

Adherencia a la Ruta de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal en un prestador de servicios de salud de baja complejidad de la ciudad de Bucaramanga en el año 2022

Adherence to the Comprehensive Health Care Route for the Maternal Perinatal Population in a Low-Complexity Health Service Provider in the City of Bucaramanga in 2022

Angie Julieth Vega Jaimes

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**

Adherencia a la Ruta de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal en un prestador de servicios de salud de baja complejidad de la ciudad de Bucaramanga en el año 2022

Adherence to the Comprehensive Health Care Route for the Maternal Perinatal Population in a Low-Complexity Health Service Provider in the City of Bucaramanga in 2022

Angie Julieth Vega Jaimes

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Auditoría en Salud**

Asesor:

**Guido Manuel Hernández Paternina
PhD Gerencia y Política Educativa**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**

Tabla de contenido

Lista de tablas	4
Lista de figuras	5
Siglas, acrónimos y abreviaturas	6
Glosario	7
Resumen	9
Abstract	10
1. Introducción	11
2. Planteamiento del problema	14
3. Justificación	20
4. Objetivos	23
4.1 Objetivo general	23
4.2 Objetivos específicos	23
5. Marco teórico	24
5.1 La salud materna como eje fundamental para la salud de la población.	24
5.2 CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva	29
5.3 El control prenatal: estrategia para la detección temprana de alteraciones. ...	31
5.4 El binomio madre – hijo desde la seguridad del paciente.	38
5.5 Gestión del riesgo en salud y la atención materno-perinatal.	41
5.6 La continuidad de la atención post evento obstétrico.	42
6. Marco normativo	45
7. Marco institucional	49
8. Metodología	52
9. Resultados	56
10. Discusión	70
11. Conclusiones	78
12. Recomendaciones	80
Bibliografía	81

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz de Marco lógico	53
Tabla 2. Criterios en control prenatal no negociables.....	56
Tabla 3. Criterios negociables en control prenatal de la RIAMP	58
Tabla 4. Criterios no negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido	58
Tabla 5. Criterios no negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido	62
Tabla 6. Rangos de cumplimiento esperados.....	65

Lista de figuras

Figura 1. Árbol del problema.	16
Figura 2. Adherencia para los criterios en control prenatal no negociables de la RIAMP	56
Figura 3. Adherencia para los criterios no negociables en control prenatal de la RIAMP	58
Figura 4. Adherencia para los criterios no negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido de la RIAMP	61
Figura 5. Adherencia para los criterios negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido de la RIAMP	62
Figura 6. Rangos de edad de la gestante	64
Figura 7. Número de controles prenatales realizados	64

Siglas, acrónimos y abreviaturas

APS: Atención Primaria en Salud

CLAP/SMR: Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

ESE: Empresas Sociales del Estado Prestadoras de Servicios de Salud

HCP: Historia Clínica Perinatal

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

MAITE: Modelo de Atención Integral Territorial

MIAS: Modelo de Atención Integral en Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAB: Plan de Atención Básica

PAIS: Política de atención integral en salud

PAMEC: Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

PDSP: Plan Decenal Salud Pública

RIAMP: Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

RMM: Razón de Mortalidad Materna

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIP: Sistema Informático Perinatal

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

SUA: Sistema Único de Acreditación

SUH: Sistema Único de Habilitación

Glosario

Accesibilidad: Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.

Adherencia: Cumplimiento de los requisitos exigidos normativamente por una institución.

Auditoría: Revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deben someterse.

Calidad de la atención en salud: Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra adhesión y satisfacción del usuario.

Empresas Promotoras de Salud: Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud a los beneficiarios de esta.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Prevención: Conjunto de acciones que tienen por objeto identificar, controlar, reducir o eliminar los riesgos en salud.

Promoción de la salud: Busca establecer estilos de vida saludables, a fin de instaurar o fortalecer conductas que influyan en el mantenimiento de estados de salud óptimos en la persona, tenga o no una discapacidad.

Rutas Integrales de Atención en Salud: definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud

(territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades.

Salud materno perinatal: Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo al parto hasta el posparto.

Sistema de Seguridad Social en Salud: es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.

