y atención al programa de DTAE durante el período del 1 de abril de 2005 al 31 de marzo de 2006, en la ya citada ARS. Para alcanzar esta meta, se dirigió la mirada hacia las condiciones básicas, tecnológicas y científicas de habilitación que se debe poseer en el desarrollo de este programa, acompañado de una mayor profundización en el manejo de las historias clínicas además del papel realizado frente a esta labor desde el cliente interno.

De acuerdo a lo anterior, se diseñaron tres instrumentos los cuales se aplicaron a la infraestructura, al personal responsable del desarrollo del programa y sobre una muestra de 71 historias clínicas frente a una población proyectada por la ARS de 705 madres gestantes para el periodo de estudio.

La información generada por la investigación permite hablar de fallas en el proceso administrativo, incumplimiento en siete de los nueve estándares contemplados en el sistema único de habilitación, de los cuales el que posee mayores dificultades es el estándar 6 sobre el manejo de las historias clínicas y finalmente falencias en la apropiación normativa establecida para tal efecto por parte del personal profesional asignado al programa de DTAE.

Con base en los datos extraídos cuya síntesis se hizo con antelación y teniendo en cuenta lo estipulado por la Resolución 1439 del 2002, se formulan desde el criterio del grupo investigador las recomendaciones necesarias para atender las situaciones detectadas en el funcionamiento del programa de DTAE en la ARS de Comfamiliar Huila.

Palabras Clave: ARS, Comfamiliar Huila, usuarias, programa, alteraciones del embarazo.

ABSTRACT

The gestation in the human being accomplishes an essential function in the specie keeping dynamic, so the actual society gives a special attention with programs like pregnant troubles early detection, that are made for companies like ARS de Comfamiliar of Huila, for doing a quiels control for helping to the mother's well being with her sons; but, this ARS in the made evaluations for la Secretary of Salud Municipal hasn't gotten to accomplish with the national law regulation judgment for the program development.

This situation caused the actual research interest, leaded for doing the factors description that caused in not to accomplish the indicators and attention to the DTAE program during the period from april 1- 2005 to march 31 – 2006 in the ARS mentioned. To reach this goal, it leaded the sight toward the basic conditions technological and scientific of habilitation must have in this program development accompanied of a big know ledge in the clinic story handle besides the role made in front of this job since the internal client.

So, it made three instruments applied to the performance to the responsible personal of the program development and about a show of 71 clinic stories front to a projected population for the ARS of 705 gestation mothers for the estudy period. The information about the research lets to speak about process acministrative fail, don't accomplish in seven of the nine standards in the unit system of habilitation, which ones have big difficulties is the standard 6 about the clinic stories acministration and finally troubles in the established appropriation for that in charge of the professional personal assigned to the DTAE program.

Having in count the document extrated it made before according to the Resolution 1043 de 2006, the neccesary recommendations make since the investigator group judgment in order to attend the detected situations in the DTAE program's performance in Comfamiliar Huila ARS.

Key words: ARS, Comfamiliar Huila, user, program, pregnancy alterations's.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal como un sistema de prevención inició alrededor de 1901¹ y posee dos objetivos que están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y de la morbilidad perinatal; para lograrlo es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia. Con el ánimo de alcanzar estos propósitos a través del tiempo se han establecido reglamentaciones sobre los procesos y las acciones que se desarrollan en los programas de atención prenatal.

Es así, como en Colombia según el acuerdo 117 de 1998, emanado del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública, responsabilidad que recae en las aseguradoras, en las Administradoras del régimen subsidiado (ARS) con el fin de disminuir los eventos evitables de enfermedad individual y generar impacto positivo en la población.

La ARS con mayor cobertura poblacional en la ciudad de Neiva, es COMFAMILIAR HUILA con un número de afiliados en el año 2.005 de 41.479 usuarios, en su contrato del 1 de abril de 2005 al 31 de marzo de 2006 por \$6.935'164.933, reportó un número total de mujeres usuarias en edad fértil de 7.917 y una proyección de embarazadas de 705².

Revisadas las evaluaciones de cumplimiento sobre el programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (D.T.A.E) por parte de la Secretaría de Salud Municipal, se tiene que la ARS de Comfamiliar Huila, no obtuvo buenos resultados; pues los informes expedidos por dicha secretaría dan cuenta de calificativos que oscilan entre muy Deficiente, Deficiente y Justificar.

Para medir la efectividad de los programas están los indicadores de muerte maternas y perinatales, de ese modo, se tiene que las cifras de muertes maternas de afiliadas a Comfamiliar Huila es de cero (0), sin embargo la ARS no posee registros sobre la cifra de muertes perinatales, situación que llama la atención cuando se observan los siguientes datos: Usuarias en control perinatal por primera vez 485 y usuarias atendidas por parto 362¹; lógicamente, esto crea dudas sobre el reporte estadístico.

¹ Botero Jaime, Jubiz Alfonso y Henao Guillermo. Obstetricia y Ginecología 6ª ed., Editorial Universidad de Antioquia. 2000. p.84

² Comfamiliar Huila ARS, Perfil epidemiológico de Neiva en el 2005. p.6

La situación descrita abre un espacio de reflexión cuando se observan los datos entregados por la ARS, los que aparecen en el perfil epidemiológico para Neiva y los resultados de las evaluaciones llevadas a cabo en el cumplimiento de las estrategias de (Promoción y Prevención) PyP para DTAE. en la ciudad de Neiva, no coinciden.

De lo hasta ahora escrito, surge el interés y el compromiso formativo que se desenvuelve en el campo de la salud pública, donde es importante sobre este particular verificar que esas cifras sean aprovechadas adecuadamente en las funciones para las cuales fueron destinadas, de lo contrario se estaría incurriendo en hacer no solo un mal aprovechamiento de esa inversión, sino en dar lugar al continuismo politiquero que solo se preocupa por aparentar acciones como una situación prioritaria y no desarrollar realmente un trabajo social definitivamente direccionado al beneficio de la población nacional a partir de las prácticas locales.

Por ello, para el presente desarrollo temático se abordaron los niveles de cumplimiento en lo pertinente a las acciones de promoción y prevención desarrolladas para las alteraciones maternas, como un mecanismo destinado a evitar las muertes maternas y los riesgos de muertes perinatales, en el contrato del 01 de abril de 2005 al 31 de marzo del 2006 de la ARS Comfamiliar Huila.

En medio de la magnitud e importancia que encierran las actividades, procedimientos e intervenciones del programa de DTAE se justificó que tanto Comfamiliar Huila como los autores del proyecto dedicaran tiempo y recursos para identificar los factores que han influido en los resultados de los indicadores de gestión conjuntamente se diseñaran alternativas de solución que conduzcan a inducir la demanda del programa, a garantizar las coberturas que prevengan y controlen los factores de riesgo biopsicosociales de la gestación y por ende un parto y nacimiento en óptimas condiciones.

Los aportes que expliquen en profundidad lo que está sucediendo, y que generen un conocimiento tienen la intención no solo de verificar una buena utilización de los rubros asignados traducidos en recursos económicos y humanos, sino velar por la salud del ser humano en medio de uno de los estados más determinantes de la supervivencia de la especie humana, es decir, la etapa de la gestación que hace parte de la reproducción.

Simultáneamente, se involucra un ejercicio interdisciplinario con una mirada desde disciplinas diferentes a las directamente responsables de ejecutar el programa de DTAE con la participación de los profesionales encargados de llevarlo a cabo en la ARS Comfamiliar Huila; como la Medicina, en especial Ginecología y Obstetricia, la enfermería en el arte de cuidar, la Psicología desde su competencia

organizacional y desde luego la Economía y la Administración de Empresas; de modo tal que se articulen los datos concernientes a esta problemática, que afecta al sector salud.

Este tipo de aportes emanados desde los semilleros investigativos universitarios cobran una gran relevancia en la medida que se materializa la proyección hacia la comunidad de la acción educativa.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que incidieron en los resultados de la evaluación de los indicadores de gestión del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo en la ARS de Comfamiliar del Huila de la ciudad de Neiva, del 01 de abril de 2005 al 31 de marzo del 2006?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar qué factores incidieron en los resultados de la evaluación en cuanto a indicadores de gestión y atención al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo en la ARS de Comfamiliar Huila del 1 de abril de 2005 al 31 de marzo de 2006, con el fin de plantear recomendaciones favorables a la institución.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Reconocer la capacidad tecnológica y científica que tiene la ARS COMFAMILIAR DEL HUILA para la habilitación del programa de DTAE.



Determinar los factores que intervinieron en el proceso de atención a las usuarias del programa de DTAE del 1 de abril del 2005 al 31 de marzo del 2006.



Describir los factores desde el cliente interno que intervinieron en el proceso de atención a las usuarias del 1 de abril del 2005 al 31 de marzo del 2006.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El Sistema de Vigilancia en Salud –SIVIGILA-, es definido por el Ministerio de la Protección Social y operado por el Instituto Nacional de Salud a través de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.

La Circular 18 de Febrero del 2004 emitida por el Ministerio de la Protección Social MPS detalla las metas e indicadores del Sistema de Vigilancia en Salud Pública que deberán cumplir los departamentos y distritos.

En virtud de tal requerimiento los departamentos mediante su Secretaría de Salud, cumplen con los pasos propuestos como sucede con –SIVIGILA HUILA-; uno de dichos pasos realizados por el control del Sistema de Vigilancia en Salud se relaciona con la evaluación y seguimiento de los problemas de salud pública que incluye lo correspondiente a las alteraciones del embarazo; este procedimiento aplica para Neiva.

Sobre este proceso se emite un informe del comportamiento epidemiológico de los eventos y de las actividades realizadas trimestralmente con base en los indicadores definidos en los protocolos, los cuales en lo pertinente a las Alteraciones del Embarazo son:

- Realizar el Plan de Acción Municipal en el primer trimestre del año, para la reducción de la mortalidad materna.
- Correlacionar la información reportada a través del Sivigila y los certificados de defunción.
- Diligenciar la cara B de la Ficha Única de Notificación de la mortalidad materna y perinatal.
- Para toda mortalidad materna se debe realizar investigación de campo y comité de análisis en el cual se elaborará un plan de mejoramiento, según lo establecido en el protocolo de vigilancia.
- Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento de aquellas Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que notificaron muertes maternas.
- Conformar y operar los comités de estadísticas vitales³.

También, están los indicadores a contemplar en los programas de Promoción y Prevención, sobre los cuales se tiene que para las alteraciones del embarazo aparecen: cumplimiento en la consulta de primera vez por medicina general para

³ Instituto Nacional de Salud. Sistema de Vigilancia en Salud Pública. SIVIGILA HUILA 2005.p.43

detección de alteraciones del embarazo, cumplimiento en la consulta de control prenatal por medicina general, cumplimiento en la consulta de control prenatal por enfermería y cumplimiento en la detección temprana de sífilis congénita.

En lo referente a este particular, se conoce mediante los informes elaborados por la Secretaria de Salud Municipal de Neiva, la realidad de desempeño encontrada en la ARS de Comfamiliar Huila; además, dentro de las actas de visitas para evaluación se consignan los hallazgos de las falencias con sus respectivas observaciones y recomendaciones, las cuales no adquieren una mayor trascendencia pues el comportamiento de las acciones sobre PyP en alteraciones del embarazo persisten en los mismos calificativos antes descritos. A parte de este control, no existen otros estudios o miradas investigativas al respecto.

3.2 MARCO LEGAL

En el marco legal se tomaron en cuenta los actos administrativos que aplican al programa de DTAE y que sirvieron de base para la selección del enfoque e instrumentos para la recolección y análisis de la información.

3.2.1 Acuerdo 117 de 1998. El acuerdo 117 de 1998 por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública; fue expedido por el CNSSS⁴, con la intención de unificar las acciones de prevención y control de la morbi-mortalidad evitable; posibilitar el cumplimiento de metas tendientes a obtener cambios positivos en la salud de la población; ratificar la responsabilidad de las aseguradoras entre estas las ARS, de administrar el riesgo de salud individual de sus afiliados y diseñar estrategias para inducir la demanda de servicios.

De conformidad con los considerandos del acuerdo, el Capítulo I es explícito en su objeto “Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado son responsables del obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública que trata el presente Acuerdo en su población afiliada.”

En el Capítulo II están consignadas las definiciones y contenidos que para efecto de la investigación se tomaron:

- Demanda Inducida: Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

⁴ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117.de 1998. p.2

- Detección Temprana: Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte. Como lo es el programa de DTAE.

- Acreditación: Procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud.

De igual manera el Acuerdo establece la obligación de las aseguradoras de contar con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, para garantizar la atención de sus afiliados.

El Acuerdo en mención igualmente obliga a las aseguradoras como las ARS a:

- Contar con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, que garantice la atención en salud e informar el listado de las IPS que la integran a las entidades territoriales de salud.

- Mantener una ficha actualizada en la cual conste la información de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, realizadas a cada uno de los afiliados.

- Establecer los mecanismos necesarios para administrar el riesgo en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Desarrollar estrategias para promover en sus afiliados la utilización de los servicios descritos en el presente Acuerdo, así como facilitar el acceso a programas permanentes de atención de las enfermedades de interés en salud pública.

- Identificar los riesgos del ambiente que inciden sobre la salud de su población afiliada, notificar oportunamente la presencia de casos de enfermedades objeto de vigilancia en salud pública y coordinar las acciones a realizar conjuntamente con las autoridades locales, en el ámbito del Plan de Atención Básica (PAB).

- Realizar programación anual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones de Protección específica, Detección temprana y para la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Presentar trimestralmente un informe a las Direcciones Seccionales de Salud, que contenga los Indicadores de Gestión definidos.

Las Direcciones Seccionales de Salud, realizarán la evaluación técnica trimestral del cumplimiento de lo establecido en el presente Acuerdo, deberán consolidar los hallazgos de su departamento, e informar a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio y a la Superintendencia Nacional de Salud en forma semestral de conformidad con los lineamientos establecidos para ello. La Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio, podrá requerir los informes trimestrales directamente a las ARS en cualquier momento.

El Ministerio de Protección Social a través de la Dirección General de Promoción y Prevención realizará revisión de la información remitida y hará la correspondiente retroalimentación a cada una de las entidades territoriales.

3.2.2 Resolución 412 de 2000. Expedida por el Ministerio de Salud⁵ en concordancia con el Acuerdo 117, en esta resolución se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

El contenido de esta resolución en su capítulo uno muestra el **Art. 3. NORMA TECNICA**, que propone 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 por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

PARAGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas. Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

La Norma Técnica para la Detección Temprana de Las Alteraciones del Embarazo, provee las consideraciones necesarias para brindar por parte de las

⁵ Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 412 de 2000

Instituciones Prestadoras de Salud una atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal junto con una madre y su hijo o hija sanos.

Los procesos que yacen en la norma técnica son: Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal, Consulta de primera vez por medicina general, y Consultas de seguimiento y control. Cada uno de estos procesos tiene a su vez especificaciones claras que se sintetizan a continuación.

Para la Identificación e Inscripción de las Gestantes en el Control Prenatal: Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente, promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal, e informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características.

Por su parte la consulta de primera vez por Medicina General, se subdivide en:

- Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo
 - Identificación: Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono.
 - Anamnesis:
 - Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicoalérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.
 - Antecedentes obstétricos:

Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupcio, ruptura prematura de membranas, polidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.

Partos: Número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el postparto, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales, causas y peso al nacer.

- Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad.

- Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

- Gestación actual: Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimientos fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.

- Valoración de condiciones psico-sociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado

- Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

- El examen físico, debe seguir las siguientes directrices:

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes.

- Tomar signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

La toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo

- Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal

- Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

- Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

- En esta instancia se expone lo relacionado con la solicitud de exámenes paraclínicos, que se describen así:

- Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación (Hemograma: hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índice eritrocitario, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios).
- Hemoclasificación.
- Serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR).
- Uroanálisis (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria).
- Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina) para detectar diabetes pregestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras).
- Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal).
- Ofrecer consejería (Consulta por Primera Vez) citología y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos) y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie).
- Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro (Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra).
- Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino (Citología cervicouterina).
- Otro proceso a realizar es la Administración de Toxoide tetánico y diftérico, desde luego la aplicación de estos biológicos, debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante.
- En el mismo orden se tiene la formulación de micronutrientes: Tales como el suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de Acido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6º mes de lactancia. Además debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg.
- Igualmente importante es la educación individual a la madre, compañero y familia de donde se destacan los siguientes aspectos como complemento de las anteriores actividades:

- Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
- Importancia de la estimulación del feto
- Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional.
- La remisión a consulta odontológica general con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas, debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.
- Finalmente, diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso. En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

El tercer proceso de la norma técnica para la DTAE son consultas de seguimiento y control. Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto, y se subdividen en:

- Control prenatal por médico. El médico deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo; la consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye:

- Anamnesis. Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos.

- Examen físico completo.

- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando éste es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.

Si el parcial de orina es normal, repetirlo cada trimestre, pero si es patológico, solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.

- Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre, los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24.

En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo.

- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media.

- Formulación de micronutrientes de acuerdo con lo descrito con anterioridad.

- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.

- Remisión a curso de preparación para el parto.

- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.

- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.

- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control se debe dar instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución donde se le atenderá el parto.

- Control prenatal por enfermera. Es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento. El control por Enfermera debe incluir:

- Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas.

- Realizar examen físico completo.

- Analizar las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media.

- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.

Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.

- Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24.

En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo.

- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media.
- Formulación de micronutrientes de acuerdo con lo descrito con anterioridad.
- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.
- Remisión a curso de preparación para el parto.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control con enfermera se debe dar instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.
- Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, ó si los exámenes paraclínicos reportan anormalidades.

3.2.3 Resolución 5261 agosto 5 de 1994⁶. Esta resolución establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cuanto a las actividades de promoción y prevención expresa así en el Artículo **53**: Clasifica como **actividades de promoción y fomento de la salud**, aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individuales o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a proveer , estimular y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud.

⁶ Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994 p.16 y 120

Igualmente aborda el tema de la atención para mujeres gestantes, de interés para el presente trabajo en el Artículo **103. ATENCION OBSTÉTRICA**. De acuerdo al artículo **166** de la Ley sobre seguridad social, el POS en el caso de las mujeres en estado de embarazo cubrirá la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto, en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

Además las mujeres en estado de embarazo aquí consideradas y las madres de los niños menores de un año del régimen SUBSIDIADO, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF con cargo a sus recursos.

El manejo de la paciente obstétrica en las I.P.S., deberá estar fundamentado en un programa de Atención Prenatal que establezca unidad de criterios sobre el preparto, parto y sus posibles complicaciones, valoración del riesgo perinatal, identificación oportuna de la paciente obstétrica para inclusión al programa, seguimiento y educación a la paciente y a su familia en lo referente a desarrollo del embarazo, parto y puerperio y organización de un sistema de información que facilite la evaluación continua y periódica del programa.

En consecuencia, la atención obstétrica para el nivel I contemplará lo siguiente:

- Consulta médica general (de acuerdo a la guía de atención)
- Consultas de enfermería (de acuerdo a la guía de atención)
- Consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo a la Guía de atención.
- Ecografía gestacional de acuerdo al criterio médico.
- Atención del parto normal o intervenido, NO quirúrgico por médico general.
- Dos (2) consultas post parto por médico y hasta el cumplimiento de los primeros treinta (30) días de éste.
- Medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo a lo establecido para el nivel I de atención.
- R.X de acuerdo a lo establecido para el nivel I
- Atención de urgencias de acuerdo a las normas legales vigentes.
- Internación
- Odontología. Comprende los servicios descritos anteriormente para este nivel.
- Atención en nutrición y planificación familiar.

Parágrafo. De acuerdo al riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente, respetando siempre las directrices y normas técnico-administrativas que sobre el particular ha dictado el Ministerio de Salud.

3.2.4 Resolucion 03384 de 2000⁷. Esta resolución modifica parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y deroga la Resolución 1078 de 2000; de ella se extrae entre otros aspectos parámetros en relación con DTAE.

En el Capítulo IV, se hace mención a las metas de cumplimiento que deben ser las guías para las Instituciones Prestadoras de Salud las cuales se encuentran en el artículo trece, cuyo contenido se transcribe a continuación.

Artículo Trece.- Metas de cumplimiento para el Régimen Subsidiado

Las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana para el Régimen Subsidiado se encuentran en la cuarta columna de la siguiente tabla:

AREA DE INTERVENCIÓN	PRIMERA ACTUALIZACIÓN	PROCEDIMIENTO	META (%)
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	89.0.2.01	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	90.6.9.16	SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO O LCR	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	89.0.3.01	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICINA GENERAL	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	89.0.3.05	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR ENFERMERA	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	90.2.2.07	HEMOGRAM(HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	90.2.2.12	HEMOCLASIFICACIÓN	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	90.7.1.07	UROANALISIS	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	90.3.8.41	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	88.1.4.35	ULTRASONOGRAFIA PELVICA OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	0	SUMINISTRO DE MULTIVITAMINICOS	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	89.0.2.03	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	90
DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	99.3.1.20	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA – Td	90

⁷ Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 2000

En tanto el **Capítulo V**, hace mención de la gestión tanto para las EPS como para las ARS, según los siguientes artículos:

Artículo Catorce.- Indicadores Centinelas de Calidad. En el contexto del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Aseguradoras frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, remplácese el concepto de indicadores de falla por el de Indicadores Centinelas de Calidad.

Artículo Quince .- Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Aseguradoras Frente a las Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública – Modifíquese el artículo 16 de la Resolución 412 de 2000, en lo referente a los anexos 3 y 4. Remplácese los anexos 3 y 4 de la resolución 412 de 2000 y adóptense el Anexo No. 1 "Programación" y el Anexo No. 2 "Indicadores de gestión", los cuales forman parte integrante de la resolución.

Artículo Dieciseis.- Remisión de Datos de Programación. Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades adaptadas, deberán radicar en la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y simultáneamente en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la programación de actividades con base en la población afiliada a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, dentro de los 30 días calendario siguientes al inicio del año, en forma impresa y en medio magnético.

Las Administradoras en el Régimen Subsidiado deberán radicar en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la programación de actividades por contrato, dentro de los 30 días calendario siguientes al inicio del año contractual, en forma Impresa y en medio magnético.

Artículo Veinte.- Certificación del Gasto de los Recursos Correspondientes a la Subcuenta de Promoción del FOSYGA. Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Adaptadas deberán remitir a la Dirección General de Gestión Financiera, con cada uno de los informes trimestrales de ejecución, el gasto realizado con cargo a la Subcuenta de Promoción del FOSYGA, los cuales deberán ser certificados por el Revisor Fiscal de cada entidad.

3.2.5 Decreto 2309 de octubre de 2002⁸. Emitido para definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, que desde luego también corresponde a las ARS.

⁸ Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2002

En el orden de ideas aquí planteado se toman de este decreto algunas particularidades de relevancia y pertinencia, como sucede con el contenido del Título II en su Artículo 6, donde se expresa: “Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá las siguientes características:

- Accesibilidad, esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- Oportunidad, Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

A la par, es importante hacer mención de lo referido en el Capítulo dos en su Artículo 34 sobre la vigencia de la habilitación de la siguiente forma: “La habilitación se otorgará a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada por un término indefinido.

Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, deberán mantener y actualizar permanentemente las condiciones exigidas por el Gobierno Nacional, conforme lo establece el Artículo 1 de la Ley 10 de 1.990 y los Artículos 180 y 215 de la Ley 100 de 1.993.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de éstas entidades.”

El mismo decreto 2309 trae el contenido relacionado con las acciones para el mejoramiento de la calidad, las cuales se hallan en el título IV citadas por el Artículo 38 así: “El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.”

3.2.6 Resolución 1439 de 2002⁹. Disposiciones sobre el Sistema Único de Habilitación, para el interés investigativo aquí contemplado se transcribe lo expresado en el Artículo dos, para citar los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica que está orientada por los siguientes principios:

- **Fiabilidad:** La forma de aplicación y verificación de cada estándar es explícita y clara, lo que permite una evaluación objetiva y homogénea.
- **Esencialidad:** Todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables porque se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- **Sencillez:** La formulación de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, deben ser fáciles de entender, con el fin de que permitan la autoevaluación por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, y su verificación por

⁹ Ministerio de Salud. Resolución 1439 de 2002

las autoridades competentes y en general, por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

Además, contiene los anexos técnicos 1 y 2 que formulan los lineamientos a seguir para el cumplimiento de las mencionadas condiciones.

LOS ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS⁸: Los estándares hacen alusión a conceptos básicos y las instrucciones de verificación sobre las condiciones mencionadas, válidas para evaluar calidad en las entidades prestadoras de servicios de salud.

☀ **Tipo de estándares:** Son estándares principalmente de estructura.

☀ **Rango que abarcan:** Los estándares permitirán la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarcan la organización que preste directamente uno o más servicios de salud. Ello implica que los requisitos esenciales no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud de manera integral.

El cumplimiento de los estándares que se refieran a servicios de apoyo a la atención será de responsabilidad de los prestadores que ofrezcan el servicio integral, independientemente si éstos son contratados o asumidos directamente.

☀ **Contenido de los estándares:** Los estándares están dirigidos a la minimización de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud. El siguiente listado, en el marco de los riesgos contra la vida y la salud, es un referente para la definición de estándares que relaciona los riesgos identificados como prioritarios:

Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias; infecciones intrahospitalarias incluyendo, infecciones quirúrgicas; complicaciones quirúrgicas inmediatas; complicaciones anestésicas; complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales.

☀ **Estructura:** -Explicación del orden de los estándares-. Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud independientemente del tipo de servicios que ofrece en las siguientes áreas temáticas:

- *Recursos Humanos:* Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
- *Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento:* Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- *Dotación y su mantenimiento:* Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.
- *Insumos y su gestión:* Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen al cumplimiento de las condiciones legales para el uso de insumos médicos y las condiciones técnicas de almacenamiento de insumos cuya calidad dependa de ello.
- *Procesos prioritarios asistenciales:* Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbilidad del país.
- *Historia Clínica y registros clínicos:* Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.
- *Interdependencia de servicios:* Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
- *Referencia de pacientes:* Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbilidad.
- *Seguimiento a riesgos:* Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios.

3.3 MARCO SITUACIONAL

La A.R.S. centro de esta investigación hace parte de una organización que maneja diversas actividades en campos como créditos, planes de vivienda y mercadeo, por citar las más conocidas; a continuación se brinda mayor profundidad sobre lo que ella representa a nivel regional y nacional.

3.3.1 La Caja de Compensación Familiar (COMFAMILIAR HUILA)¹⁰ Es una empresa huilense, con servicios en las áreas de Salud (IPS), Crédito, Cartera, Subsidio de Vivienda, Mercadeo de Bienes (Hipermercado).

¹⁰ www.comfamiliarhuila.com

Con una trayectoria de 40 años de experiencia en la prestación de servicios, calidad y accesibilidad a los afiliados en la región Surcolombiana, cuentan con seccionales en Garzón, Pitalito y La Plata que permiten dar cubrimiento a toda la población del Departamento.

COMFAMILIAR HUILA, es la única Caja del sur de Colombia y única en el departamento que ofrece cubrimiento integral en Compensación Familiar, Salud y Protección Social para los empresarios huilenses, los trabajadores y sus familias. En lo concerniente a la Salud se ubica la ARS, que es el objeto de la presente investigación.

Los servicios que ofrece la Caja de Compensación Familiar, sumados a la labor como Administradora del Régimen Subsidiado, le permite ofrecer a las empresas y a los trabajadores, múltiples beneficios como son: salud, educación, recreación, vivienda, cultura y bienestar económico para que sean privilegios de todos los afiliados.

La empresa posee como parte de su identidad y cultura organizacional la siguiente presentación, que va encaminada a la unidad de negocio ARS Comfamiliar del Huila:

Misión: En Comfamiliar Huila forjamos desarrollo comunitario, superando las expectativas de nuestros clientes.

Visión: En el año 2015 seremos un grupo empresarial líder en el mejoramiento de la calidad de vida.

Política de Calidad: COMFAMILIAR HUILA se compromete a otorgar subsidios y prestar servicios de salud, educación, recreación, vivienda, mercadeo y financieros, enmarcados en las siguientes directrices:

:: Garantizando el cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios, del cliente y propios de la organización asociados a los servicios.

:: Garantizando la satisfacción del cliente mediante la prestación de un servicio de calidad superior.

:: Estableciendo un sistema de gestión de la calidad, basado en procesos que contribuya al mejoramiento continuo en la prestación de los servicios.

:: Promoviendo el desarrollo del talento humano para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la organización.

::Desarrollando relaciones mutuamente benéficas con los proveedores, garantizando la calidad y oportunidad de suministros y servicios.

Principios corporativos: Conjunto de preceptos que guían la acción de quienes conforman Comfamiliar Huila, hacia el cumplimiento de nuestra misión y ***deberán ser la base y fundamento*** de nuestra cultura corporativa.

Respeto: La base de toda relación en Comfamiliar Huila debe ser fundamentada en el respeto por los valores, creencias y derechos; así nuestra interacción con los jefes, compañeros de trabajo, afiliados y demás personas serán de cordialidad, confianza, compromiso y profesionalismo, resaltando siempre la calidad humana de la gran familia Comfamiliar.

Ética: El comportamiento de los miembros de la corporación debe basarse y ajustarse a los valores y principios éticos que tradicionalmente han inspirado la vida social, esto es: honestidad, lealtad, integridad, justicia y pertenencia a la entidad los cuales deben tenerse en cuenta tanto en las relaciones internas como externas frente a los afiliados, compañeros y comunidad en general.

Compromiso: El amor por Comfamiliar y por lo que hacemos, el trabajo en equipo, la identidad, la credibilidad y la transparencia frente a la corporación son características indispensables de nuestros colaboradores. Este compromiso constituye uno de los elementos básicos para que Comfamiliar Huila alcance ventajas frente a la competencia, porque el éxito de nuestra corporación se decide en el mercado, pues su mayor patrimonio es el afiliado.

Calidad: Ante todo la calidad total en Comfamiliar Huila es una norma de conducta y de comportamiento, una manera de vivir y de pensar, más que un objetivo que alcanzar, por ello deberá estar presente en los servicios que prestamos, en los procedimientos, en la gestión administrativa y en las relaciones humanas, a la cual le imprimimos celeridad, comunicación y superación.

Creatividad: La disposición y la capacidad humana permiten innovar en el mercado de nuestros servicios con programas y estrategias, en armonía con los cambios políticos, tecnológicos, culturales y sociales, que proyectan a Comfamiliar Huila como una organización dinámica, líder en el departamento.

Solidaridad: La ayuda mutua y desinteresada en Comfamiliar Huila es factor primordial en logro de metas comunes. La solidaridad del personal nos impulsa a luchar por alcanzar un objetivo único, un horizonte que nos permita tener una identidad definida, para bienestar propio y de la comunidad en general.

Equidad: La imparcialidad, rectitud y justicia en los actos de los funcionarios de Comfamiliar Huila, son la carta de credibilidad de sus actuaciones, programas y acciones que están enmarcadas dentro de la ley.

Eficiencia: La capacidad y competencia de los funcionarios de Comfamiliar Huila, en el cumplimiento de sus tareas, nos permiten alcanzar en un tiempo definido las metas fijadas, con un alto grado de competitividad y excelencia.

3.3.2 ARS Comfamiliar Huila La Administradora de Régimen Subsidiado de Salud COMFAMILIAR es la **PRIMERA ARS** en el departamento del Huila y la tercera en la región Centro Oriental, de acuerdo a la cantidad de usuarios que maneja, conformada por los siguientes departamentos; Bogotá D.C., Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainia, Vaupés, y Vichada, según el Ministerio de la Protección Social, autoriza la operación de **COMFAMILIAR HUILA ARS** en la Región.

COMFAMILIAR HUILA A.R.S. tiene una cobertura del 93% en los municipios del Huila, y cuenta con una regional en Boyacá con presencia en 62 municipios de los 123 que posee ese Departamento.

De acuerdo a la norma, los derechos y deberes que deben cumplir la ARS para los afiliados son.

DEBERES DE LOS AFILIADOS

- Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- Facilitar cancelación de copagos a que haya lugar.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud. No hacer trampa al sistema.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones donde ofrecen servicios.
- Tratar con dignidad el personal que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- Hacer sugerencias para el mejoramiento de los servicios.
- Participar en las asociaciones de usuarios y veedurías comunitarias.

DERECHOS DE LOS AFILIADOS

Recibir la atención contemplada en la Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S.).

- Atención de baja complejidad: consulta médica y odontológica general: atención a la embarazada y al recién nacido, exámenes clínicos y radiológicos, medicamentos. Programas y planes orientados a promocionar la salud y la prevención de las enfermedades.
- Atención de mayor complejidad: atención especializada ambulatoria y hospitalaria a la embarazada y al recién nacido, consulta de oftalmología y optometría para menores de 20 años y mayores de 60 años, atención integral ambulatoria y hospitalaria en traumatología y ortopedia, rehabilitación funcional, cirugías de herniorrafia inguinal, herniorrafia crural y herniorrafia umbilical apendicectomía, colecistectomía o histerectomía por causas diferentes al cáncer, catarata en cualquier edad, estrabismo en menores de cinco (5) años. **Enfermedades de alto costo:** Cirugías cardíacas y del sistema nervioso central, reemplazo de rodilla y cadera, insuficiencia renal, quemaduras graves, VIH/SIDA, cáncer y cuidados intensivos.
- Atención de urgencias en todo el territorio nacional.
- Escogencia de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales dentro de su red de servicios.

3.4 MARCO CONCEPTUAL

Los conceptos a tener en cuenta como una guía para la intención investigativa por su pertinencia dentro del tema son:

3.4.1 Salud: la salud es un bien Universal, todo el mundo tiene derecho a ella, y por tanto constituye el eje fundamental de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”. La OMS propone una definición amplia cuyo principal valor reside en incorporar el elemento social y el de capacidad funcional: *“Estado completo de bienestar físico, no solamente la ausencia de enfermedad o incapacidad”*. De entre todos los estudios que han trabajado esta cuestión se destaca por su trascendencia el realizado en 1974 por Marc Lalonde por entonces Ministro de Sanidad de Canadá. En este estudio se considera la Salud como la resultante de las diferentes interacciones del individuo, dicho trabajo se considera de gran aporte a la promoción de la Salud.

A estos factores se les denomina determinantes de Salud, Lalonde estableció cuatro determinantes de Salud: la biología humana, el medio ambiente, incluyendo el aspecto socio cultural, los estilos de vida, y el sistema de atención sanitaria¹¹.

3.4.2 Promoción de la salud: La promoción de la salud es el conjunto de procesos que favorecen que la persona y su grupo social incrementen el control de, y mejoren, su propia salud. Representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable.

Ella se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos: autocuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Cuando se habla de autocuidado, se entiende éste como el conjunto de decisiones tomadas y las prácticas adoptadas por un individuo con la intención específica de conservar su salud. La ayuda mutua se refiere a los esfuerzos que hacen las personas para corregir sus problemas de salud colaborando unas con otras, supone que las personas se prestan apoyo emocional, comparten ideas, información, experiencias, y recursos materiales conocido a menudo como respaldo social.

¹¹ Lalonde, M. El concepto de “Campo de la Salud”: una perspectiva canadiense. En Promoción de la Salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 557. 1996.

El tercer mecanismo comprende la creación de entornos sanos, ello implica modificar o adaptar los entornos sociales, económicos o físicos de forma que ayuden a conservar y también a aumentar la salud. Implica también que se deben asegurar políticas y prácticas que proporcionen a las personas un medio ambiente saludable en el hogar, en la escuela, en la universidad, en el trabajo y en la comunidad¹².

3.4.3 Prevención de la enfermedad: La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones realizadas para evitar que el daño o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables. Existen tres niveles de prevención en los cuales deben participar los sistemas de salud donde quiera que operen. Estos niveles están inmersos en la definición e involucran para el nivel primario el evitar que la enfermedad haga aparición; en el segundo nivel se procura evitar que la enfermedad se prolongue u ocasione daños mayores, incluso secuelas; para el tercer nivel se pretende evitar que las secuelas agraven la situación de salud de las personas¹¹.

3.4.4 Embarazo. Se da a partir del proceso de fertilización, es decir a partir de la fusión de los gametos femeninos y masculinos, y desde ese momento se inicia el desarrollo de un nuevo ser humano, que se lleva a efecto durante 40 semanas. Este tiempo se distribuye en los siguientes periodos: preembrionario, embrionario y fetal¹³.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización.

En 1998 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del cigoto en la mujer. Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, que por lo común se asocia a 9 meses.

¹² Ministerio de Salud. Prevención de la enfermedad, Lineamientos para el desarrollo del Plan de Atención Básica en el año 2000., Santafé de Bogotá, 2000. p 45.

¹³ Botero Jaime, Jubiz Alfonso y Henao Guillermo. Obstetricia y Ginecología 6ª ed., Editorial Universidad de Antioquia. 2000. p.15

Dentro del útero, el producto está flotando en el líquido amniótico y a su vez el líquido y el producto están envueltos en la bolsa amniótica, que está adherida al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido y como barrera al ingreso de cuerpos extraños.

Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está adherida al útero y está unida al producto por el cordón umbilical por donde recibe alimento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto que son: preembrionario, embrionario y fetal ¹⁴.

3.4.5 Trastornos durante el embarazo¹⁵

☀ **Gastralgia:** El ardor o acidez de estómago, también llamado *pirosis*, es una molestia común en el embarazo, y es debido al paso del contenido gástrico ácido hacia la parte inferior del esófago, que es el conducto que lleva los alimentos de la boca al estómago. Se caracteriza por una sensación de ardor detrás del esternón, a menudo ascendente, que puede llegar hasta la boca.

En las primeras semanas de la gestación, se producen grandes cantidades de progesterona, una hormona que relaja el tejido muscular liso de todo el cuerpo, incluido el del sistema gastrointestinal, por lo que hay un retraso en el paso del alimento por el intestino, un retraso en el vaciado del estómago y una relajación del cardias.

La acidez es el síntoma que se produce al relajarse dicho esfínter, permitiendo el paso de contenido ácido del estómago e irritando la mucosa del esófago.

Al final del embarazo es cuando esta molestia es más frecuente ya que, a todos estos cambios normales del embarazo, se suma la presión del útero grávido sobre el estómago, lo que altera su disposición, haciéndolo más horizontal y facilitando el reflujo.

¹⁴ FIGO. "Termination of Pregnancy Within the Law - Committee for Women's Sexual and Reproductive Rights (WSRR) IPAS". www.figo2003.com/, obtenido 21/10/06.

¹⁵ Ramírez Iván Darío –editor-. Urgencias Guías de Manejo. 4ª Edición, Editorial Universidad de Antioquia. 2001

☀ **Contracciones (Antes de los nueve meses):** Las contracciones consisten, como su propio nombre indica, en la contracción del músculo uterino. Al ser fibra muscular lisa, su contracción es involuntaria.

Son descritas como un dolor que se inicia en la parte alta del abdomen o a nivel lumbar y que se irradia hacia la parte baja del abdomen, acompañado de un endurecimiento del útero y del abdomen, que dura unos 30-60 segundos con una fase de aumento y otra de descenso; y que entre ellas, el útero permanece relajado y sin dolor.

☀ **Cefalea:** Con frecuencia se presenta dolor de cabeza durante el embarazo, sin que ocurra ningún trastorno importante; sin embargo, la cefalea persistente y severa que ocurre en esta época demanda atención urgente porque puede constituir el signo premonitorio de una preeclampsia.

Este tipo de dolor de cabeza se halla a menudo en la fase maligna de la enfermedad, es de localización occipital, pulsátil y usualmente se presenta al despertarse. Dura poco tiempo y tiende a mejorar a medida que el día avanza; si ocurre al final del embarazo puede significar la exacerbación de una hipertensión esencial.

☀ **Diarrea:** La diarrea se define como un aumento de la cantidad, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el ritmo intestinal normal de cada persona. Hay muchas causas de diarrea, la más frecuente es debida a una gastroenteritis, causada por la ingestión de algún alimento en mal estado o bien por un virus.

Generalmente dura entre 24 y 72 horas, a veces puede acompañarse de vómitos. Además, suele haber dolor abdominal, y en algunos casos fiebre y sensación de malestar.

La mayoría de estos cuadros ceden con reposo, hidratación y dieta alimentaria que consiste en iniciar alimentos sólidos como arroz hervido con su caldo, zanahoria, o plátano rallado y si se produce una mejoría seguir con alimentos suaves a la plancha como pechuga de pollo o pescado, pan tostado, zumos de naranja; se debe evitar el consumo de productos lácteos durante 48 horas.

Este tipo de gastroenteritis no afecta al feto, a no ser que se produzca una pérdida de líquidos muy importante. Los síntomas de alarma son la fiebre alta, los vómitos y diarreas que impidan una correcta hidratación, dolor abdominal importante, aparición de sangre o moco en las heces o una duración del cuadro superior a las 48 horas.

☀ **Lumbalgia:** El dolor lumbar durante la gestación puede ser causado por muchas razones. En primer lugar la *progesterona* provoca una laxitud de los ligamentos y tejido conectivo que existe alrededor de los huesos de la región pélvica, de tal forma que puedan elongarse durante el embarazo.