Resumen

La salud materna constituye uno de los principales objetivos para el desarrollo de la salud pública a nivel mundial. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en aras de garantizar el bienestar de su población, se ha acogido a políticas públicas que favorezcan la salud materna y le permita alcanzar sus objetivos en disminución de la morbimortalidad materno perinatal. Por ello en 2018, mediante la resolución 3280, se disponen las atenciones e intervenciones que se deben prestar a la población materno perinatal, que van “desde la decisión de la fecundidad, pasando por la planeación del embarazo y hasta las atenciones perinatales dirigidas a prevenir y tratar las complicaciones antes, durante y después del evento obstétrico, de manera integral”.

El presente trabajo muestra el proyecto de intervención realizado a un prestador de servicios de salud de baja complejidad de la ciudad de Bucaramanga, en el cual se realizó auditoría interna al programa de maternidad segura, verificando la adherencia la Ruta de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal y generando un plan de mejora con base a los resultados.

Se realizó auditoría interna retrospectiva a 41 usuarias que hicieron parte del programa en el año 2022. El porcentaje de adherencia a la ruta respecto a la atención para el cuidado prenatal fue del 94% y respecto a la atención del puerperio y para el cuidado del recién nacido es del 77%, siendo el porcentaje global de adherencia a la ruta materno perinatal del 85,44%. Teniendo en cuenta lo anterior, se propuso el plan de mejora y se establecieron las respectivas recomendaciones a la institución.

Palabras clave: Auditoría, adherencia, maternidad, ruta de atención integral.

Abstract

Maternal health is one of the main goals for the development of public health worldwide. The Ministry of Health and Social Protection of Colombia, in order to guarantee the well-being of its population, has embraced public policies that favor maternal health and allow it to achieve its objectives in reducing perinatal maternal morbidity and mortality. For this reason in 2018, through Resolution 3280, it is established the care and interventions that must be provided to the perinatal maternal population, ranging "from the fertility decision, through pregnancy planning and even perinatal care aimed at preventing and treating complications earlier, during and after the obstetric event, in an integral way".

The present work shows the intervention project carried out at a low complexity health service provider in the city of Bucaramanga, in which an internal audit of the safe motherhood program was carried out, verifying adherence to the Comprehensive Health Care Route for Maternal Perinatal Population and generating an improvement plan based on the results.

A retrospective internal audit was carried out on 41 users who were part of the program in 2022. The percentage of adherence to the route regarding prenatal care was 94% and regarding postpartum care and newborn care is 77%, with the overall percentage of adherence to the perinatal maternal route being 85.44%. Taking into account the above, the improvement plan was proposed and the respective recommendations to the institution were established.

Keywords: Audit, adherence, maternity, comprehensive care route.

1. Introducción

La atención prenatal constituye un escenario para abordar la salud materna desde la promoción de la salud, el diagnóstico oportuno y la prevención de enfermedades, y además permite la comunicación con la mujer y su familia para brindar apoyo y educación para la salud en un momento crucial para sus vidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal (1).

Por ello, el marco estratégico para la salud materna y neonatal prioriza la implicación de los países, el liderazgo y mecanismos jurídicos, normativos y financieros propicios con objeto de velar por que las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible vayan más allá de la política y se traduzcan en acción en los países. La implicación de los países atañe a los dirigentes y a los formuladores de políticas, y se hace extensiva a la sociedad civil mediante las aportaciones y la participación de la comunidad (2).

Teniendo en cuenta lo anterior y a nivel del continente americano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que, dentro de los países, el riesgo de muerte es desproporcionadamente mayor en los segmentos más vulnerables de la sociedad. Para que los progresos sigan y se aceleren, se hace hincapié en reducir las desigualdades y la discriminación, es necesario que la salud, el bienestar y la supervivencia de las madres sigan siendo un objetivo central y una prioridad en materia de inversiones en el marco del desarrollo sostenible. Además, insta a que la atención de la morbilidad y la mortalidad maternas debe ir acompañada de mejoras en el proceso continuo de la atención a las mujeres y los niños, y compromisos con la salud sexual y reproductiva y la supervivencia neonatal e infantil (2).

Eliminar la mortalidad materna prevenible es un pilar del desarrollo sostenible, en vista del rol fundamental que ejercen las mujeres en las familias y las sociedades, así como en el desarrollo de las futuras generaciones y las comunidades. De ahí, que a nivel mundial se persista en brindar una atención eficaz a la salud de las mujeres gestantes y

esto solo es posible mediante la colaboración y la cooperación intersectorial en todos los niveles.