Por otro lado, *el útero gestante cambia el centro de gravedad*, lo cual provoca un cambio postural, con tendencia a la lordosis lumbar, lo que puede provocar también dolor de espalda. Además, los *músculos abdominales* se pueden separar durante el embarazo, lo que empeora el dolor de espalda.

☀ **Dolor de Abdomen:** A medida que la matriz va creciendo aparecen ciertos dolores en la zona inferior del abdomen que las embarazadas explican "es como algo que me tira aquí" y que habitualmente el ginecólogo atribuye a dolores ligamentarios y de crecimiento de la matriz después de descartar otras causas posibles.

El dolor de abdomen, de tipo inmediato, se produce habitualmente por una *alteración del ligamento redondo*. Es un dolor punzante en la parte baja del abdomen que muchas mujeres experimentan al cambiar de forma brusca la posición, está causado por un estiramiento brusco de los ligamentos que fijan el útero en crecimiento.

Suelen ser más manifiestos entre las 14 y las veinte semanas, cuando el útero es lo suficientemente grande para experimentar esta presión en los ligamentos, pero no lo suficiente para descansar su peso sobre los huesos pélvicos. Se pueden minimizar este tipo de dolor con movimientos de forma lenta al cambiar de posición, algunas mujeres sienten alivio al sujetar el bajo abdomen con sus manos al cambiar de posición o con baños calientes.

Otro tipo de dolor durante el principio del embarazo, y muy diferente al explicado anteriormente, es un dolor que aparece bruscamente y que va aumentando de intensidad hasta hacerse realmente importante; generalmente va acompañado de una pérdida de sangre escasa por vagina. Podría tratarse de un embarazo localizado fuera de la matriz, o del *inicio de un aborto*, y por ello es obligatorio consultar con el médico de manera inmediata.

☀ **Dolores en los Costados:** Durante las últimas semanas, cuando el feto crecen y disminuye su espacio dentro del útero, colocan sus pies debajo de las costillas de su madre, produciendo una molestia a este nivel, a veces, desagradable.

Se puede intentar cambiar de postura para mejorar la molestia, suele mejorar al acercarse el momento del parto, debido al descenso de la cabeza fetal; estas molestias empeoran al sentarse o al estar en cama, mientras que mejoran al estar en posición de pie.

☀ **Estreñimiento:** El estreñimiento o constipación se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas o infrecuentes (menos de una deposición en 2 días), la defecación puede ser dolorosa, requerir un esfuerzo excesivo y la evacuación del recto ser incompleta.

Muchas veces lo que molesta no es el estreñimiento en sí, sino las sensaciones asociadas como el *meteorismo*, la *flatulencia*, malestar en la zona baja del abdomen, cansancio, y el mal humor que todas estas molestias produce.

El embarazo es un momento de la vida de la mujer especialmente predisponente a este problema, ya que existe una mayor relajación intestinal, y por tanto, la eliminación es más lenta. Por otra parte la presión del útero que va creciendo sobre los intestinos, altera su actividad normal.

☀ **Flujo Vaginal:** La vagina aumenta el aporte sanguíneo durante la gestación, adquiriendo una coloración rojo vinosa, haciéndose más blanda, lo que facilita su distensión durante el trabajo de parto.

La secreción vaginal aumenta sobre todo al final de la gestación. El flujo es claro y lechoso. Son parecidas a las pérdidas que muchas mujeres experimentan antes del periodo menstrual. Este tipo de pérdidas no deben ser motivo de preocupación, aunque puede ser incómodo y requerir la utilización de protectores .

Es importante mantener limpia y seca el área genital, y se aconseja utilizar ropa de algodón ya que permite la transpiración cutánea; nunca se debe usar ropa muy ajustada. Deberá acudir a consultar al especialista cuando este flujo vaginal cambie de características:

- *Flujo más espeso*, de color amarillento o verdoso, de olor desagradable o acompañado de picor o escozor. En este caso puede tratarse de una infección vaginal.

- *Flujo más líquido*, transparente, sin olor, "como agua", puede ser que se trate de una rotura prematura de las membranas. Muchas veces este hecho ocurre al final del embarazo (por encima de las 37 semanas) acompañado o no de contracciones y típicamente lo describen las mujeres como una pérdida brusca de agua por los genitales que moja la ropa interior o incluso los pantalones.

Sin embargo, a veces se presenta como pequeñas pérdidas de agua diarias que son continuas, difíciles de distinguir del flujo y solo se percibirán como un cambio en el flujo habitual y sobre todo por la sensación de estar continuamente mojada.

Tanto en un caso como en otro, se debe acudir al ginecólogo para confirmarlo, ya que *si se han sobrepasado las 34 semanas de gestación* probablemente se provocará el parto debido al riesgo a infección que existe cuando se pierde la barrera protectora de la bolsa de las aguas hacia los agentes externos.

☀ **Hemorroides:** Las hemorroides representan una de las afecciones más frecuentes de la población, apareciendo en el embarazo en el 20-50% de las mujeres. Se definen como un crecimiento de los venas que hay en el recto (plexos venosos hemorroidales internos y externos) parecidos a las várices. .

Los síntomas principales son las rectorragias (hemorragia de origen rectal), picores y dolor al defecar. Una complicación infrecuente puede ser la trombosis (formación de un trombo o acumulo de sangre espesa) de una hemorroide externa, se distinguirá de la molestia habitual si se padece de hemorroides, porque se tratará de un dolor constante de inicio repentino, que empeora al defecar, alcanzando su mayor intensidad a los 2-3 días y desapareciendo al cabo de una semana. Si en algún momento del embarazo, se presenta una hemorragia rectal, se debe consultar al médico para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento

☀ **Edema:** La hinchazón de los tobillos es la demostración más común del edema o retención acuosa que se produce durante el embarazo.

El edema se produce durante una gestación normal por dos razones: por un lado el *Crecimiento del útero comprime las venas* que transportan la sangre que proviene de la pelvis y las piernas, provocando un aumento de presión en ellas y produciendo una salida de agua desde las venas al tejido circundante, sobre todo en los tobillos y pies.

Y por el otro, el *Aumento de progesterona favorece la retención de agua*, se notará que hay retención de líquidos al ver un aumento del tamaño de los pies, que estarán más pesados.

☀ **Insomnio:** Cuando se acerca el final del embarazo muchas mujeres duermen mal, esta falta de sueño puede ir en aumento a medida que se acerca el momento del parto; para la madre cansada, las exigencias del parto y el cuidado posterior de su hijo pueden ser estresantes.

Es preciso valorar adecuadamente las causas del insomnio, para ello es necesario establecer cual es la pauta habitual del sueño: ¿existe dificultad en conciliar el

sueño por nerviosismo?, ¿Se despierta con frecuencia por los movimientos fetales?.

O por el contrario, ¿se despierta por la madrugada sin poder volver a conciliar el sueño?. Si se encuentra en esta última situación, puede ser síntoma de una depresión, por lo tanto si se mantiene y además, percibe otros síntomas como tristeza, cansancio, pocas ganas de hacer cosas, tendencia al llanto, deberá consultar con el médico. Sin embargo, la mayoría de los casos de insomnio se deben a la incomodidad del útero gestante y los cambios en la vida de la mujer que pueden producirle estrés o ansiedad.

☀ **Mareos o Vértigos:** El mareo genera una sensación de inestabilidad, debilidad muscular y visión borrosa (a veces con caída al suelo, *síncope*).

Hipotensión ortostática: lo más frecuente es que esté causado por un episodio de hipotensión ortostática (baja la tensión al ponerse de pie). Al levantarse bruscamente desde una posición sentada o acostada, se produce una disminución del retorno venoso y una disminución momentánea del aporte sanguíneo al cerebro, normalmente compensado automáticamente por los sistemas de regulación del organismo (sistema nervioso autónomo) produciéndose una taquicardia compensadora característica.

Hipotensión postural: otro tipo de hipotensión muy frecuente en el embarazo es la hipotensión postural. Ésta se produce al estar la madre estirada sobre su espalda, generalmente en el tercer trimestre de gestación. El útero en esta circunstancia oprime la vena cava, que retorna la sangre de los vasos de las piernas hacia el corazón, impidiendo dicho retorno y por tanto apareciendo una disminución de la sangre que va hacia el corazón y al cerebro, no sólo a la madre sino también al feto.

Se recomienda siempre que se descansa de lado, y mejor del lado izquierdo. Esta postura es la que debe adoptar una embarazada que presenta un mareo en decúbito supino.

☀ **Náuseas y Vómitos:** Se cree que las náuseas y los vómitos están causados por los cambios metabólicos, hormonales y químicos del inicio de la gestación; se suelen iniciar hacia la sexta semana y mantenerse hasta el segundo trimestre además afectan al 60-80% de las embarazadas y habitualmente son más frecuentes en gestaciones múltiples.

Alrededor de una de cada 300 gestantes desarrolla *Hiperemesis Gravídica*, es decir, una situación de vómitos continuos e importantes que llegan a ser peligrosos para la madre y el feto.

Se caracteriza por un trastorno metabólico en el que parecen estar implicados básicamente, dos tipos de factores. En primer lugar, *factores hormonales*, ya que, se ha correlacionado con la hormona propia del embarazo llamada hormona gonadotrópica coriónica. Así, procesos como el embarazo gemelar y la enfermedad trofoblástica (mola) predisponen a esta entidad.

En segundo lugar, se relaciona con *factores psicológicos*, en forma de problemas en el entorno familiar o social en el que se desenvuelve la embarazada.

Clínicamente se caracteriza por vómitos de moco y biliosos, y posteriormente alimentarios, que dificulta tolerar cierto tipo de alimentos. La intensidad de los vómitos puede ocasionar *deshidratación* con pérdida de fluidos y electrolitos, lo cual puede evolucionar hacia un cuadro grave de alteraciones hidroelectrolíticas.

Se presenta especialmente en el primer embarazo, durante el primer trimestre de la gestación, en mujeres jóvenes y en gestación múltiple.

☀ **Pechos Sensibles:** Durante el embarazo existe dolor en las mamas (mastalgia) que suele iniciarse coincidiendo con la primera falta menstrual. A partir del segundo mes las mamas aumentan de tamaño por acción de los estrógenos (hormona secretada por la placenta) y suelen hacerse visibles unas venas finas debajo de la piel (red venosa de Haller).

Los pezones aumentan de tamaño, se pigmentan y se tornan eréctiles y sensibles (especialmente con el frío), hacia la mitad de la gestación puede observarse la salida de calostro (primer tipo de leche que excreta la mujer, con alto contenido en grasas, para los primeros días del bebé).

La areola aumenta de tamaño y se pigmenta (se oscurece), y se pueden ver pequeñas elevaciones (tubérculos de Montgomery) que son glándulas productoras de grasa; todos estos cambios preparan el pecho para la lactancia materna, sin embargo, durante la gestación, los altos niveles de estrógenos y progesterona inhiben la producción de leche, y no es, hasta después del parto, cuando caen los niveles de dichas hormonas, que permiten la actuación de la prolactina (hormona que desencadena el proceso de producción de leche) junto con la oxitocina que permite su eliminación como respuesta a la succión del bebé.

No es de preocuparse si el bebé nace de forma prematura, los pechos estarán preparados también para la lactancia materna a partir del segundo trimestre del embarazo. La presencia de estos pechos aumentados y sensibles se mantendrá durante toda la gestación, aunque normalmente deja de molestar a partir del tercer o cuarto mes.

☀ **Síndrome Del Túnel Carpiano:** Es un problema muy frecuente durante la gestación, sobre todo en aquellas mujeres que usan mucho las manos como secretarias o en trabajos manuales; se debe a la compresión del nervio mediano (que pasa por la muñeca) al engrosarse los ligamentos que se hallan en la muñeca por la retención de agua propia del embarazo. Los típicos síntomas son dolor en las manos, hormigueo o quemazón en el dedo mediano e índice, con tendencia a que se caigan los objetos. Normalmente afecta, en la mujer gestante, a las dos manos.

☀ **Varices:** las venas varicosas o insuficiencia venosa superficial se caracterizan por la dilatación, alargamiento y tortuosidad de las venas de las piernas. *En su aparición intervienen varios factores:*

- Debilidad de la pared de las venas (muchas veces por herencia familiar).
- Aumento de la presión de las venas por estar de pie, por retención de agua, disminución del retorno de la sangre de las piernas, por compresión a nivel del abdomen (útero, prendas ajustadas).

Así, el embarazo es un momento muy propicio para la aparición de las varices, además las hormonas del embarazo relajan la pared de las venas; adicional a observar los vasos dilatados en las piernas, se puede sentir pesadez y cansancio, sobre todo al estar de pie, mejorando al andar o al elevar las piernas. También pueden aparecer calambres, sobre todo por la noche y en la zona de la pantorrilla, posteriormente picor en tobillos y en los pies, con manchas violáceas en la piel.

3.4.6 Patologías Asociadas al Embarazo ¹⁶

☀ **Embarazo Ectópico:** Ectópico significa "fuera de su sitio habitual". Así pues, el embarazo ectópico es la implantación y el desarrollo del embarazo fuera de la cavidad uterina.

En el 97% de los casos se desarrolla en las trompas de Falopio, siendo raros los casos en los que se produce en el ovario, cavidad abdominal y cuello de la matriz, se calcula que por cada doscientos partos hay tres embarazos ectópicos.

A pesar de los avances diagnósticos, en la mitad de los casos no se logra identificar la causa por la que se produce. En la otra mitad de los casos, el embarazo ectópico se ha asociado a la enfermedad inflamatoria pélvica, a la cirugía previa en la parte baja del abdomen (ya que por ejemplo las adherencias o

¹⁶ Lalonde, M. El concepto de "Campo de la Salud": una perspectiva canadiense. En Promoción de la Salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 557. 1996.

cicatrices internas pueden obstruir la trompa) y a la cirugía de las trompas. También se ha asociado al DIU (dispositivo intrauterino), fallos en la ligadura de las trompas y a algunos tratamientos para la esterilidad.

☀ **Insuficiencia Placentaria:** La insuficiencia placentaria va a afectar directamente al feto produciendo un abanico de posibilidades clínicas patológicas.

Las *formas leves* de insuficiencia placentaria son aquellas en que la enfermedad las ha producido de manera lenta o crónica dejando que el feto cree mecanismos de adaptación fisiológicamente difíciles de entender, que permitirán su supervivencia (por ejemplo en casos de hipertensión arterial, diabetes).

Las *formas graves* desgraciadamente son los casos en que el fallo placentario se produce de manera brusca o aguda provocando una afectación severa del feto (p.e. el desprendimiento de placenta masivo, muerte fetal intraútero, etc).

A veces existen causas *genéticas* o propias de la paciente, que evidentemente hoy por hoy no se pueden solucionar. Otras obedecen a causas *extrínsecas* como pueden ser:

- Ciertas enfermedades metabólicas de la madre (por ejemplo la diabetes).
- Determinadas alteraciones de la circulación (por ejemplo en mujeres que tienen hipertensión arterial).
- Algunas alteraciones inmunológicas (por ejemplo, en la incompatibilidad por el factor Rh, entidad en la que la sangre de la madre es Rh negativo, es decir, que no tiene el factor Rh, pero el feto es Rh positivo, es decir, que sí lo tiene, (debido al traspaso del factor procedente del padre), la madre produce una reacción frente a ese factor que le es desconocido, y provoca su ataque y destrucción, comportando la destrucción de los hematíes del feto).
- Por alteraciones infecciosas (por ejemplo en enfermedades como la sífilis, toxoplasmosis, rubéola ...).
- Por tóxicos como el tabaco o la polución ambiental.
- Por malnutrición, sobre todo por déficit de proteínas, de ahí la importancia de una buena nutrición durante el embarazo.

☀ **Placenta Previa:** Se define como placenta previa a la formación y desarrollo de la placenta en la parte más inferior de la matriz. Dependiendo de la relación

que exista entre la placenta y el orificio de salida (orificio cervical interno) se tienen diferentes tipos de placenta previa:

- *Placenta previa total*: La placenta se ha desarrollado tan abajo que tapa el orificio de salida.

- *Placenta previa parcial*: La placenta es baja pero no llega a cubrir totalmente el orificio de salida.

- *Placenta previa marginal*: El borde inferior llega a contactar mínimamente con el orificio de salida.

Representa una de las causas más importantes de *hemorragias* en el tercer trimestre del embarazo (se denominan así a las hemorragias genitales que aparecen después de la semana 27 de gestación).

A partir de esta edad gestacional el feto puede ser viable, de ahí que la conducta a seguir en esos casos depende muchas veces de que el feto ya esté maduro o no para salir en beneficio del propio feto o de la madre.

De todas maneras, en determinados casos, las hemorragias pueden iniciarse antes de esa edad gestacional, a veces de manera un tanto insidiosa, es decir, con pequeñas hemorragias que ceden espontáneamente, reapareciendo de nuevo a los pocos días. Esta enfermedad se presenta con una frecuencia de un caso por cada 200 partos.

☀ **Pre-eclampsia y Eclampsia:** Pre-eclampsia es una *enfermedad propia del embarazo*, que aparece a partir de las veinte semanas e incluso en el parto y en el post-parto inmediato. Se caracteriza por:

- *Hipertensión arterial*: Tensión arterial superior a 140/90 o a un aumento de 30 mm de mercurio en la tensión arterial máxima o de 15 mm. de mercurio en la mínima respecto a la habitual, en dos determinaciones separadas 6 horas.

- *Proteinuria*: Eliminación de proteínas (albúmina) por la orina.

- *Edema*: Generalizado y que no cede con el reposo.

Se definirá como *grave* si además se presentan los siguientes síntomas o signos:

- TA sistólica >160 o TA diastólica >110 mm. Hg en dos tomas separadas 6 horas.

- Proteinuria >5 gr/24 horas o 3 +++ (tiras reactivas positivas).

- Disminución de la cantidad de orina (oliguria < 400 ml. en 24 horas).
- Trastornos cerebrales o visuales como cefalea y fotopsias (lucecitas).
- Dolor epigástrico
- Edema pulmonar

La culminación de este proceso es **la Eclampsia**, estado caracterizado por su *especial gravedad*, en el que junto a las convulsiones, el coma o ambos, aparecen toda una serie de signos y síntomas que traducen las anomalías en gran parte de órganos del cuerpo.

☀ **Ruptura De Membranas:** La rotura prematura de membranas consiste en romper la bolsa de las aguas antes del parto, es decir, antes de tener contracciones de parto que dilaten el cuello de la matriz.

Hay varios factores que se asocian a la rotura de la bolsa de las aguas, entre ellos destacan: el tabaco, las infecciones vaginales, los antecedentes en partos anteriores, y la incompetencia cervical (que el cuello de la matriz no aguante el peso y se abra).

☀ **Tensión Arterial:** Los síntomas de alerta por los que se debe consultar al ginecólogo o acudir al centro de atención más cercano son:

- Aumento de peso en las últimas 2-3 semanas por encima del ritmo habitual hasta ese momento.
- Hinchazón o edema en pies, tobillos, manos y cara, de aparición rápida y progresiva en 2-3 semanas, que no ceden con el reposo.
- Dolor de cabeza persistente a pesar del tratamiento con analgésicos.
- Náuseas o vómitos.
- Dolor intenso en boca del estómago que no cede con antiácidos o dolor a nivel del hígado.
- Visión borrosa, lucecitas, puntos negros en el campo de visión.
- Convulsiones.

Sin embargo, como se ha afirmado anteriormente, si el control de la gestación es adecuado, la mayoría de ocasiones el diagnóstico es precoz y la aparición de complicaciones graves es infrecuente. Tras el parto, la norma general, es la recuperación total materna y la normalización de la tensión arterial y del resto de alteraciones de los distintos órganos (riñón, cerebro, hígado, sangre, etc).

Hay estudios recientes que relacionan el hecho de haber sufrido preeclampsia durante el embarazo y la predisposición de estas mujeres a enfermedades del corazón y de tensión alta en el futuro, por lo que será importante seguir un control médico después del parto.

☀ **Vulvovaginitis:**

- Candidiasis: es, con mucho, la infección más frecuente vulvovaginal durante la gestación. Aparece en el 33% de las gestantes, es decir el doble que en las mujeres no gestantes. Esto se debe a los altos niveles hormonales que aumentan la cantidad de glucógeno celular de la vagina (azúcar) favoreciendo el crecimiento de estos hongos. Es *más frecuente en las diabéticas y personas con la inmunidad disminuida*.

Repercusiones fetales: Es rara la afectación fetal, pero puede afectarse si contrae la infección en el canal del parto sobre todo la piel y las mucosas (boca) del recién nacido; esta infección se nota por la aparición de picor y escozor en la zona genital, flujo blanquecino muy espeso (tipo yogur griego) y enrojecimiento de los genitales externos.

El *tratamiento*, durante la gestación, se basa en primer lugar en medidas higiénicas:- No lavarse con frecuencia los genitales, ya que tanto el agua como el jabón favorece el crecimiento de los hongos (el jabón mata las bacterias normales y favorece el crecimiento de los hongos).

- Siempre limpiarse los genitales de delante hacia detrás.
- Comer yogures, que restablecen la flora vaginal y abdominal.
- Disminuir los alimentos con mucho azúcar.
- El estrés puede favorecer el desequilibrio de la flora vaginal.
- Los antibióticos matan a las bacterias buenas (las de la flora normal) y las malas, pero no los hongos, por lo que aprovechan para crecer. Por tanto, siempre se tomarán bajo prescripción del especialista.
- Existen tratamientos a base de pomadas u óvulos (supositorio que se introduce en la vagina) efectivos y que pueden administrarse durante la gestación, siempre bajo prescripción médica.

- Vaginosis Bacteriana: desequilibrio en la flora vaginal, que representa la sustitución del *Lactobacillus sp*, bacteria predominante en la vagina en condiciones normales, por flora microbiana, destacando la *Gardnerella vaginalis*. Clínicamente se presenta como un flujo homogéneo, maloliente (olor a pescado), de color amarillento, y provocando la sensación de "mojada", si bien en la mayoría de pacientes no se produce ninguna molestia.

Repercusiones fetales: aumenta el riesgo de corioamnionitis (infección membranas placentarias), parto prematuro, rotura prematura de membranas e infección tras el parto.

Tratamiento: antibióticos vía oral u óvulos si el médico lo considera necesario.

- *Microorganismo Chlamydia Trachomatis:* microorganismo presente en el 37% de las embarazadas, que tampoco suele dar molestias. Sin embargo, puede dar lugar a *conjuntivitis* en el bebé si adquiere la infección al pasar por el canal del parto.
- *Bacteria Streptococo Agalactia:* es un germen presente de forma habitual en el intestino sin producir ninguna alteración, a veces este germen pasa a la vagina. Esto ocurre en un 20-30% de las gestantes, muchas veces de forma intermitente, sin producir ninguna molestia a la madre.

Sin embargo, si está presente en el momento del parto en la vagina, *puede afectar al feto* y en uno de cada 1.000 recién nacidos provocar una infección diseminada.

Por ello, durante en el tercer trimestre, el obstetra tomará una muestra del flujo de vagina y del recto para determinar si se presenta este germen y si es así, realizar un tratamiento antibiótico a la madre durante el parto, para evitar la infección del bebé.

☀ **Amenaza de aborto:** Es la presencia de metrorragias o contracciones uterinas en una mujer embarazada. En esta situación se debe visualizar el cuello uterino y comprobar que está cerrado, a la mujer se le recomendará reposo en cama y abstención de esfuerzos físicos.

Se debe solicitar una Beta-HCG y una ecografía obstétrica para descartar otras patologías (embarazo ectópico, mola...) También permite evaluar la viabilidad ovular. En cualquier caso el embarazo pasa a ser de alto riesgo obstétrico.

Si la metrorragia fuera muy importante, si existieran restos placentarios o el cuello estuviera abierto, se estaría en presencia de un aborto en curso y la derivación al hospital se debe realizar de manera urgente.

☀ **Desprendimiento prematuro de la placenta:** Se le denomina también *abruptio placentae* y se entiende por tal, aquella placenta que después de las 22 semanas de gestación y antes del tercer trimestre se desprende de su implantación normal.

Los síntomas habituales son el sangrado vaginal y las contracciones uterinas dolorosas. En esta situación se remitirá a la paciente a un hospital con el fin de confirmar el diagnóstico, valorar el grado de desprendimiento y hacer el diagnóstico diferencial con la placenta previa que puede cursar con los mismos síntomas.

☀ **Embarazo prolongado:** Se considera prolongado aquel que dura más de 42 semanas. Su presencia real ocurre en el 1-2% de todos los embarazos, la mayoría de los posibles embarazos prolongados son debidos a errores en la fecha de la última regla.

Si no existe una ecografía precoz que permita asegurar el tiempo real de gestación, se le remitirá a un nivel secundario para estudios complementarios (amnioscopia, amniocentesis, test de oxitocina, etc.) que permitan conocer el grado de madurez fetal y decidir entre continuar la gestación o provocar el parto.

☀ **Oligoamnios:** Fisiológicamente en las últimas semanas de gestación descende la cantidad de líquido amniótico. En la práctica clínica habitual y en ausencia de síntomas y signos clínicos que lo hagan sospechar (dolor inducido con los movimientos fetales o a la palpación, tamaño uterino inferior a lo esperado, etc.) vendrá determinado por la ecografía, y si es de pocas semanas de evolución y al final de la gestación, en ausencia de otros datos puede indicar post-madurez fetal.

☀ **Parto prematuro:** Se denomina así la presencia de contracciones uterinas al menos cada 10 minutos antes de la 37 semana de gestación. Las gestantes en riesgo de parto pretérmino deben de ser incluidas en un programa específico y derivadas a un nivel especializado.

☀ **Polihidramnios:** Es la presencia de líquido amniótico en cantidad superior a 2000 ml. Habitualmente es indicativo de patología fetal o embarazo gemelar. Se puede sospechar ante un tamaño uterino superior a lo esperado, dificultad para palpar el feto o tonos cardiacos alejados. La confirmación se obtiene por la ecografía y siempre se remitirá a un centro especializado para su estudio.

☀ **Anemia:** La anemia es un problema frecuente en el embarazo, en ausencia de otros datos que hagan sospechar otras patologías diferentes, suele ser debida a déficit de hierro y cursa como una anemia leve con una hemoglobina entre 10 y 11 y un hematocrito entre 30 y 33.

El tratamiento aconsejado es la administración de sulfato ferroso, 500 mg/día, en dosis equivalente a 100 de Fe elemental, dos o tres veces al día según el grado de

anemia. También puede ser aconsejado como tratamiento profiláctico a partir de la 21 semana de gestación a dosis de 100 mg. de Fe elemental una vez al día.

☀ **Bacteriuria asintomática:** Es la presencia de más de 100.000 colonias de bacteria por ml. de orina, sin datos clínicos de infección urinaria. Es un problema frecuente que afecta a casi el 5% del total de embarazos. Si no se trata, el 30% desarrollará una pielonefritis.

Se deben tratar todos los casos según antibiograma, nunca con trimetropin-sulfametoxazol. Los embarazos con bacteriuria asintomática o infección urinaria deben ser seguidos a lo largo del embarazo, con cultivos urinarios frecuentes entre 4 y 6 semanas y a las 6 semanas post-parto.

☀ **Infección Urinaria:** Es la presencia de disuria y polaquiuria, en ausencia de datos que indiquen infección urinaria de vías altas. Se debe proceder igual que en la bacteriuria asintomática.

Si las molestias urinarias son muy importantes, mientras se recibe el resultado del cultivo de orina y el antibiograma se puede iniciar tratamiento con cefuroxima axetilo 250 mg cada 12 horas, Amoxycilina 500 mgr+ Ácido clavulanico 125 mg cada 8 horas, Nitrofurantoina 50 mg cada 6 horas, tomado con los alimentos recordando que puede producir glucosurias falsamente positivas debiendo usarse con prudencia antes del parto por el riesgo de hemólisis neonatal y también con Fosfomicina 50 mg cada 8 horas o Fosfomicina-Trometramol 3 gr en dosis única nocturna.

Todos estos antibióticos tienen unas tasas de resistencia a E.Coli muy bajas y éste es el principal patógeno que se aísla en orina.

Son todos antibióticos seguros en la embarazada, la FDA los clasifica en función del riesgo como B, es decir sin evidencia de riesgo fetal en humanos y que los estudios en animales no han demostrado riesgo teratógeno fetal.

3.4.7. Prevención de malformaciones congénitas¹⁷ Se debe informar sobre los riesgos de cromosopatía, defectos del tubo neural y otros. Para la realización de diagnóstico prenatal se usan:

Marcadores bioquímicos (mujeres menores de 35 años): Consiste en la determinación plasmática de alfafetoproteína y beta-HCG, indicadas cuando exista la posibilidad de realizar una ecografía de alta resolución cuando son

¹⁷ Delgado A. Formación y desempeño asistencial de los médicos de familia en la atención a la mujer. Comunicación al XV congreso de la SemFYC. 2002. Aten Primaria 2002;16(supl):106-108.

patológicas y antes de proponer la realización de una amniocentesis.

La determinación de alfafetoproteína y beta- HCG se deben realizar entre las semanas 14 y 16 y deben repetirse si resultan patológicas. A partir de dichas determinaciones bioquímicas y teniendo en cuenta la edad materna, fecha de la última regla, edad de la embarazada y peso, mediante programas informáticos se calcula el índice de riesgo de síndrome de Down y defectos tubo neural (DTN).

Así, se puede aconsejar la realización de una amniocentesis en el caso de que dicho índice sea superior a 1/270 para el Síndrome de Down y una alfa-fetoproteína 2,5 veces superior al nivel medio para el tiempo de gestación (definido por cada laboratorio) como marcador de riesgo para los defectos del tubo neural.

Aspecto importante para la correcta valoración de dichas determinaciones bioquímicas es que se debe conocer con exactitud la edad gestacional. Hay mujeres que no desean someterse a esta prueba por no ser partidarias de interrupción de la gestación, no obstante, es obligatorio el informar del diagnóstico prenatal en cualquier situación.

3.4.8 Muerte perinatal: Muerte del producto que alcanza un mínimo de 1000 gramos o 28 semanas de gestación y hasta los siete primeros días de vida, también están sujetas a este marco las muertes ocurridas en el período neonatal tardío (entre los 7 y los 28 días de vida) si la causa es atribuible a entidades o riesgos ocurridos en el período perinatal. Las defunciones del producto antes de las 28 semanas de gestación no se consideran muertes perinatales¹⁸.

3.4.9 Muerte materna: Defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente del sitio y del tiempo de duración de éste; para considerar muerte materna, la defunción debe estar relacionada o agravada por el proceso mismo del embarazo, el parto, el puerperio o la atención recibida durante estos procesos. También están en este marco las muertes ocurridas en un período posterior pero cuya causa sea atribuible al proceso de reproducción o a su atención. Se excluyen de esta clasificación las muertes ocasionadas por accidentes, envenenamientos y homicidios.

¹⁸ Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolo de vigilancia epidemiológica para mortalidad materna y perinatal., Medellín, 2005. p.25

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Para la intención investigativa del presente proyecto y de acuerdo a las particularidades propias del mismo, los investigadores consideraron apropiado aplicar “el enfoque descriptivo”; ya que este permite referir e interpretar los hechos, las situaciones y eventos, además mide diversos aspectos del fenómeno a investigar. Así, el objeto de la investigación descriptiva consiste en describir y evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del ‘tiempo’.

En la investigación descriptiva se analizan los datos reunidos para descubrir así, cuáles variables están relacionadas entre sí; sin embargo, es habitualmente difícil interpretar qué significan estas relaciones, por tanto el investigador puede interpretar los resultados de una manera, pero ésta será sólo una de las varias maneras de interpretarlos¹⁹.

4.2 POBLACIÓN

En consideración con los lineamientos del planteamiento del problema, la población definida para esta investigación estuvo compuesta por los siete profesionales de la salud y por las historias clínicas de las 705 gestantes proyectadas para su atención, ubicados en el período de estudio pertenecientes a la ARS de Comfamiliar Huila en la ciudad de Neiva, propias del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo.

4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Consecuentemente con lo expuesto en el ítem anterior, la unidad de análisis construida para esta investigación la conformaron cada una de las personas asignadas al programa de detección de las alteraciones del embarazo, pertenecientes a la ARS de Comfamiliar Huila en la ciudad de Neiva, ubicada en la Cra. 5 No.10-38 segundo piso y vinculadas laboralmente como mínimo desde el

¹⁹ Hernandez Roberto, Fernandez Carlos y Baptista Pilar. Metodología de la investigación. México:Mc Graw Hill 2002. p.120

primer trimestre del año 2005. Además, está constituida por la Historia Clínica de cada una de las gestantes inscritas en el programa de DTAE.

4.4 MUESTRA

Con relación al personal se obtuvo información de toda la población; de las Historias Clínicas se tomó un muestreo intencional de 71 Historias Clínicas, como un cálculo estimado de una proporción del 10% de las Historias Clínicas de la población gestante de 705 proyectada por la ARS,

4.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los criterios de selección de personal que se han considerado para la realización del trabajo son:

- Empleados asignados a detección de las alteraciones del embarazo: Que se desenvuelven en este programa preventivo específicamente.
- Interés: Deseo de expresarse y ser escuchados como una muestra clara de ser tenidos en cuenta y comprendidos dentro de su rol laboral.
- Historias Clínicas extraídas por cada mes: Para el primer, sexto y último mes se tomaron siete, en tanto que en los restantes nueve meses se tomaron otras 50 historias clínicas.

4.6 VARIABLES

Se definieron de acuerdo a la estructura, procesos y resultados que son claves para el cumplimiento de la función y la prestación de servicios de la A.R.S.

- Estructura: Hace referencia a las condiciones calificadas por los entes reguladores del estado, a través de estándares tanto tecnológicos como científicos que debe poseer una prestadora de salud con el fin de brindar una atención idónea, en este caso a las usuarias del programa de DTAE en la IPS COMFAMILIAR.
- Procesos: Alude a los pasos sistemáticos de mayor relevancia que se llevan a cabo con el fin de dar cumplimiento a los estándares demarcados por el Estado.

- Resultados: Entendidos como indicadores que señalan la efectividad de los procesos para garantizar calidad en la atención en salud.

Tabla 1. Variables

01. Estructura	02. Procesos	03. Resultados
Recurso humano: -Tipo de personal -Número -dedicación diaria	- Selección de personal. - Verificación de Títulos -Inducción. -Asesoría. -Capacitación. -Evaluación.	-Satisfacción del personal. -Satisfacción de las usuarias. -Oportunidad. -Capacidad resolutive -Cumplimiento de Indicadores.
Infraestructura e instalaciones físicas: -Distribución -Ventilación -iluminación -Seguridad -Comodidad	-Verificación periódica de las condiciones físicas. -Identificación de factores de riesgo. -Aplicación de correctivos. - Planes de mejoramiento.	- Satisfacción del personal. - Satisfacción de las usuarias. - Mayor cobertura.
01. Estructura	02. Procesos	03. Resultados
Dotación y mantenimiento de equipos: -cantidad -calidad -soporte técnico	-Adquisición. -Mantenimiento. -Distribución. -Verificación -Hojas de vida para cada equipo.	- Exámenes completos. - Atención segura, oportuna y precisión en los diagnósticos e intervención.
Insumos y su gestión: -Cantidad -Calidad -Disponibilidad	-Adquisición, almacenamiento distribución y administración de insumos - Registro sanitario. -Control del stock de medicamentos e insumos. - Solicitud de faltantes. -Revisión ambiente de la bodega.	-Oportunidad de exámenes diagnósticos, tratamientos usuarias. - Oferta de medicamentos e insumos óptimos.
Procesos prioritarios asistenciales: -Existencia -Documentación	- Capacitación - Actualización de guías -Divulgación -Verificación	- Detección oportuna de alteraciones. - Diagnóstico pertinente. - Atención integral, segura. - Elaboración de un plan de tratamiento efectivo Satisfacción de usuarias y prestador.
Historia Clínica y registros asistenciales: - Existencia -Identificación -Anexos	-Apertura de Historias Clínicas. - Diligenciamiento, archivo, custodia y conservación. - Diligenciamiento de formatos según la norma.	- Historias Clínicas completas sin enmendaduras. - En buen estado de conservación. - Continuidad en la atención médica.

	- Capacitación.	-Buen control y seguimiento de las usuarias.
Interdependencia de servicios: Laboratorio clínico y farmacia: -Existencia -Dotación -Ambulancia	-Coordinación entre servicios. -Transporte e instalaciones -Convenios interinstitucionales.	-Satisfacción de usuarias. -Atención oportuna e integral.
Referencia de pacientes: -Existencia de: red de prestadores, guía, manuales y procedimientos	-Capacitación. -Evaluación. -Verificación del funcionamiento de la red. -Evaluación de los servicios interinstitucionales.	- Flujo de información médica según especialista necesario. - Atención oportuna, segura, pertinente.
Seguimiento a riesgos: -Existencia de políticas institucionales -Comités -Registros	Seguimiento, reporte y evaluación de riesgos prioritarios.	-Atención segura

FUENTE: Sistema único de habilitación para prestadores de servicios de salud.

4.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para enriquecer de un mejor modo la captura de información que suministra un contenido más amplio al proceso investigativo, se acogió lo relacionado con la triangulación de técnicas; es decir, adicional a la observación, se anexaron el cuestionario y un formato de evaluación de habilitación, estructura y procesos.

La observación directa, la cual consiste en “ver” y “oír” hechos y fenómenos que se desean estudiar; pero debe tener claridad en: servir a un objetivo definido de investigación, ser planificada sistemáticamente, estar controlada sistemáticamente, y estar sujeta a comprobación y controles de validez y fiabilidad.

La comprobación y los controles de validez para a fiabilidad de la observación, aluden a la planeación cuidadosa del proceso y la clara definición de lo que se quiere observar; para tal efecto se inició con definir los componentes básicos, así como los adicionales de la situación foco de interés.

Una segunda instancia se compone del entrenamiento y la preparación del investigador con respecto a las siguientes habilidades: Capacidad de concentración, escritura descriptiva, diferenciación entre detalles importantes y triviales, atención selectiva, perspectiva global de la situación observada, experimentación subjetiva de la situación, comprensión de las reglas

organizacionales del contexto, y el registrar las observaciones objetivas.

En cuanto al registro de las observaciones, se establece un diario de campo que constituye una fuente importante para ponderar la información en tanto que alerta sobre vacíos y deficiencias en los datos²⁰.

El formato de evaluación de habitación, estructura y procesos es un instrumento elaborado por el Ministerio de Protección Social para la realización de este tipo de actividades de auditoria y adaptado para el presente objeto de estudio. (Anexo A)

Finalmente, el cuestionario, cuya principal característica según Wisberto Navarro²¹, es que las preguntas así como las respuestas se dan por escrito y no necesitan la mediación de quien las aplica.

²⁰ Bonilla C. Elsy y Rodríguez S. Penélope. Más allá del dilema de los métodos. Grupo editorial Norma, 2ª ed. Ediciones Uniandes. 2000. p120-129.

²¹ Navarro, Wisberto. Investigación y educación. Epistemología, metodología, técnicas y proyectos. Facultad de Educación Universidad Surcolombiana. 2005. p.88.

5. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se hace una descripción de los factores determinantes en el cumplimiento de la A.R.S. frente al programa de DTAE, así:

5.1 CONDICIONES BASICAS, TECNOLOGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN LA IPS DE COMFAMILIAR HUILA

- *Recurso Humano:* El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio, o con la adecuada supervisión si se trata de personal en entrenamiento.

Tabla 2. Estándar Uno: Recurso humano

CRITERIO	C	%	NC	%
C.B.				
Los especialistas, profesionales, tecnólogos y auxiliares asistenciales, cuentan con un título de reconocida institución por el Estado.	X	20		
Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en su campo de acción.	X	20		
El proceso de selección del personal incluye la verificación de los títulos de grado, previo a su vinculación.			X	20
Si existe personal en entrenamiento, se encuentra bajo supervisión de profesionales autorizados para prestar servicios de salud.	X	20		
C.E.				
Contar con el profesional de la salud según el servicio ofrecido	X	20		
TOTAL	80%		20%	

El estándar del recurso humano tiene un índice de cumplimiento de 80%; la cifra que corresponde al incumplimiento está en un 20% y se relaciona con la necesidad de verificación de los títulos de grados por parte de las instituciones educativas, acción que la A.R.S no realizó en su totalidad dentro del período de investigación, pues en las carpetas de las hojas de vida se halló correspondencia cuya fecha de radicación era noviembre del 2006, en tanto que en otras no fue posible observarla, pero, según palabras de la responsable sobre este proceso dichos tramites ya se habían realizado.

Dado que según la resolución No.1439, cuando hay incumplimiento de un solo criterio se da lugar al no cumplimiento del estándar, los anteriores resultados muestran que la A.R.S. no cumple con las condiciones mínimas propuestas por la Resolución para el estándar de Recursos Humanos.