De acuerdo con esto, el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, mediante los lineamientos que establece, busca la unificación de las actividades a realizar por parte de los prestadores de servicios de salud, basados en evidencia científica. En el año 2018 mediante la resolución 3280, se disponen las atenciones e intervenciones que se deben prestar a la población materno perinatal, que van “desde la decisión de la fecundidad, pasando por la planeación del embarazo y hasta las atenciones perinatales dirigidas a prevenir y tratar las complicaciones antes, durante y después del evento obstétrico, de manera integral” (3).

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social establece la integralidad de la atención en salud, como uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, y hace un llamado a los diferentes sectores y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud materna, la prevención de factores de riesgo y de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento y en general que desarrollan acciones que inciden en los resultados en salud de la población gestantes y sus familias, a trabajar de manera articulada y consensuada de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones, en cada uno de los niveles de gestión y con participación de la ciudadanía; para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, la situación de salud de la población y contribuir al desarrollo humano (4).

Dado lo anterior, se describe a través del presente trabajo la ejecución de un proyecto de intervención que aborda este ámbito y además busca contribuir a la adopción de la cultura de autocontrol de las instituciones de salud para el mejoramiento continuo, todo esto en el marco del proyecto de grado de la especialización en Auditoría en Salud.

La auditoría interna en las instituciones de salud constituye una de las herramientas fundamentales para la identificación de aspectos que permitan mejorar su calidad en la

atención y cumplir de manera óptima su labor de contribuir al bienestar de la población. Siendo la ruta integral de atención en salud materno perinatal (RIAMP), una normativa de obligatorio cumplimiento en pro de la salud de un grupo poblacional de alto riesgo es indispensable que las instituciones se encuentren evaluando constantemente que elementos dentro de la organización hace falta implementar, mejorar o cambiar para acercarse lo mayor posible a lo exigido legislativamente, y de esta forma contribuir igualmente a los objetivos en salud a nivel nacional y mundial.

2. Planteamiento del problema

La OMS establece que para que los sistemas de salud puedan responder a las prioridades y necesidades de las mujeres y las niñas, han de ser vistos como instituciones sociales, además de sistemas encargados de prestar atención clínica, con capacidad para posibilitarle el ejercicio de sus derechos. Referente a esto, dentro de las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible emitidas en 2020, la OPS dicta en su quinto objetivo estratégico *Asegurar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad*, donde indica que la rendición de cuentas a nivel de establecimiento contribuye significativamente a mejorar los resultados de salud materna y neonatal mediante la adopción de normas de calidad y mediciones del desempeño que se evalúan en el punto de prestación de los servicios mediante actividades continuas de garantía y mejora de la calidad (2).

En relación con lo anterior, en Colombia se resalta el funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), siendo este el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país (5). Los prestadores de servicios de salud, hacen parte de dicho sistema y deben cumplir con lo que se establece mediante este, lo cual incluye según el tipo de institución, ejecutar lo requerido en sus cuatro componentes Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Además de estos cuatro componentes principales, del SOGCS se derivan una serie de políticas y lineamientos en los que la salud materna siempre es un eje principal; como en las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente donde uno de los procesos asistenciales seguros es Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo o como lo es la Gestión Integral del Riesgo en Salud que busca un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los

resultados obtenidos, actuando oportunamente en grupos de riesgo, de los cuales uno de ellos es la población materno perinatal.

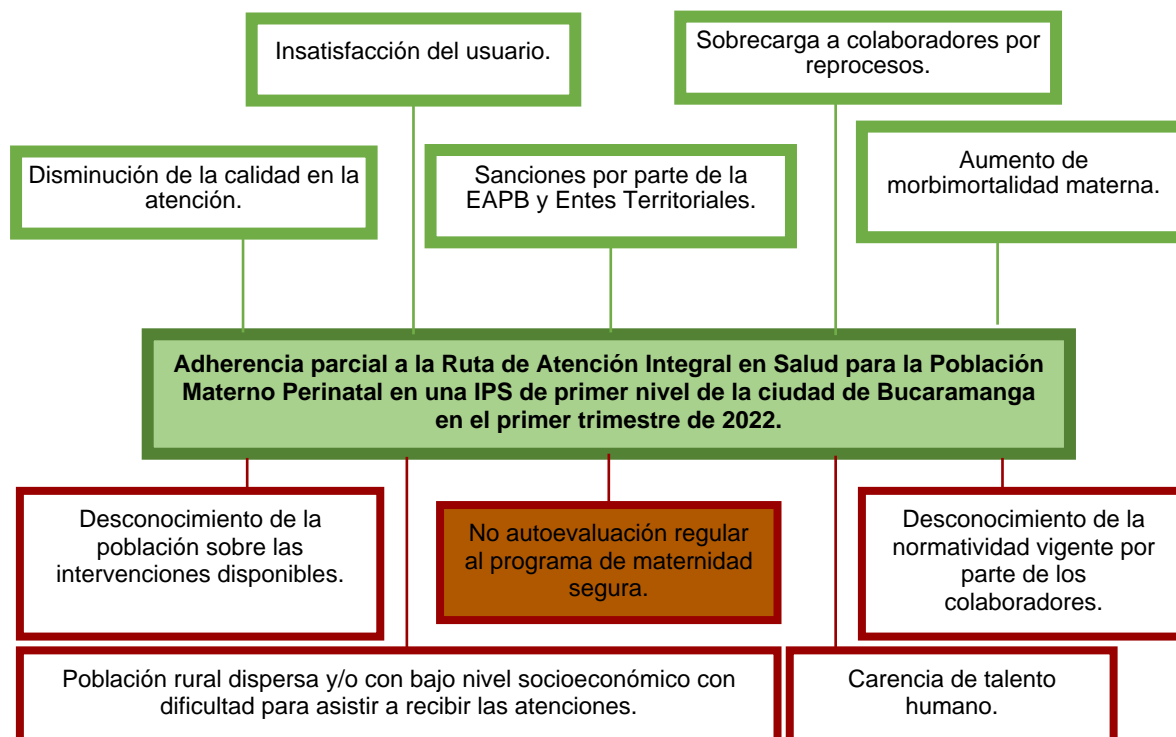
La gestión integral de riesgo en salud es un instrumento de planeación de la política pública para lograr el acceso oportuno, efectivo, equitativo, eficiente y de manera sostenible a los servicios de salud y hace parte de la estrategia transversal del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE). Para ejecutar las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales para las prioridades establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó las Rutas Integrales de Atención en Salud (6).

En concordancia con esto, el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018, indica que las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas de Atención Integral en Salud, incluida la Materno Perinatal, debían ser garantizadas a la totalidad de la población una vez entrara en vigencia la resolución y en su artículo 6 que los obligados al cumplimiento de esta resolución realizarán, en el marco de sus competencias, el monitoreo de las intervenciones de las rutas y la evaluación de los resultados en salud y reducción de las inequidades en salud en las personas, familias y comunidades, derivadas de su implementación.

Debido a esto es indispensable que las instituciones realicen monitorización del cumplimiento de la normatividad relacionada con la atención materno perinatal, puesto que, de no hacerlo, se ve afectada la calidad en la atención, se corre el riesgo de recibir sanciones por parte de los Entes de Control y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y por lo tanto aumento del riesgo de morbilidad materna.

A continuación, se realiza la identificación del problema con sus causas y consecuencias, mediante la implementación de la técnica de árbol del problema como se visualiza en la figura 1.

Figura 1. Árbol del problema.



El análisis del problema se fundamenta en el resultado obtenido en las asistencias técnicas y auditorías realizadas por Entes Territoriales y EAPB en meses anteriores; los resultados fueron socializados con el personal de la institución, donde se indicó que se han identificado hallazgos como el incumpliendo en la realización de intervenciones que dicta la RIAMP, y si bien es cierto que el programa de maternidad segura se está desarrollando, hay aspectos que aún es necesario implementar.

En la parte inferior del árbol se observan las causas de esta problemática, dentro de las cuales se encuentran el desconocimiento de la población sobre las intervenciones disponibles. La evidencia demuestra que el conocimiento por parte de la población en edad fértil sobre la importancia de estas actividades es poca y requieren ser informadas sobre temas como planificación y riesgo preconcepcional para disminuir la morbimortalidad materna (7). El desconocimiento por parte de la población sobre las intervenciones en salud y la importancia y repercusión que dichas actividades tienen sobre su bienestar, disminuye la adherencia a intervenciones como la atención

interdisciplinaria a la gestante, pues si no se brinda información sobre las opciones que tiene disponibles no se hará participe en el cuidado de su salud.

Otra causa de la adherencia parcial, es la barrera que se presenta en algunos casos con la población rural dispersa y/o con bajo nivel socioeconómico con dificultad para asistir a recibir las atenciones. El acceso a los servicios de salud para las poblaciones rurales y con bajo nivel socioeconómico es percibido como complejo (8), lo cual impide en muchos casos que las usuarias no reciban todas las atenciones que deben realizarse durante gestación, no cuentan con recursos para desplazarse, situaciones viales les impiden el desplazamiento o se ven afectadas en sus ingresos diarios si suspenden su trabajo para asistir a la institución de salud. De allí que la OMS indique que la mortalidad materna es más alta entre las mujeres que viven en zonas rurales y en las comunidades más pobres (9).