- *Infraestructura e Instalaciones Físicas y su Mantenimiento:* Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Tabla 3. Estándar Dos: Infraestructura e instalaciones físicas y su mantenimiento

CRITERIO	C	%	NC	%
C.B.				
La institución garantiza el suministro permanente de los servicios públicos domiciliarios y sistemas de comunicación y la evacuación de los residuos sólidos.	X	14.3		
En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras y servicio de odontología se poseen procesos de asepsia y limpieza profundos, con estructuras impermeables, sólidas de fácil aseo.	X	14.3		
Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda hacia los espacios libres.			X	14.3
C.E.				
Consultorios con espacio cerrado con dos ambientes (entrevista-examen físico).	X	14.3		
Disponibilidad de unidad sanitaria para pacientes.			X	14.3
Lavamanos en el consultorio odontológico.	X	14.3		
Ambientes exclusivos y delimitados en odontología, con varias unidades odontológicas.	X	14.3		
TOTAL	71.5 %		28.5%	

Sobre el segundo estándar el cumplimiento es un 71.5% frente a un incumplimiento de un 28.5% relacionada con la unidad sanitaria para pacientes que aunque existe en buenas condiciones carece de papel higiénico y toalla de manos, situación que a la postre se constituye en un factor de fácil manejo para alcanzar las condiciones mínimas de cumplimiento para el presente estándar en concordancia con la normatividad. En cuanto al área de circulación se carece de barandas laterales para la seguridad de las usuarias cuando tienen que desplazarse al 2º piso.

- *Dotación Y Su Mantenimiento:* Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.

Tabla 4. Estándar Tres: Dotación y mantenimiento

CRITERIO	C	%	NC	%
C.B.				
La institución solo utiliza equipos que cuentan con condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X	6.2		
Se garantiza el mantenimiento de los equipos biomédicos con un programa de revisiones periódicas preventivas, cuyo proceso se consigna en las hojas de vida de los equipos.	X	6.2		
C.E.				
Cuenta con:				
Camilla	X	6.2		
Tensiometro y fonendoscopio	X	6.2		
Equipo de órganos de los sentidos			X	6.3
Balanza de pie	X	6.2		
Tallímetro	X	6.2		
Cinta métrica	X	6.2		
Termómetro	X	6.2		
Doppler o campana	X	6.3		
Equipo para toma de citologías	X	6.3		
Instrumental básico (espejo bucal, explorador, cucharilla de black, seca y pinza algodonerá)	X	6.3		
Pieza de mano de alta velocidad	X	6.3		
Material obturante	X	6.3		
Pastillas de placa reveladora	X	6.3		
Fluor	X	6.3		
TOTAL	93.7 %		6.3%	

Aquí el indicador de cumplimiento está en 93.7% mientras que en otro lado se presenta un incumplimiento del 6.3%, el cual se dio con relación a la no presentación del equipo de órganos de los sentidos en el momento de la visita; situación que propicia la inaplicación de este tipo de examen y su consecuente diagnóstico para las madres gestantes, con el riesgo de pasar por alto algún tipo de patología para la salud de la usuaria, además de plasmar un examen incompleto como evidencia de falta de calidad en el servicio.

En consecuencia, la A.R.S. no cumple con el estándar de Dotación y su Mantenimiento.

- *Insumos y su Gestión:* Se tienen diseñados y se aplican procesos para el manejo de los insumos cuyas condiciones de almacenamiento distribución y entrega condicionen directamente riesgo en la prestación de los servicios.

Tabla 5. Estándar Cuatro: Insumos y su gestión

CRITERIO	C	%	NC	%
Hay especificaciones técnicas para la adquisición, mantenimiento y distribución de los medicamentos e insumos asistenciales, productos biológicos, productos reactivos, dispositivos médicos, y también odontológicos.	X	20		
Los procedimientos de adquisición de medicamentos e insumos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA.	X	20		
Los medicamentos e insumos asistenciales, productos biológicos, productos reactivos, dispositivos médicos, y también odontológicos cuentan con condiciones para medir y controlar la humedad de su almacenamiento.	X	20		
Procedimientos de control para no rehusar insumos.	X	20		
Garantiza la disponibilidad permanente de insumos, medicamentos, productos biológicos, productos reactivos, dispositivos médicos, y también odontológicos.			X	20
TOTAL		80%		20%

En cuanto al cumplimiento del estándar aquí abordado se observa una cifra del 80% y un 20% de incumplimiento. Ese 20% habla de la no disponibilidad permanente de los medicamentos que requieren las usuarias lo cual conlleva a que algunas materns por escasez de recursos para su transporte o simplemente por falta de motivación, prefieran no retornar a reclamar los medicamentos, cuya no ingestión da lugar a riesgos como la anemia junto a consecuencias adversas en el crecimiento y desarrollo del feto, o agudizar cualquier tipo de afecciones o alteraciones detectadas durante el control (estreñimiento, flujo vaginal, entre otras).

En este orden de ideas el estándar de insumos y su gestión no cumple con los lineamientos mínimos consignados en la resolución.

- *Procesos Prioritarios Asistenciales:* Están documentados los principales procesos asistenciales, guía clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Tabla 6. Estándar Cinco: Procesos prioritarios asistenciales

CRITERIO	C	%	NC	%
Están definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, según los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.	X	20		
Guías clínicas de atención para las patologías que constituyen las primera 10 causas de consulta egreso, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios hospitalarios, cirugía, consulta externa y urgencias.	X	20		
Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud a nivel nacional.	X	20		
La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico.	X	20		
Los procedimientos, procesos y guías de atención son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X	20		
La institución realiza actividades dirigidas a verificar el cumplimiento de las normas técnicas, guías de atención y procedimientos.	X	20		
TOTAL	100%		0	

En este estándar se obtuvo el 100% y por tanto cumple con lo relacionado a los procesos prioritarios asistenciales.

- *Historia Clínica:* Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

Tabla 7. Estándar Seis: Historia Clínica

CRITERIO	C	%	NC	%
Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X	16.66		
Tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salidas de historias del archivo.	X	16.66		
Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.			X	16.7
Tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	X	16.66		
En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X	16.66		
Registros asistenciales diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X	16.66		
TOTAL		83.3%		16.7%

Aquí vale la pena aclarar que aunque el incumplimiento del ítem de la correcta identificación y anexos de la historia clínica en conjunto se muestra con un 16.7% frente a un 83.3% de cumplimiento, el análisis en profundidad de este aspecto deja información que lo revela como el punto de mayor dificultad para la institución, cuya importancia y trascendencia son tratados con detalle en el numeral 4.2.

- *Interdependencia De Servicios:* La institución dispone de servios asistenciales y de flujos críticos entre los servicios, indispensables para garantizar una atención oportuna e integral a los usuarios de los servicios.

Tabla 8. Estándar Siete: Interdependencia de servicios

CRITERIO	C	%	NC	%
Laboratorio clínico	X	33.3		
Servicio farmacéutico	X	33.3		
Disponibilidad de ambulancia	X	33.3		
TOTAL		100%		0

El alcance del 100% de cumplimiento por parte de la institución en interdependencia de servicios obedece al ofrecimiento de laboratorio clínico de primer nivel en óptimas condiciones, a brindar un servicio farmacéutico continuo y

a su convenio para proveer a las usuarias la disponibilidad de ambulancia; pero, si se relaciona con el estándar cuatro de insumos, la farmacia no dispone permanentemente de los medicamentos y por ende no cumple su misión esencial

- *Referencia De Pacientes:* Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

Tabla 9. Estándar Ocho: Referencia de pacientes

CRITERIO	C	%	NC	%
Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X	33.3		
Los equipos de comunicación necesarios para el contacto con la entidad de referencia			X	33.4
Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X	33.3		
TOTAL		66.6%		33.4%

Se evidencia un índice de cumplimiento del 66.6% al tener definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes junto a la definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes. El índice de incumplimiento del 33.4% es generado por el deficiente contacto con la entidad a la cual se le solicitan las transferencias o referencias; esta deja un vacío frente a situaciones donde la atención por ginecobstetra tarda mucho en darse y aun más cuando la valoración de este control no es entregado a la institución oportunamente –contrareferencias-, lo cual entorpece la eficiencia en continuidad de los controles posteriores, o sea, que decrece la posibilidad para determinar precozmente las alteraciones que puedan estarse dando en la madre y/o en el feto, a la par de la realización del tratamiento adecuado.

Además, sobre las remisiones a cursos psicoprofilácticos no hay evidencia de canalización por parte de la A.R.S. y por consiguiente de su seguimiento.

Por lo anterior se concluye que la A.R.S. no cumple con el estándar de referencia de paciente tal como lo estipula la resolución.

- *Seguimiento a Riesgos:* Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimientos de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud, definidos como prioritarios.

Tabla 10. Estándar Nueve: Seguimiento a riesgos

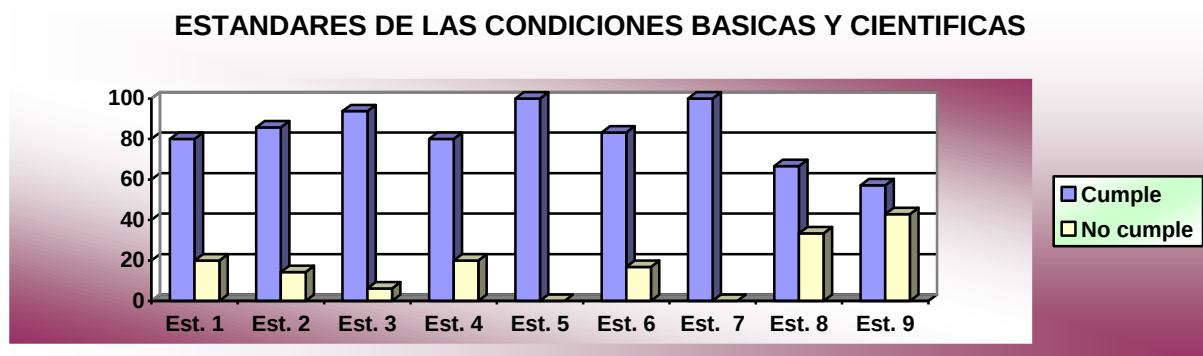
CRITERIO	C	%	NC	%
Detección y capacitación temprana de las gestantes antes de la semana 14 de gestación.	X	14.3		
Para los controles mensuales y según riesgo.			X	14.3
Para los últimos dos controles.	X	14.3		
Para las remisiones a odontología, administración de toxoide tetánico y diftérico además de curso de preparación para el parto.			X	14.3
Para la presencia del compañero o algún familiar al control.			X	14.3
Para el seguimiento a riesgos según los antecedentes personales, familiares, obstétricos, ginecológicos o los resultados de los exámenes de laboratorio; ya sean biológicos, nutricionales o psicosociales.	X	14.3		
Para la aplicación del SIVIGILA	X	14.3		
TOTAL		57.1%		42.9%

Para hacer mención al cumplimiento el valor arrojado es del 57.1%, con un 42.9% como incumplimiento; el incumplimiento está ligado a la reiterada falta de datos escritos donde se exprese la remisión al odontólogo o el seguimiento de la misma, por un lado; en tanto que de otro, está la inasistencia de acompañante a los controles de la madre gestante.

La inasistencia a control con el odontólogo, da oportunidad a que se presenten daños en la salud odontológica de la madre que oscilan entre la aparición de caries, deterioro de piezas dentales o enfermedades periodontales. Y en lo que atañe a la falta de acompañante, se ubica más en una deficiente calidad educativa para el círculo familiar inmediato de la paciente, los cuales para la identificación o afrontamiento de señales de alarma pasan a hacer un rol de baja participación e impacto, lo que a su vez puede agudizar y elevar el riesgo de alteraciones o muerte de la madre y del hijo por desconocimiento adecuado de este tipo de información.

Entonces, esta descripción evidencia que el estándar de seguimiento a riesgos no tiene cumplimiento por parte de la A.R.S.

Grafica 1. Estándares de las condiciones básicas y científicas



De acuerdo a la gráfica los dos estándares correspondientes por un lado a procesos prioritarios asistenciales y por otro a interdependencia de servicios alcanzan cumplimiento del 100%, y los siete restantes no; en síntesis la administradora de régimen subsidiado A.R.S. Comfamiliar Huila en el programa de DTAE para el tiempo comprendido entre el 01 de abril de 2005 al 31 de marzo del 2006, no cumplió con los requisitos mínimos consignados en la reglamentación legal establecida.

5.2 HISTORIAS CLÍNICAS

La historia clínica²² es un documento, que surge del contacto entre el Equipo de Salud y los usuarios, en la actualidad la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y de Ley.

La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades de:

- Docencia e Investigación: A partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías y publicaciones científicas.
- Epidemiología.
- Mejora continua de calidad: La historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad, puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-

²² BOTERO Jaime, Jubiz Alfonso y Henao Guillermo. Obstetricia y Ginecología 6ª ed., Medellín, Editorial Universidad de Antioquia. 2000. p.170-171.

sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

- Gestión y Administración: La historia clínica es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- Médico-legal.

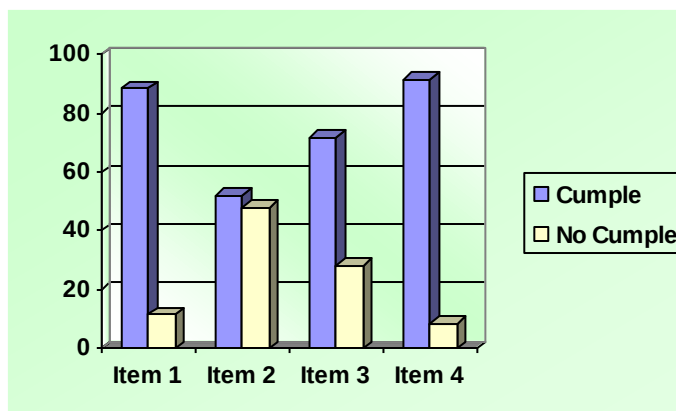
En consideración de lo anterior, y como factor de gran relevancia en el cumplimiento de la calidad exigida por Ley en la prestación de servicios de salud, el grupo de investigación vio la necesidad de aportar al presente estudio un reconocimiento de su manejo dentro de la institución de acuerdo a los resultados encontrados; utilizando para el efecto el formato de Evaluación de Historias Clínicas que aplica la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina.

A. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS

Tabla 11. Criterios administrativos

No.	ITEM	C	%	NC	%	TOTAL
1	La H.C. se encuentra ordenada cronológicamente según lo estandarizado por la empresa.	63	88.7	8	11.3	71
2	Se registra nombre completo del usuario, identificación, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, nombre de los padres, persona responsable, dirección, teléfono, A.R.S., y No. De afiliación o de solicitud de afiliación.	37	52.2	34	47.8	
3	Se registra nombre del médico o tratante con registro y sello.	51	71.8	20	28.2	
4	Todas las hojas se encuentran identificadas con nombre y No. De historia.	65	91.5	6	8.5	

Grafica 2. Criterios administrativos



Como se puede apreciar en la gráfica, el criterio administrativo que menos se cumple es el relacionado con los datos de identificación y ubicación de las

usuarias con un 47.8%, y dado que la falla se puntualiza sobre la información pertinente a los padres, o persona responsable; es de anotar como esto puede conducir a obstaculizar los procesos de seguimiento a las usuarias cuando estas faltan a sus citas y han cambiado su dirección, imposibilitando no solo la visita domiciliaria sino igualmente la labor de prevención que representan los controles oportunos durante el embarazo.

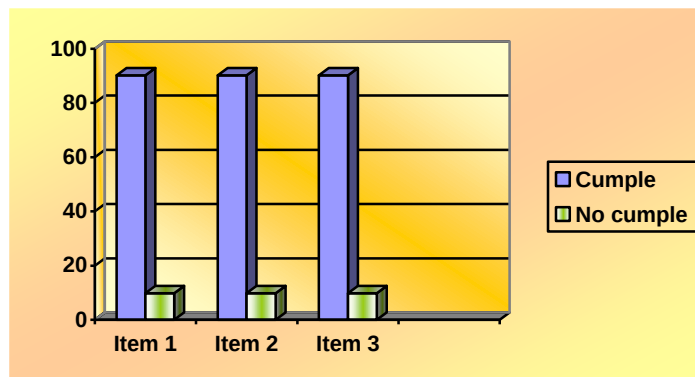
De hecho esta situación se evidencia en las valoraciones de habilitación precisamente sobre el seguimiento, donde los hallazgos exhiben una labor que no va más allá del llamado telefónico, el cual se convierte en la única alternativa de contactar a la usuaria, sin arrojar resultados positivos.

B. CRITERIOS CLÍNICOS

Tabla 12. Anamnesis

No.	ITEM	C	%	NC	%	TOTAL
1	Se registra motivo de consulta	64	90.2	7	9.8	71
2	Se registra antecedentes patológicos, médicos, quirúrgicos y familiares.	64	90.2	7	9.8	
3	Se registra revisión por sistemas.	64	90.2	7	9.8	

Grafica 3. Anamnesis

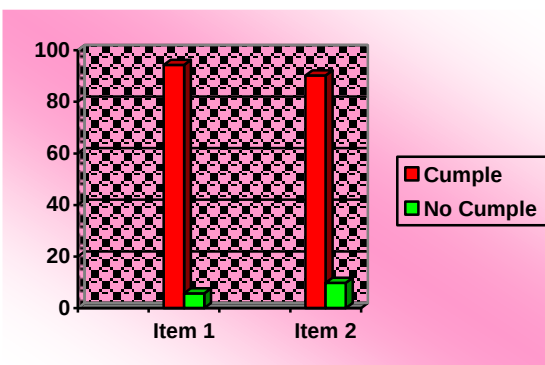


De acuerdo con la gráfica el nivel de incumplimiento para los tres ítems del criterio clínico es idéntico, con un índice del 9.8% frente a un cumplimiento del 90.2%, lo cual traduce en un buen manejo de este proceso. No obstante, es oportuno aclarar que las fallas sobre los registros de antecedentes patológicos y de revisión por sistemas, exponen a las usuarias a procedimientos errados en la atención médica ya sea en el control, ante una emergencia médica e incluso en el momento del parto. Es decir, es un peligro potencial para la salud y la vida tanto de la madre como del futuro ser; además, una falta de competencia en la atención tanto en la que recolecta los datos como en la futura atención.

Tabla 13. Examen físico

No.	ITEM	C	%	NC	%	TOTAL
1	Se registran signos vitales.	67	94.3%	4	5.7%	71
2	Se registran hallazgos en: cabeza, O.R.L., cuello, cardiopulmonar, abdomen, genitales, extremidades, sistema nervioso central, sistema nervioso periférico y piel.	64	90.2%	7	9.8%	

Grafica 4. Examen físico

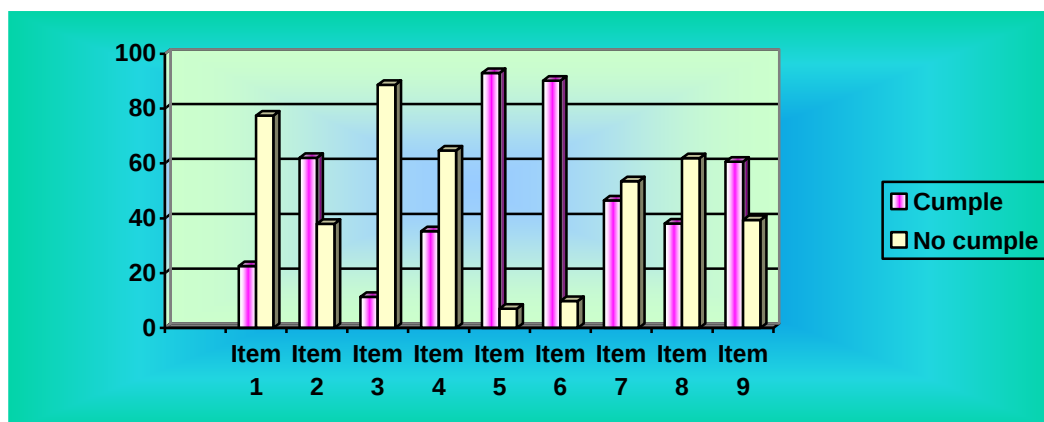


El examen físico tiene un papel muy importante en la salud de las gestantes, pues su objetivo es obtener información que permita la atención médica adecuada tanto para la madre como para el hijo, y aunque requiere del apoyo de ayudas diagnósticas como los exámenes de laboratorio junto a las ecografías –que se miden más adelante-, su índice de cumplimiento como proceso dentro del programa de PyP en DTAE con un 90.2% y un 94.3% por cada ítem, muestra una calificación positiva y concordante con los criterios establecidos por la institución en acatamiento de los parámetros determinados legalmente entorno a este tema.

Tabla 14. Intervención

No.	ITEM	C	%	NC	%	TOTAL
2	Se registra plan de tratamiento	16	22.5%	55	77.5%	71
7	Registra nombre de medicamentos formulados.	44	62 %	27	38 %	
1	Se registra la presentación, dosis y vías de administración de los medicamentos formulados (carbonato de calcio, ácido fólico y sulfato ferroso).	8	11.3%	63	88.7%	
3	Se registra la cantidad de medicamentos formulados.	25	35.3%	46	64.7%	
9	Se registran laboratorios ordenados (primer trimestre).	66	93 %	5	7 %	
8	Se registra imagenología ordenada	64	90.2%	7	9.8 %	
5	Se deja copia de las remisiones realizadas	33	46.5%	38	53.5%	
4	La historia clínica es legible	27	38.1%	44	61.9%	
6	Se identifica adecuadamente el profesional (firma nombre completo y/o sello)	43	60.6%	28	39.4%	

Grafica 5. Intervención



El manejo dentro del control prenatal debe hacerse en forma metódica pues cuando se limita las anotaciones de algunos datos, se puede facilitar la presentación de complicaciones que comprometan la salud ya sea de la madre o del hijo e incluso de ambos.

No obstante, esta consideración y de acuerdo con lo expuesto en la gráfica aparecen datos como los siguientes: El registro de la presentación, dosis y vías de administración de los medicamentos formulados (carbonato de calcio, ácido fólico y sulfato ferroso, entre otros) presenta un nivel de incumplimiento del 88.7% con alto el más alto de los ítems correspondientes al manejo, además esta el nivel de incumplimiento el registro de la cantidad de medicamentos formulados con un 64.7% aunado a la falta de registro del nombre del medicamento formulado con un 38.7%.

El estado anterior de las acciones citadas, afecta el seguimiento y evaluación clínica de los medicamentos dados a las gestantes para observar si la cantidad entregada es suficiente para el mes o hasta la próxima fecha de control por un lado, y conocer el costo real que este programa genera a la institución por concepto de medicamentos. En cuanto a lo más destacado, la salud de la usuaria, es de anotar que las consecuencias guardan una relación directa con la aparición de factores elevados de riesgo como anemia y afección del crecimiento y desarrollo del feto, para mencionar los más notorios.

Otros índices resultantes de los datos captados son: El registro del plan de tratamiento con un incumplimiento del 77.5% ubicado como el segundo porcentaje más alto, la historia clínica legible con un incumplimiento del 61.9%, la copia de las remisiones realizadas con 53.5%, y la identificación adecuada del profesional (firma, nombre completo y/o sello) con un 39.4%.

La descripción hecha con antelación deja ver una elevada dificultad de coherencia e hilaridad en los procesos de seguimiento y continuidad de la atención en control prenatal, ya que el plan de tratamiento es la ruta de acción para la prestación del servicio de atención médica a la gestante según los requerimientos específicos de la usuaria; tal situación se cruza con el hecho de que las historias clínicas no sean legibles puesto que es factible la existencia de un plan de tratamiento pero sin posibilidad de su lectura y comprensión, convirtiéndola en un contenido no funcional, lo que en suma incide en la calidad del servicio ofrecido a la paciente gestante cuyas consecuencias inhiben el logro de una verdadera prevención de alteraciones del embarazo.

En el mismo orden de ideas, la falta de copia sobre las remisiones realizadas hace que los controles posteriores no tengan certeza de la realización de la atención tanto por obstetra como por odontólogo; a la par, la falta de información de contrarreferencias de obstetricia deja a los controles posteriores en acciones sin continuidad y acierto en el seguimiento a la evolución de la paciente de la mano con el tratamiento adecuado para el embarazo.

La mayoría de las veces no se encuentra alusión a la remisión odontológica, siendo este de suma importancia durante el control prenatal, pues los cambios de PH de la saliva son uno de los mecanismos para el aumento de las caries así como también los cambios hormonales propios del embarazo propician episodios de enfermedad periodontal.

Idénticamente sucede con la remisión a los cursos psicoprofilácticos, no hay en todas las historias clínicas referencias sobre dicha remisión, desde luego, en las cuales es posible adelantar lectura; así, no es posible tener certeza sobre el manejo que se le esta dando a los cursos y su correspondiente seguimiento con las madres.

Sobre estos particulares la institución está en la obligación de establecer la responsabilidad del profesional del caso para poner en marcha los procesos por ella definidos para este tipo de eventos, que contribuyan al mejoramiento de la calidad del servicio así como de la institución misma; sin embargo, una deficiente identificación del profesional hace que dichas acciones posean dificultad en su realización y a su vez en la mencionada búsqueda de calidad.

Finalmente el registro de la imagenología ordenada con un incumplimiento de 9.8% junto al registro de laboratorios ordenados con un porcentaje de incumplimiento de 7%, se anexan a las dificultades de hilaridad ya mencionadas.

En síntesis, el control prenatal no solo debe ser frecuente sino ante todo cuidadosamente realizado ya que están en juego la salud y desde luego la vida

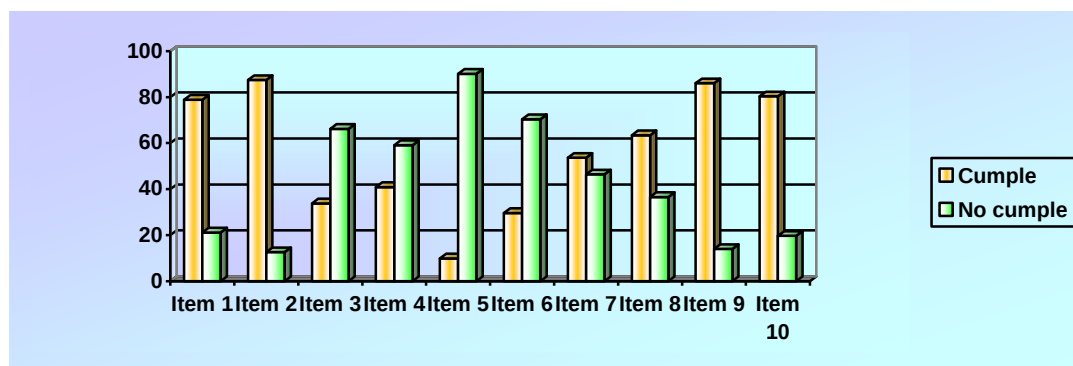
tanto de la madre como del hijo; de ahí que en cada control prenatal sea preciso verificar y registrar adecuadamente cada uno de los ítems contemplados en el manejo de la gestante, algo que con base en las evidencias encontradas no se llevó a cabo y por tanto deja al descubierto un servicio que eleva el riesgo de morbi-mortalidad en el embarazo.

C. CONTROLES POR MEDICO Y/O ENFERMERA

Tabla 15. Controles por médico y/o enfermera

No.	ITEM	C	%	NC	%	TOTAL
1	Se anota la hora y la fecha de cada control	56	78.9%	15	21.1%	71
2	Se anotan los signos vitales en cada control	62	87.4%	9	12.6%	
3	Se establece plan de tratamiento	24	33.8%	47	66.2%	
4	Se realiza formulación, dosis, cantidad y presentación de medicamentos.	29	40.9%	42	59.1%	
5	Las ecografías y/o exámenes de laboratorio solicitados se encuentran descritos en la H.C.	7	9.9%	64	90.1%	
6	Se registran en la historia instrucciones para el manejo ambulatorio	21	29.6%	50	70.4%	
7	Se identifica adecuadamente el profesional (firma nombre completo y/o sello)	39	53.6%	33	46.4%	
8	Los controles son legibles y completos	45	63.4%	26	36.6%	
9	Realización del ECLAP (peso, talla, altura uterina, semanas de gestación y paridad, etc.)	61	86 %	10	14 %	
10	Remisiones a odontólogo y ginecoobstetra	87	80.3%	14	19.7%	

Grafica 6. Controles por médico y/o enfermera



Para lo referente a los controles por médico y/o enfermera surgen indicadores que traen a colación aspectos ya abordados en el análisis previo, tal es el caso de incumplimientos en: Plan de tratamiento con un 66.2%; realizar formulación de dosis, cantidad y presentación de medicamentos con 59.1%; que las ecografías y/o exámenes de laboratorio solicitados se encuentren descritos en la H.C. con 90.1%; identificar adecuadamente el profesional (firma, nombre completo y/o sello) con 46.4%; que los controles sean legibles y completos con un 36.6% y sobre las remisiones a odontólogo y ginecobstetra con un 19.7%.

Adicional al incumplimiento de los seis ítems presentados en el anterior párrafo, dentro de los controles de interés se registra incumplimiento en otros cuatro, del siguiente modo: El registro en la H.C. de instrucciones para el manejo ambulatorio con 70.4%, la anotación de la hora y la fecha de cada control con un 12.6%, la realización del CLAP (peso, talla, altura uterina, semanas de gestación y paridad, etc.) con un 14%, y en la anotación de los signos vitales en cada control con un 12.6%.

El incumplimiento sobre las instrucciones para el manejo ambulatorio tiene relación con las acciones educativas orientadas hacia la preparación de la futura madre, de tal modo que su participación ante situaciones que ella identifique como signos de alarma, sea la más adecuada mientras acude al servicio de urgencias, y evitar de este modo el riesgo de muerte materna y/o fetal.

Ahora bien, la realización del CLAP o historia clínica perinatal – base, es indispensable como resumen completo de la paciente y de la evolución del embarazo, con ella se hace una consulta rápida además de justa sobre las condiciones en las cuales hasta el momento se ha llevado el control prenatal; pero, cuando este instrumento no se lleva en su totalidad obliga a hacer una relectura de todos los anteriores controles con el inconveniente del tiempo que ello implica y que le resta entonces espacio para el ejercicio del examen correspondiente al control de turno, que también puede llevar a la práctica de valoraciones incompletas, tal como se encontró en algunas historias donde no existen anotación de los signos vitales de la gestante.

Entonces, un examen de control prenatal incompleto, disminuye la capacidad para determinar si existen factores de riesgo o predecir si la gestación evoluciona normalmente de tal modo que la usuaria pueda llevar a feliz término su embarazo.

Adicional a lo ya citado, está el deterioro de la eficacia en los tiempos de consulta, que aunado a la verificación de los tiempos de espera, poseen dificultades para valorar su eficiencia cuando las historias clínicas de las pacientes dentro de los registros de las citas no se les escribe la hora; lo cual es el caso de los datos encontrados.

Y dado que, hablar de una buena calidad en atención solo se consigue con eficiencia, una realidad contraria como la ya narrada se vincula a la imposibilidad de brindar a las usuarias una atención que sea motivo de agrado y no de rechazo, característica que agudiza la ausencia materna a los controles; y esta a su vez, con el no diagnóstico oportuno de problemas para tratarlos durante la gestación; conjunto que en últimas lleva a no cumplir con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.

5.3 CUESTIONARIO SOBRE FACTORES QUE INFLUYERON EN LOS RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

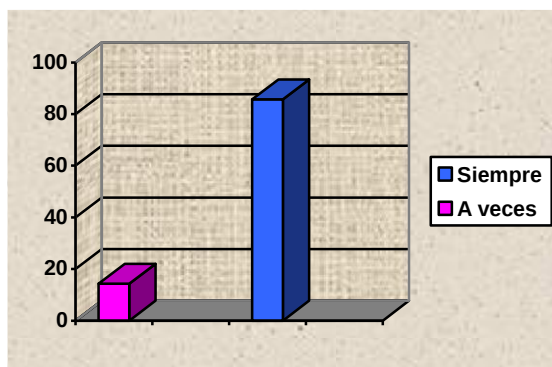
Una óptica de gran relevancia dentro del proceso investigativo se configura a partir del cliente interno, es decir, desde los empleados vinculados a la ARS y que son los responsables directos del desarrollo del programa de DTAE, para ellos se diseñó un cuestionario que arrojó los resultados que aparecen a continuación.

- *¿El personal ya sean médicos o enfermeras, tienen estabilidad en el servicio de atención para el control en las alteraciones del embarazo?*

Tabla 16. Estabilidad laboral

No.	OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
1	Siempre	6	85.7%	7
2	A veces	1	14.3%	
3	Casi nunca	0	0	
4	Nunca	0	0	

Grafica 7. Estabilidad laboral



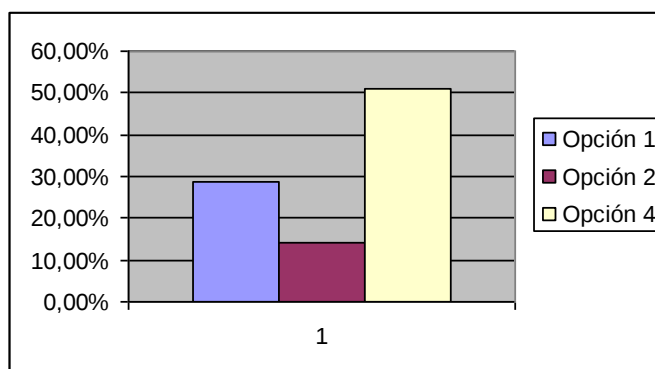
Las respuestas se inclinaron por la opción siempre con un 85.7%; dentro del programa de P y P en DTAE. Por tanto, hay una situación de discontinuidad del personal asignado a esta labor específica en un 14.3%, debido al tipo de contratación y rotación del personal.

- *El Personal asignado a la atención de las madres gestantes para el control de alteraciones del embarazo se configura así:*

Tabla 17. Equipo de trabajo

No.	OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
1	Médico, enfermeras, auxiliares y de entrenamiento	2	28.6%	7
2	Medico, enfermeras y auxiliares	1	14.3%	
3	Solo médico y enfermeras	4	57.1%	

Grafica 8. Equipo de trabajo



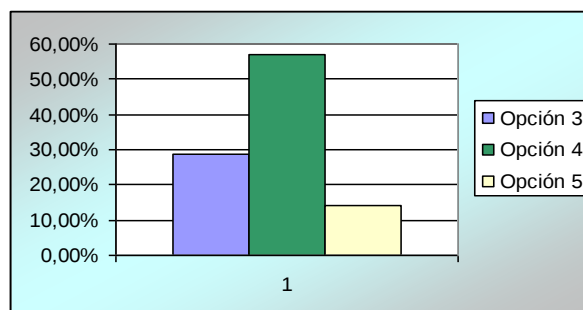
El conocimiento de este punto está marcado por la opción cuatro: “solo médico y enfermeras” con un 57.1%, que es el equipo básico que considera la norma.

- *Para el diligenciamiento de las historias clínicas se incluye:*

Tabla 18. Datos de las historias clínicas

No.	OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
1	Apertura con carné, número consecutivo, datos personales, registros específicos y anexos.	0	0	7
2	Apertura con cédula, número consecutivo, identificación del usuario, registros adicionales, anexos y firma del autor.	0	0	
3	Apertura con carné, número consecutivo, datos personales, registros adicionales, anexos y firma del autor.	2	28.6%	
4	Apertura con cédula, número consecutivo, identificación del usuario, registros específicos, anexos y firma del autor.	4	57.1%	
5	No responde	1	14.3%	

Grafica 9. Datos de las historias clínicas



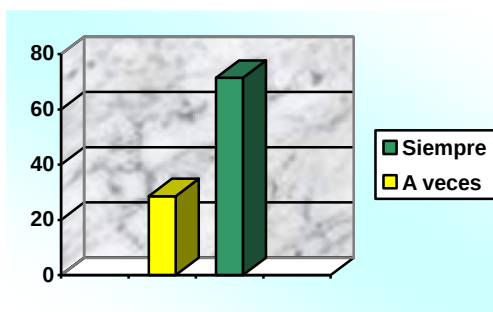
Tal como se aprecia en la gráfica, el indicador de 57.1% corresponde a la opción cuatro: “Apertura con cédula, número consecutivo, identificación del usuario, registros específicos, anexos y firma del autor”. Lo cual se traduce en un buen conocimiento de la mayoría del personal frente a la normatividad pertinente para esta acción dentro de los procesos del programa de PyP en DTAE. El término número consecutivo hace referencia a la organización del archivo.

- ¿El personal que se encuentra asignado al programa de detección en alteraciones del embarazo, recibe capacitación para la atención especial sobre las condiciones propias de la maternidad?

Tabla 19. Capacitación

OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
Siempre	5	71.4%	7
A veces	2	28.6%	

Grafica 10. Capacitación



La capacitación que brinda la empresa tiene un buen indicador ya que un 71.4% expresa que el personal asignado al programa en estudio siempre recibe

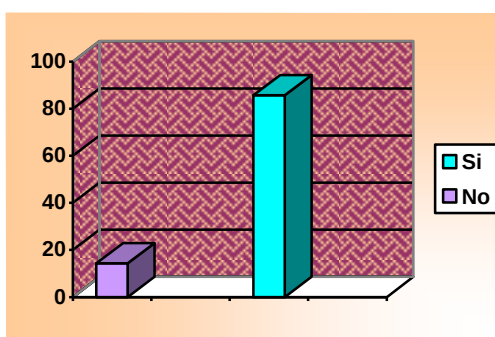
capacitación para lograr un buen desempeño de las funciones y responsabilidades asignadas dentro de su trabajo, situación que no se refleja en los resultados de verificación de la historia clínica; debido a la falta de un proceso de evaluación.

- *¿Las áreas físicas de servicio cuentan con la capacidad y comodidad necesaria para la atención de las usuarias que acuden a las citas de control para las alteraciones del embarazo?*

Tabla 20. Instalaciones físicas

OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
Si	6	85.7%	7
No	1	14.3%	

Grafica 11. Instalaciones físicas



Contrario a las respuestas obtenidas que apuntan en su mayoría a afirmar con un 85.7% que las condiciones de las instalaciones tienen la suficiente capacidad para brindar comodidad a las embarazadas que acuden al programa, en realidad los espacios son muy reducidos. De hecho, un corredor de espera en el espacio designado para el programa de PyP en DTAE, hace posible únicamente su circulación si las usuarias en espera tratan de llevar sus piernas hacia atrás o en algunos casos levantarse para dar paso; del mismo modo, el área donde atiende la auxiliar de enfermería que asigna las citas no permite que se acumulen más de dos usuarios frente a su escritorio de lo contrario se obstaculiza la apertura de la puerta de acceso a las instalaciones.

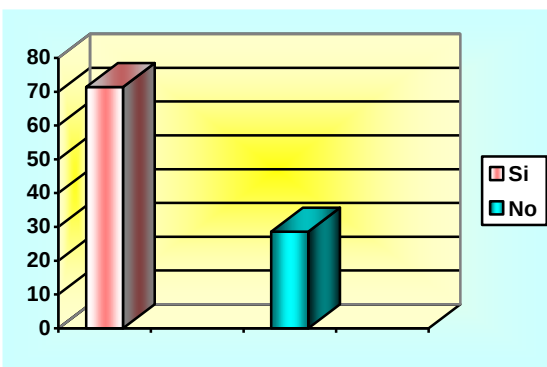
Este tipo de condiciones provocan la sensación de incomodidad y saturación que desestimulan a las pacientes para asistir con agrado bajo sus condiciones especiales de estado, al cumplimiento de los controles programados.

- ¿Existe un área que sea de exclusivo uso en el servicio de atención en detección temprana para las alteraciones del embarazo?

Tabla 21. Áreas de atención para DTAE

OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
Si	2	28.6%	7
No	5	71.4%	

Grafica 12. Áreas de atención para DTAE



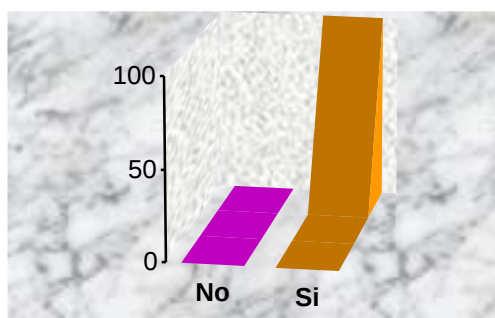
Efectivamente el área asignada no es únicamente para la atención de este programa, tal como lo señala el 71%. Allí, acuden igualmente los usuarios de otros programas de PyP, como el de los adultos mayores y los de hipertensión; situación que a la larga congestiona el espacio en algunas ocasiones al punto que se pierde el efecto del aire acondicionado que posee esta instalación.

- ¿Conoce usted la guía o norma técnica de atención en detección temprana para las alteraciones del embarazo?

Tabla 22. Conocimientos de normas para DTAE

OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
Si	7	100%	7
No	0	0	

Grafica 13. Conocimiento de normas para DTAE



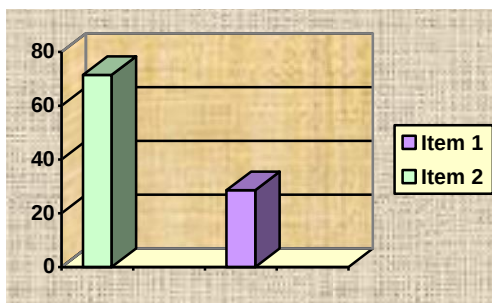
Resulta contradictorio un porcentaje del 100% en conocimiento de las normas para el programa de DTAE, cuando los hallazgos en los estándares y en el manejo de Historias Clínicas evidencian fallas que imposibilitan a la A.R.S. cumplir con los requisitos mínimos de habilitación.