Además de lo anterior, la carencia de talento humano hace que la relación paciente/médico y paciente/enfermera sea menor y en consecuencia se esté menos atento al seguimiento oportuno de cada usuaria que hace parte del programa. El aumento de la población en la institución a intervenir ha incrementado y con ello el número de usuarias que ingresan a control prenatal; contando con 179 gestantes en abril de 2021 y 219 en abril de 2022, se demuestra que el volumen de usuarias en el programa ha incrementado alrededor del 22%. Sin embargo, el personal que se dispone para realizar la atención sigue siendo el mismo.

Por otra parte, el desconocimiento de la normatividad vigente por parte de los colaboradores impide que se lleven a cabo intervenciones que están establecidas; la implementación de la resolución 3280 de 2018 es un campo de conocimiento amplio que requiere un entendimiento riguroso para llevarla a cabo. Las recomendaciones basadas en la evidencia indican que se debe ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno –perinatal (10).

Por otra parte, otra causa es la no autoevaluación regular al programa de maternidad segura, pues no se han realizado auditorías internas al programa de maternidad segura en el último año en la institución a intervenir. La auditoría interna en salud es una herramienta para el control de gestión y así tomar las medidas correctivas para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud (11). Además, la norma indica que se debe realizar monitoreo de las intervenciones de las rutas y la evaluación de los resultados en salud.

Por lo anteriormente descrito, se generan diversas consecuencias, dentro de las que se encuentran la disminución de la calidad de la atención. La calidad de la atención en salud se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (12); para lograr dicha calidad es preciso que se cumplan con características como la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Sin embargo, al incumplir con alguna de las intervenciones en la atención materno-perinatal, automáticamente se estarán pasando por alto los atributos de la calidad anteriormente mencionados.

A su vez, la adherencia parcial también generará insatisfacción por parte del usuario; es fundamental que las organizaciones aseguren que los procesos, los productos y los servicios suministrados sean supervisados hasta el momento de su entrega, con el fin de satisfacer los requisitos del cliente. Para la mejora de la calidad se debe implementar cualquier acción necesaria, con el fin de lograr la satisfacción (13). Igualmente, como consecuencia de la adherencia parcial a la ruta, se genera sobrecarga a colaboradores por reprocesos. Está demostrado que el mejoramiento de la calidad permite realizar atenciones pertinentes y oportunas con un mínimo de esfuerzo, mejorando la motivación del todo el personal y obteniendo óptimos resultados en la salud de la población atendida (14).

Por otra parte, otra de las consecuencias de la no adherencia incluye las sanciones por parte de la EAPB y Entes Territoriales. Según la Ley 1454 de 2011 las autoridades del nivel nacional y territorial tienen el deber de realizar acciones de control y vigilancia incorporando ejercicios participativos en la planeación, ejecución y rendición final de cuentas, como principio de responsabilidad política y administrativa de los asuntos públicos; por su parte, la EAPB en su labor de identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud para los afiliados, debe garantizar que el prestador contratado ejecute las directrices nacionales correctamente. En vista de esto, ambos a fin de garantizar el bienestar de la población deben realizar inspección, vigilancia y control de quienes ejecutan las intervenciones para la salud materno perinatal.

Por último, como consecuencia más importante, la adherencia a la ruta repercute en la morbimortalidad materna. La atención antes, durante y después del parto puede salvar la vida de las mujeres y los recién nacidos, la mayoría de las muertes maternas son evitables y las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas (9).

3. Justificación

La OMS informa que la meta mundial establecida para poner fin a la mortalidad materna prevenible —meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)— consiste en reducir para 2030 la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Si se sigue avanzando al ritmo actual, la meta no podrá ser alcanzada por más de un millón de vidas (15). Debido a esto, es necesario que los diferentes actores del sistema de salud continúen redoblando esfuerzos, pues de esta manera contribuirán al alcanzar las metas mundiales en salud materna.

Si la calidad de atención prenatal es insuficiente y la experiencia de las mujeres al respecto es negativa, la evidencia indica que las mujeres no asistirán a la atención prenatal (1). Por otra parte, si se asegura