- ¿Cuáles de los siguientes mecanismos se encuentran consignados en la mencionada norma?

Tabla 23. Mecanismos en guías para DTAE

ITEM	OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
1	Difusión, capacitación, evaluación y retroalimentación	1	14.3%	7
2	Atención, capacitación, evaluación y retroalimentación	6	85.7%	

Grafica 14. Mecanismos en guías para DTAE



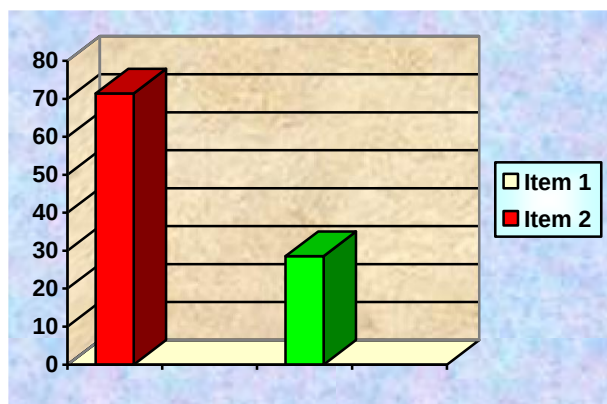
Las respuestas dadas por los funcionarios hablan de un manejo de guías adecuado, pero de nuevo vale la pena anotar que la realidad configurada con la información captada conduce a reflexionar que un conocimiento certero no es acorde con el incumplimiento de la aplicación de la norma.

- *Escriba las acciones a realizar en atención a las gestantes en control prenatal frente a cada enunciado: a. identificación e inscripción, b. consulta por primera vez por medicina general, c. consultas de seguimiento y control.*

Tabla 24. Datos sobre acciones para la atención prenatal

ITEM	OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
1	Datos Completos: (prueba de embarazo, acompañamiento, control periódico.)/ (elaboración de historia clínica e identificación de factor de riesgo- examen físico- Exámenes paraclínicos- formulación micronutrientes- remisión a odontología- carné materno)/ control prenatal por médico- control prenatal por enfermería)	2	28.6%	7
2	Datos Incompletos	5	71.4%	

Grafica 15. Datos sobre acciones para la atención prenatal



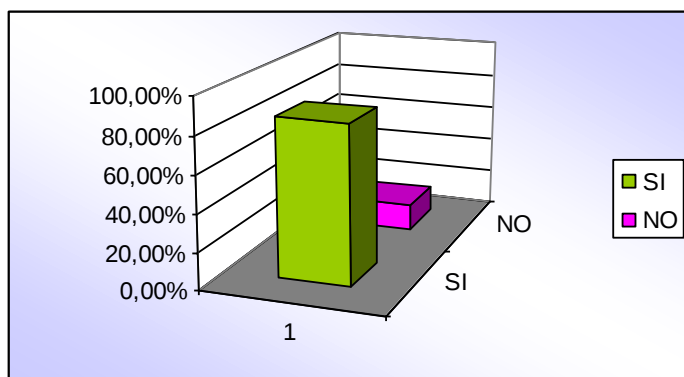
Revisadas las respuestas dadas por cada funcionario se encontró que solo 2 anotaron todas las acciones correspondientes a cada enunciado, mientras que 5 empleados que representa el 71.4%, respondieron en forma incompleta, lo cual muestra la falta de un mayor conocimiento en cuanto a lo exigido por la norma, aspecto que idénticamente se corrobora con los datos extraídos de las historias clínicas y que se hacen en forma más explícita en el análisis correspondiente.

- *¿Dispone la IPS de un servicio de atención 24 horas para urgencias de las madres gestantes?*

Tabla 25. Servicios de urgencias para DTAE

OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
Si	6	85.7%	7
No	1	14.3%	

Grafica 16. Servicios de urgencias para DTAE



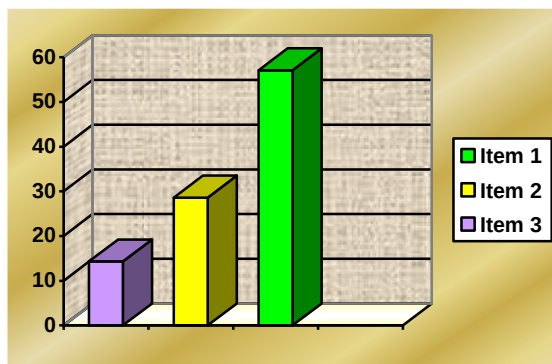
Hay un 85.7% que ratifica la existencia de la disponibilidad de un servicio de atención 24 horas para urgencias de las madres gestantes, lo cual hace, que la institución prestadora de un buen servicio en cuanto a este aspecto se refiere, a través de los convenios interadministrativos que fortalecen la red de servicios. No obstante, por observación se nota la ausencia de información en cartelera sobre la red de servicios.

- ¿Cuáles son los criterios de acceso a consulta prioritaria en el caso de las usuarias en control para las alteraciones del embarazo?

Tabla 26. Criterios de consulta prioritaria en DTAE

ITEM	OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
1	Dolor de cabeza intenso, Salida de sangre o líquido por la vagina, edema de miembros inferiores o cuerpo, dolores bajos, resultados de laboratorio alterados.	4	57.1%	7
2	Signos de Alarma	2	28.6%	
3	No responde	1	14.3%	

Grafica 17. Criterios de consulta prioritaria en DTAE



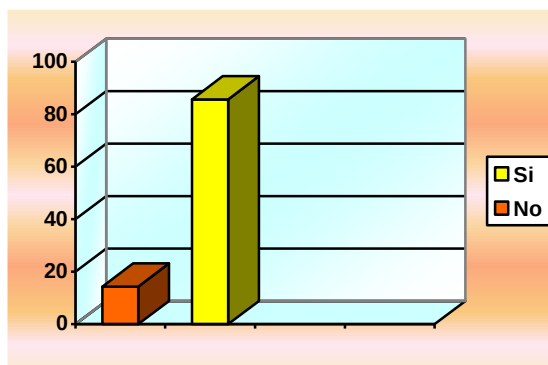
Según la gráfica un 57.1% posee información detallada sobre los criterios de acceso a consulta prioritaria en el caso de las usuarias de DTAE, que corresponde a sangrado vaginal, dolor de cabeza, pérdida de líquidos por vagina, ARO, entre otros; y un 28.6% se ubican en criterio generalizado que hace referencia a consulta por signos de alarma, en última instancia un 14.3% que no responde.

- ¿Es posible acceder a servicios de atención al control de las alteraciones del embarazo fuera de la IPS?

Tabla 27. Acceso de atención en DTAE fuera de la IPS

OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
Si	6	85.7%	7
No	1	14.3%	

Grafica 18. Acceso de atención en DTAE fuera de la IPS



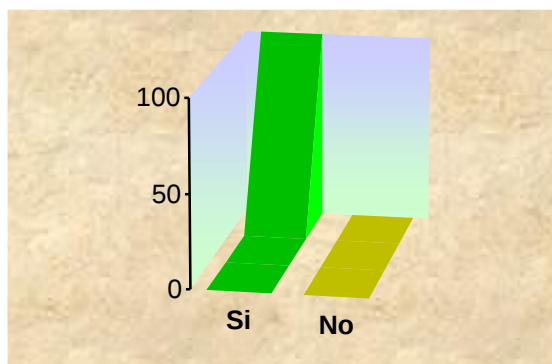
Un 85.7% afirma que la A.R.S. posibilita a sus usuarias de PyP en DTAE, el acceso a servicio fuera de su I.P.S., facilitando así la selección más adecuada para la gestante. En tanto que el 14.3% desconoce la red.

- ¿Se realiza seguimiento a los eventos de muerte materna y perinatal?

Tabla 28. Seguimiento a muerte materna y perinatal

OPCIÓN	NÚMERO	%	TOTAL
Si	7	100%	7
No	0	0	

Grafica 19. Seguimiento a muerte materna y perinatal



El porcentaje de 100%, en el seguimiento a los eventos de muerte materna y perinatal muestra el cumplimiento institucional de los controles establecidos no solo por la secretaria de salud local sino a nivel nacional, según las disposiciones legales para estos casos; cabe anotar que en el periodo objeto de la investigación no se presento ninguna muerte materna.

6. DISCUSIÓN

De acuerdo al proceso de habilitación tal como se encontraba estructurado por la Resolución 1439 de 2002, las visitas se llevaban a cabo sin involucrar una muestra numerosa de Historias Clínicas del mismo modo que no se detenían a evaluar al cliente interno en cuanto a la apropiación de conocimientos en relación con los protocolos y normatividades; más cuando este último aspecto es responsabilidad de la institución prestadora de servicios en salud, situación que es invariable dentro de la nueva Resolución 1043 de 2006. Pero, que si se tuvieron en cuenta para la investigación actual.

Los hallazgos aquí presentados son el producto de acciones adicionales a las contempladas tanto en los procesos de habilitación como a las realizadas propiamente al interior de la institución; por tanto, son situaciones innovadoras que permiten brindar aportes más profundos sobre la situación real de la ARS Comfamiliar del Huila en relación con el manejo del programa DTAE en la ciudad de Neiva, los cuales a su vez se correlacionan con los resultados obtenidos por la entidad sobre sus indicadores de gestión definidos por la Secretaría de Salud Municipal.

Dado que, el valor agregado del estudio se encuentran en el análisis de las historias clínicas y del cuestionario aplicado al cliente interno, a continuación se resaltan los aspectos más relevantes determinados por la investigación sobre estos puntos.

En lo concerniente a las Historia Clínicas, la Secretaria de Salud Municipal en su visita²³ de evaluación para el periodo de estudio aquí tomado, cita que un 40% las usuarias no son remitidas a odontología, el ECLAP no se diligencia en forma completa, que no cumplen con la Resolución 1995 del 2000 (falta de datos de identificación de la usuaria, letra ilegible por parte de medicina y auxiliares de enfermería y registros sin nombre de la persona que realiza el control). Anexo a lo descrito por la evaluación del ente regulador, la investigación halló que:

En algunas oportunidades se omite la información de signos vitales en los controles de las usuarias, en el examen físico; en el manejo, no se encuentran planes de tratamiento o son ilegibles, no se plasman las características ni la cantidad de los medicamentos y no están los anexos sobre imagenologías y exámenes paraclínicos.

Además, en el manejo de las Historias Clínicas se evidenció que el sistema de

²³ Secretaría de Salud Municipal (2005)

referencia y contrareferencia posee fallas, pues las mayoría de las remisiones son anotaciones sin el soporte correspondiente y en ninguna de las 71 muestras analizadas se encuentran datos de contrarreferencia a ginecólogo, odontólogo, ni se dejan pruebas de la verificación de asistencia a cursos psicoprofilácticos. En los controles de PyP por médico y/o enfermera; en ocasiones no se lleva la fecha y hora de los controles, ausencias de signos vitales e igualmente no están los anexos sobre imagenología y exámenes paraclínicos.

De otro lado, se tiene el cuestionario aplicado al cliente interno, cuyo contenido en primera instancia, muestra un concepto sobrevalorado en cuanto a las condiciones de habilitación de la ARS; en tanto que para una segunda instancia, existe incongruencia entre su autoevaluación de conocimientos pertinentes al manejo del programa de DTAE y otras preguntas del instrumento junto con los resultados arrojados por el estudio sobre el diligenciamiento de las Historias Clínicas.

Finalmente, y de acuerdo con lo antes descrito se puede afirmar que las acciones de capacitación llevadas a cabo por la ARS deben ser replanteadas para asegurar una apropiación cognitiva más eficaz con relación a los clientes internos, sumado a la implementación de alternativas que permitan una consulta oportuna sobre las normatividades para atender cualquier duda.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base a los resultados de la investigación se concluye que:

- Los factores que influyeron en los resultados de indicadores de gestión y de metas de cumplimiento para el régimen subsidiado en COMFAMILIAR HUILA, están relacionados con los estándares de estructura y procesos, que se derivan de las condiciones básicas para la habilitación de IPS y de los estándares de consulta externa de baja y mediana complejidad; varios factores se hicieron visibles con la evaluación detallada a las historias clínicas y en menor grado se logró identificar dichos factores mediante el cuestionario aplicado al personal vinculado directamente al programa de DTAE.

De los 9 estándares que componen las condiciones básicas para una IPS; cumplen con el 100% los estándares de procesos prioritarios asistenciales e interdependencia de servicios. Le siguen en orden descendente los de dotación y su mantenimiento con un 93.7%, afectado por la carencia de equipo de órganos de los sentidos que debe tener cada uno de los consultorios. El de historias clínicas con el 83.3% debido a que éstas no se encuentran debidamente identificadas. Los estándares de recurso humano e insumos y su gestión con el 80%, que se debe al incumplimiento en el proceso de selección de personal que no incluye la verificación de títulos previos a su vinculación, en el caso de los insumos no se garantiza la disponibilidad permanente de medicamentos. En el rango medio de cumplimiento se ubican los estándares de infraestructura e instalaciones físicas y su mantenimiento en un 75.9%; los criterios que se incumplen obedecen a que las áreas de circulación no disponen de medidas de seguridad.

Para el rango más bajo se tienen, el estándar de referencia de pacientes en un 66.6%, está influenciado por la falta de condiciones para la utilización oportuna de equipos de comunicación; y el seguimiento a riesgo, cuyo criterios sólo se cumplen en el 57.2% por que carece de seguimiento a riesgos de los controles mensuales de las remisiones y de la presencia del compañero o algún familiar. En síntesis, se evidencia un incumplimiento de siete de los nueve estándares, lo cual revela una situación crítica de habilitación para la ARS.

- Mediante la evaluación de las historias clínicas se detectó que existen factores críticos, en criterios administrativos el 47.8% de las historias clínicas carece de algunos datos de identificación de las gestantes, lo cual pudo haber incidido en las metas de cumplimiento e indicadores de gestión. En el manejo de los criterios clínicos, las mayores dificultades se relacionan con el registro de las

características intrínsecas de los medicamentos formulados, que no se cumplen en el 88.7%, la cantidad de medicamentos en un 64.7%, afectada por la ilegibilidad en el 61.9% de las historias clínicas y agravado por la falta de registro del plan de tratamiento. En los controles por médico y/o enfermera existe ausencia de la descripción de los resultados de ecografías y exámenes diagnósticos en el 90.1% de las historias clínicas, de instrucciones para el manejo ambulatorio en un 40.4% y la firma es ilegible en un 46.4%, estos factores inciden en los resultados de indicadores de gestión y en la continuidad e integralidad de la atención.

Con base en lo anterior, se muestra que la evaluación y el seguimiento a la capacitación periódica sobre temas relacionados al programa de DTAE, solamente se hacen para cumplimiento estricto de la norma.

- Los factores incluidos en el cuestionario aplicado al personal directamente responsable en el desarrollo del programa de DTAE, muestra que la estabilidad laboral es del 85.7%; se capacita en las condiciones propias de la maternidad en un 71.4%; el equipo de trabajo según la mayoría está conformado por médico y enfermera lo cual guarda concordancia con la norma; con relación a las instalaciones el 71.4% del personal considera que se tiene la capacidad y comodidad necesarias para el desarrollo del programa, los resultados porcentuales fueron similares al verificar el estándar de infraestructura e instalaciones físicas.

Aunque el 100% del personal consignó que conocía la norma técnica de DTAE, dicha condición no se ve reflejada en los registros clínicos; además, no disponen de la norma en medio físico ni magnéticos para facilitar la consulta y actualización a los funcionarios.

Como lo expresa el anexo técnico número 2 de la Resolución 1439 de 2002, los estándares incluyen aquellos criterios mínimos que son indispensables para la prestación de los servicios de salud donde se deduce que debe cumplirse en su totalidad por que la ausencia pone en riesgo la salud y la vida de las usuarias.

Con base en los resultados y conclusiones de la investigación se plantean las siguientes recomendaciones a COMFAMILIAR HUILA:

- 👉 Construir diseños estructurales que permitan el fácil acceso a las instalaciones, replantear el panorama de riesgos que conlleve a ofrecer condiciones de calidad y bioseguridad para funcionarios con características específicas como de edad avanzada, impedimentos físicos, y las madres en los últimos meses de gestación. Por ende, es necesario solicitar la orientación y autorización por parte del ente regulador, para cualquiera de las siguientes tres alternativas: - la construcción de

nuevas instalaciones adecuadas, - la adquisición de una nueva sede, - contratación de instalaciones o contratación a terceros para la prestación de los servicios.

👉 Para lo relacionado con dotación y su mantenimiento, referente al equipo de órganos de los sentidos, se hace indispensable la adquisición de este para cada uno de los consultorios y poder dar cumplimiento a los parámetros contractuales de la institución prestadora de salud. Además, sobre los insumos y su gestión, garantizar la provisión oportuna y permanente de medicamentos a las usuarias mediante la contratación con farmacias debidamente habilitadas existentes en el mercado y/o ciudad.

Adelantar el proceso de verificación del sistema de referencia y contrarreferencia, así como de la demanda inducida efectiva, donde es necesario asegurar la participación efectiva de la población objeto en odontología, cursos psicoprofiláctico y consulta con el ginecólogo; intervenciones y procedimientos de Protección Específica y Detección Temprana, con miras a mantener el cumplimiento de las metas en niveles de intervención aceptables u óptimos.

Divulgar el sistema de referencia y contrarreferencia, basado en el correspondiente manual, que permita facilitar el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a las usuarias, mediante el desarrollo legal, técnico y administrativo como un componente básico de la red de servicios, teniendo en cuenta los componentes de la misma; pero, con mayor énfasis, captar y realizar seguimiento a las usuarias mediante llamada telefónica y/o visita domiciliaria, reuniones comunitarias tomando como base los listados de población remitidos mensualmente por parte de la ARS COMFAMILIAR. A la par, se deben activar ligas de usuarios, COVECOM y junta de líderes comunitarios para complementar la información de la red de servicios.

Así mismo, difundir y actualizar la norma frente al desarrollo de las acciones de demanda inducida, protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública mediante comunicados, reuniones, visitas de campo a la IPS de COMFAMILIAR.

Diseñar y entregar a las usuarias elementos informativos para la canalización al programa de DTAE a que tienen derecho por intermedio de las áreas comerciales, atención al usuario y la red de IPS. Por ejemplo, volantes, plegables, boletines, afiches, etc.

Reproducir y distribuir formatos del material educativo a las gestantes del programa DTAE, en el sitio donde reciben su atención, que resalte la importancia de las acciones de detección temprana e indiquen la forma como pueden acceder a ellas.

Integrar a la campaña publicitaria correspondiente a la imagen corporativa de la ARS COMFAMILIAR DEL HUILA, la difusión de las acciones de detección temprana y la forma como las gestantes pueden acceder a ellas a través de los medios masivos de comunicación. A la par, difundir en las usuarias la no aplicación de copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a excepción del parto ya que por el desconocimiento de esto muchas afiliadas se cohiben de utilizar el servicio.

Incentivar la participación de las usuarias de la ARS COMFAMILIAR DEL HUILA que acuden a las actividades desarrolladas dentro del programa DTAE, a partir de jornadas de capacitación a través de actividades lúdicas, recreativas integradas, en aprovechamiento de los espacios locativos propios de Comfamiliar, que incremente la participación de ellas al programa.

👉 Implementar capacitación a los funcionarios del área asistencial y administrativa, sobre la normatividad vigente de historias clínicas. Junto a una evaluación rigurosa que permita medir con exactitud el aprovechamiento de la información y su exitosa aplicación.

👉 Implementar el sistema de garantía de calidad y auditoria interna, para las áreas administrativas, asistenciales en las acciones de demanda inducida y prestación de servicios. Anexo a ello, evaluar, retroalimentar y vigilar periódicamente los conocimientos y procedimientos del cliente interno en cada una de las actividades de DTAE que permita verificar si el ejercicio práctico es consecuente con lo legal. Partiendo de los principios corporativos, misión, visión y política de calidad, las cuales enmarcan el andamiaje administrativo y moral de la empresa que a su vez se debe reflejar en todos sus funcionarios que redundaría en una óptima prestación de servicios sin caer en intereses de tipo personal y político que vayan en detrimento de lo anteriormente expuesto. Igualmente, la norma tiene que estar disponible en medio físico y magnético de fácil accesibilidad que permita la consulta y el conocimiento de su actualización.

Aplicar métodos de medición y verificación que permitan valorar el cumplimiento de metas y requisitos mínimos del programa de DTAE. Las unidades de medida que se sugieren para autovalorar el desempeño frente al programa de DTAE, son los indicadores de gestión como por ejemplo: cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales de la ARS responsable del programa DTAE, que permita monitorear la gestión del desarrollo del programa y garantice el acceso a la población afiliada, que cumplan con los requisitos mínimos esenciales para el desarrollo de las acciones.

Otro ejemplo, es el cumplimiento en la difusión y actualización de las normas de

detección temprana para el desarrollo de las mismas, que permita monitorear la gestión de la prestación del servicio por asistencia técnica al cliente externo e interno. Adicionalmente, generar incentivos al cliente interno por su buen desempeño, tales como: disponibilidad de tiempo, bonos, pases de recreación, entre otros. Desde otro ángulo, implementar un estilo de contratos para el cliente interno por capitación, donde se le impulse a un mayor compromiso en la atención oportuna e integral a la usuaria.

Implementar el manual PAMEC, mediante una autoevaluación institucional con base en el Decreto 1011 del 2006 y la Resolución 1043 del 2006, ya que hace parte del sistema de habilitación y garantía de la calidad en salud; con la formulación de indicadores de gestión y mejoramiento, específicamente para el programa de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DE NEIVA. Secretaria de Salud Municipal. Perfil epidemiológico. Vol. 1 No.8, 2004.

------. Secretaria de Salud Municipal. Perfil epidemiológico. Vol. 2 No11, 2005

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, Secretaría General. Régimen Legal del Sistema de Prestación de Servicios de Salud. 2006

BONILLA C. Elsy y Rodríguez S. Penélope. Más allá del dilema de los métodos. Grupo Ed. Bogotá, Norma, 2ª ed. ediciones Uniandes. 2000 p.120-129

BOTERO Jaime, Jubiz Alfonso y Henao Guillermo. Obstetricia y Ginecología 6ª ed., Medellín, Editorial Universidad de Antioquia. 2000. p.84-141.

CHIVA G. Ricardo. Capacidad de aprendizaje organizativo e innovación de producto. Universidad Jaume (España). 2001. p.180

COLOMBIA. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Vigilancia en Salud Pública. SIVIGILA 2005, Huila. P.43

COLOMBIA. Ministerio de Salud de Colombia. Manual Único de Procedimientos de Habilitación de la Resolución No.1439 de 2002

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Prevención de la enfermedad, Lineamientos para el desarrollo del Plan de Atención Básica en el año 2000., Santafé de Bogotá, 2000. p 45.

COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117. 1993. p.2

COMFAMILIAR HUILA ARS, Perfil epidemiológico de Neiva en el 2005. p.6

DELGADO A. Formación y desempeño asistencial de los médicos de familia en la atención a la mujer. Comunicación al XV congreso de la SemFyc. 2002. Aten Primaria 2002;16(supl):106-108.

FIGO. "Termination of Pregnancy Within the Law - Committee for Women's Sexual and Reproductive Rights (WSRR) IPAS". www.figo.org/2003.com/, obtenido 21/10/06.

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FECOLSOG). Plan de choque para la reducción de la mortalidad maternal. 2006.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA, Dirección Seccional de Salud. Protocolo de vigilancia epidemiológica para mortalidad materna y perinatal., Medellín, 2005. p.25

HERNANDEZ Roberto, Fernandez Carlos y Baptista Pilar. Metodología de la investigación. México:Mc Graw Hill 2002. p.120

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Sistema de Vigilancia en Salud Pública. SIVIGILA HUILA 2005.p.43

LALONDE, M. El concepto de “Campo de la Salud”: una perspectiva canadiense. En Promoción de la Salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 557. 1996.

NAVARRO S. Wisberto y Sanchez A. Guillermo. Investigación y Educación. Epistemología, metodología, técnicas y proyectos. Ed. 2, Facultad de Educación Universidad Surcolombiana. 2005

RAMÍREZ Iván Darío –editor-. Urgencias Guías de Manejo. 4ª Edición, Editorial Universidad de Antioquia. 2001, p.350-356

RUIZ S. Magda. La mortalidad materna en Colombia 1998-2001¿cuánto ha mejorado su estimación? Versión preliminar, 2004.

www.comfamiliarhuila.com

ANEXOS

ANEXO A

CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA

1. RECURSO HUMANO					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio, o con la adecuada supervisión si se trata de personal en entrenamiento.					
Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
A. CONDICIONES BÁSICAS					
1.1 Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En casos de estudios en el exterior cuentan con la respectiva convalidación por el ICFES. NOTA: Los médicos que a la fecha de entrada en vigencia de la resolución 001439 de 2002, se encontrasen vinculados laboralmente o mediante contrato de carácter administrativo, civil o comercial con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas o Privadas desempeñándose como médicos especialistas y requieran demostrar tal condición, contarán con tres (3) años a partir de la vigencia de la Resolución 486 de 2003, para certificar su título formal de especialista o su homologación ante el ICFES, con excepción de lo establecido en las Leyes 6ª de 1991 y 657 de 2001. Las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 001439 de 2002, se encontrasen vinculadas laboralmente o mediante contrato de carácter administrativo, civil o comercial con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas o Privadas desempeñándose como auxiliares de enfermería y requieran demostrar tal condición, contarán con dos (2) años a partir de la vigencia de la presente resolución, para certificar su título de educación formal.	X				
1.2 Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades y subespecialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.	X				

Fecha de visita : Noviembre 16 de 2006

Responsable de visita : Becxy Morelly Tovar R., Nelson Antonio Rincón G, y Claudia Dufay Perdomo N.

**CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL
EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA**

Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
1.3 El proceso de selección del personal incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, previo a su vinculación.		X			-Las confirmaciones de los títulos profesionales por parte de las instituciones educativas tienen fecha de radicación en noviembre del 2006.
1.4 Si existe personal en entrenamiento, este se encuentra bajo la supervisión de profesionales debidamente autorizados para prestar servicios de salud.	X				-El personal médico responsable de PyP son de carácter rural y varían cada seis meses.
B. CONSULTA EXTERNA					
Sí el servicio es de baja complejidad cuenta con:					
1.1 El profesional de la salud según el servicio ofrecido.	X				
2. INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES FÍSICAS Y SU MANTENIMIENTO					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.					
A. CONDICIONES BÁSICAS					
2.1 La institución garantiza el suministro permanente de aguas, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica y garantiza el manejo y evacuación adecuado de residuos sólidos y líquidos.	X				
2.2 En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencia, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X				
2.3 Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres	X				
B. CONSULTA EXTERNA					
2.1 Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, un para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico. No se requiere barrera física, tipo pared o muro, que separe los dos ambientes.	X				
2.2 Disponibilidad de unidad sanitaria para pacientes.		X			-Sin papel de baño ni toallas.

Fecha de visita : Noviembre 16 de 2006

Responsable de visita : Becxy Morelly Tovar R., Nelson Antonio Rincón G, y Claudia Dufay Perdomo N.

**CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL
EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA**

Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
Si realiza consulta de odontología cuenta además de las siguientes condiciones:					
2.3 Lavamanos en el consultorio.	X				
2.4 Deberá contarse con ambientes exclusivos y delimitados en odontología, en los cuales podrán funcionar varias unidades odontológicas.	X				
3. DOTACIÓN Y SU MANTENIMIENTO					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.					
A. CONDICIONES BÁSICAS					
3.1 La institución sólo utiliza equipos que cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X				
3.2 La institución garantiza, el mantenimiento de los equipos biomédicos, el cual se realiza con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, que incluye la calibración de equipos, de conformidad con los requisitos e indicaciones de los fabricantes. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida de cada equipo.	X				
B. CONSULTA EXTERNA					
Si se realiza consulta médica general, el consultorio cuenta con:					
3.1 Camilla	X				
3.2 Tensiometro y fonendoscopio	X				
3.3 Equipo de órganos de los sentidos		X			No fue presentado en el momento
3.4 Balanza de pie	X				
3.5 Tallímetro	X				
3.6 Cinta métrica	X				
3.7 Termómetro	X				
3.8 Doppler o campana	X				
3.9 Equipo para toma de citologías (en primer control y frotis vaginal)	X				
Si realiza consulta de odontología cuenta además de las siguientes condiciones:					
3.10 Instrumental básico (espejo bucal, explorador, cucharilla de black, seca, pinza algodonería)	X				
3.11 Pieza de mano de alta velocidad	X				
3.12 Material obturante	X				
3.13 Pastillas de placa reveladora	X				
3.14 Fluor	X				

Fecha de visita : Noviembre 16 de 2006

Responsable de visita : Becxy Morelly Tovar R., Nelson Antonio Rincón G, y Claudia Dufay Perdomo N.

**CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL
EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA**

4. INSUMOS Y SU GESTIÓN					
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican procesos para el manejo de los insumos cuyas condiciones de almacenamiento distribución y entrega condicionen directamente riesgo en la prestación de los servicios.					
Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
4.1 Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición, y se cuenta y aplican procedimientos técnicos para el almacenamiento y la distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.	X				
4.2 Los procedimientos de adquisición de medicamentos e insumos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA.	X				
4.3 Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo, de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante, y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar la humedad y temperatura.	X				
4.4 Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen insumos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de insumos, los prestadores podrán reutilizarlos, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el insumo, ni riesgos de infecciones o complicaciones por procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	X				
4.5 La institución garantiza la disponibilidad permanente de los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos indispensables para la prestación de los servicios que ofrece.		X			- En la droguería el medicamento que no se encuentra, se compra o consigue para luego llamar al usuario.

Fecha de visita : Noviembre 16 de 2006

Responsable de visita : Becxy Morelly Tovar R., Nelson Antonio Rincón G, y Claudia Dufay Perdomo N.

**CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL
EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA**

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guía clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					
Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
5.1 Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.	X				
5.2 La institución cuenta con guías clínicas de atención para las patologías que constituyen las primera 10 causas de consulta egreso, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios hospitalarios, cirugía, consulta externa y urgencias.	X				
5.3 Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud a nivel nacional.	X				
5.4 La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico.	X				
5.5 Los procedimientos, procesos y guías de atención son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X				
5.6 La institución realiza actividades dirigidas a verificar el cumplimiento de las normas técnicas, guías de atención y procedimientos.	X				
6. HISTORIA CLÍNICA					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.					
6.1 Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X				
6.2 Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salidas de historias del archivo.	X				

Fecha de visita : Noviembre 16 de 2006
Responsable de visita : Becxy Morelly Tovar R., Nelson Antonio Rincón G, y Claudia Dufay Perdomo N.

**CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA
HABILITACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS
ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA**

Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
6.3 Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.		X			-Se anexa un formato donde se especifican los hallazgos sobre este punto.
6.4 Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	X				
6.5 En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X				
6.6 Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X				
7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS					
Estándar: La institución dispone de servios asistenciales y de flujos críticos entre los servicios, indispensables para garantizar una atención oportuna e integral a los usuarios de los servicios.					
7.1 Laboratorio clínico	X				1er. Nivel: frotis, orina, glicemia, aerología, grupo sanguíneo.
7.2 Servicio farmacéutico	X				
7.3 Disponibilidad de ambulancia	X				Por convenio con MEDILASER
7.4 Disponibilidad de radiología			X		
7.5 Disponibilidad de servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia, y mantenimiento)			X		
8. REFERENCIA DE PACIENTES					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
8.1 Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X				
Sí la institución presta servicios de hospitalización o urgencias, ha diseñado y aplica los procesos para la remisión de pacientes, que incluyen como mínimo:					
8.2 Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superan la capacidad técnico científica de la institución.			X		
8.3 Los equipos de comunicación necesarios para el contacto con la entidad de referencia.		X			-La auxiliar de Administración llama y lleva registro.
8.4 La disponibilidad de los medios de transporte.			X		

Fecha de visita : Noviembre 16 de 2006

Responsable de visita : Becxy Morelly Tovar R., Nelson Antonio Rincón G, y Claudia Dufay Perdomo N.

**CONDICIONES BÁSICAS, TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL
EMBARAZO EN LA IPS COMFAMILIAR HUILA**

Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
8.5 Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X				- Las contrarreferencias son las que no llegan.
8.6 Si la institución presta servicios obstétricos de baja o mediana complejidad, cuenta con sistemas de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.			X		- Solo Ecografías
9. SEGUIMIENTO A RIESGOS					
Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimientos de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud, definidos como prioritarios. Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta; en los que se deben incluir: mortalidad hospitalaria, infecciones intrahospitalarias; complicaciones quirúrgicas inmediatas; complicaciones anestésicas; complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales.					
9.1 Detección y capacitación temprana de las gestantes antes de la semana 14 de gestación.	X				- Hay en las historias clínicas pacientes que entran a control con un estado avanzado de gestación por razones personales.
9.2 Para los controles mensuales y según riesgo.		X			- Existen pacientes cuya inasistencia se sigue por llamado telefónico pero luego no se registran un seguimiento diferente ante su reiterada inasistencia.
9.3 Para los últimos dos controles.	X				
9.4 Para las remisiones a odontología, administración de toxoide tetánico y diftérico además de curso de preparación para el parto.		X			- Específicamente con la atención odontológica, a veces no aparece su remisión y por lo general no aparece seguimiento de su asistencia.
9.5 Para la presencia del compañero o algún familiar al control.		X			- Es generalizado en las historias clínicas la inasistencia de acompañante a los controles de la gestante.
9.6 Para el seguimiento a riesgos según los antecedentes personales, familiares, obstétricos, ginecológicos o los resultados de los exámenes de laboratorio; ya sean biológicos, nutricionales o psicosociales.	X				
9.7 Para la aplicación del SIVIGILA	X				

Fecha de visita : Noviembre 16 de 2006

Responsable de visita : Becxy Morelly Tovar R., Nelson Antonio Rincón G, y Claudia Dufay Perdomo N.

ANEXO B

CUESTIONARIO SOBRE HABILITACIÓN UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Este cuestionario y las respuestas que usted proporcione serán utilizados en la investigación que está realizando un grupo de estudiantes con el fin de plantear recomendaciones a las usuarias y a la institución.

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de diferentes temas relacionados a la atención de la gestante. Agradecemos contestar con sinceridad y no dejar pregunta sin responder.

Fecha _____ **Cargo** _____

Señale con una (x) en las líneas asignadas a cada una de las opciones establecidas por cada uno de los numerales formulados.

1. ¿El personal ya sean médicos o enfermeras, tienen estabilidad en el servicio de atención para el control en las alteraciones del embarazo?
 - a. Siempre _____
 - b. A veces _____
 - c. Casi nunca _____
 - d. Nunca _____

2. El personal asignado a la atención de las madres gestantes para el control de alteraciones del embarazo se configura así:
 - a. Médico, enfermeras, auxiliares y de entrenamiento _____
 - b. Médico, enfermeras y auxiliares _____
 - c. Médico, enfermeras y de entrenamiento _____
 - d. Solo médico y enfermera _____

3. Para el diligenciamiento de las historia clínicas se incluye:
 - a. Apertura con carné, número consecutivo, datos personales, registros específicos y anexos _____
 - b. Apertura con cédula, número consecutivo, identificación del usuario, registros adicionales, anexos y firma del autor _____
 - c. Apertura con carné, número consecutivo, datos personales, registros adicionales, anexos y firma del autor _____

d. Apertura con cedula, número consecutivo, identificación del usuario, registros específicos, anexos y firma del autor _____

4. ¿El personal que se encuentra asignado al programa de detección en alteraciones del embarazo, recibe capacitación para la atención especial sobre las condiciones propias de la maternidad?

- a.** Siempre _____
- b.** A veces _____
- c.** Casi nunca _____
- d.** Nunca _____

5. ¿Las áreas físicas de servicio cuentan con la capacidad y comodidad necesaria para la atención de las usuarias que acuden a las citas de control para las alteraciones del embarazo?

- a.** Si _____
- b.** No _____

6. ¿Existe un área que sea de exclusivo uso en el servicio de atención a las usuarias en control de alteraciones del embarazo?

- a.** Si _____
- b.** No _____

7. ¿Conoce usted la guía o norma técnica de atención en detección temprana para las alteraciones del embarazo?

- a.** Si _____
- b.** No _____

8. ¿Cuáles de los siguientes mecanismos se encuentran consignados en la mencionada norma?

- a.** Atención, difusión, capacitación y evaluación _____
- b.** Salud, capacitación, difusión y evaluación _____
- c.** Difusión, capacitación, evaluación y retroalimentación _____
- d.** Atención, capacitación, evaluación y retroalimentación _____

9. Escriba las acciones a realizar en atención a las gestantes en control prenatal frente a cada enunciado.

a. Identificación e inscripción _____

b. Consulta de primera vez por medicina general _____

c. Consultas de seguimiento y control _____

10. ¿Dispone la IPS de un servicio de atención 24 horas para urgencias de las madres gestantes?

a. Si _____ **b.** No _____

11. ¿Cuáles son los criterios de acceso a consulta prioritaria en el caso de las usuarias en control para las alteraciones del embarazo?

12. ¿Es posible acceder a servicios de atención al control de las alteraciones del embarazo fuera de la IPS?

a. Si _____
b. No _____

13. ¿Se realiza seguimiento a los eventos de muerte materna y perinatal?

a. Si _____
b. No _____

ANEXO C
FORMATO DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS
DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN
LA IPS COMFAMILIAR HUILA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE DEL USUARIO:
FECHA DE EVALUACIÓN:

No. De Historia:
FECHA DE LA H.C.:

A. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1. La Historia contiene formas completas		
2. La Historia se encuentra ordenada cronológicamente según lo estandarizado por la Empresa.		
3. Se registra Nombre Completo del Usuario, identificación, fecha de nacimiento, edad, sexo ocupación, nombre de los padres, persona responsable. Dirección, teléfono, A.R.S Y No Afiliación o de solicitud de afiliación		
4. Se registra nombre del médico tratante con registro y sello		
5. Todas las hojas se encuentran identificadas con nombre, No. De Historia.		
TOTAL		
B. CRITERIOS CLÍNICOS		
ANAMNESIS		
1. Se registra motivo de Consulta		
2. Se registran antecedentes patológicos (médicos, quirúrgicos y familiares)		
3. Se registra Revisión por sistemas		
EXAMEN FÍSICO		
4. Se registran signos vitales		
5. Se registran hallazgos en Cabeza		
6. Se registran hallazgos en O.R.L.		
7. Se registran hallazgos en Cuello		
8. Se registran hallazgos en Cardiopulmonar		
9. Se registran hallazgos en Abdomen		
10. Se registran hallazgos en Genitales		
11. Se registran hallazgos en Extremidades		
12. Se registran hallazgos en Sistema nervioso central		
13. Se registran hallazgos en Sistema Nervioso Periférico		
14. Se registran hallazgos en piel		
MANEJO		
15. Se registra plan de tratamiento		
16. Se registran las actividades de P.Y .P. En su formato y en la HISTORIA CLÍNICA		
17. Se registra nombre de medicamentos formulados		
18. Se registra la Presentación, Dosis y Vías de administración de los medicamentos Formulados (carbonato de calcio, ácido fólico y sulfato ferroso)		
19. Se registra la Cantidad de medicamentos formulados		
20. Se registran los Laboratorios ordenados (primer trimestre)		
21. se registra la imagenología ordenada		
22. Se deja copia de las Remisiones realizadas		
23. La Historia Clínica es legible		
24. Se identifica adecuadamente al profesional (firma, nombre completo y/o sello)		
TOTAL		
C. CONTROLES (PyP) MEDICO Y/O ENFERMERA JEFE		
1. Se anota la fecha y hora en cada control		
2. Se anotan los signos vitales en cada control		
3. Se registra examen físico adecuado para el control programado		
4. Se establece plan de tratamiento		
5. Se realiza formulación dosis, cantidad y presentación		
6. El manejo es congruente con el diagnóstico		
7. Los estudios de imagenología y de laboratorio son pertinentes con el diagnóstico		
8. Las ecografías y/o exámenes de laboratorio solicitados se encuentran en la H. Clínica		
9. Se registran en la historia instrucciones para el manejo ambulatorio		
10. Se identifica adecuadamente al profesional (firma, nombre completo y/o sello)		
11. Los controles son legibles y completos		
12. Realización del ECLAP (peso, talla, altura uterina, semanas de gestación y paridad)		
13. Remisiones a odontólogo y a ginecoobstetra		
TOTAL		

D. ANOTACIONES AUXILIAR DE ENFERMERIA		
1. Cada hoja se identifica con Nombre de Usuario y No. Historia		
2. Se anota fecha y hora de la cita medica		
3. Se describen signos vitales		
4. Las notas de Enfermería son legibles y completas		
TOTAL		

OBSERVACIONES:

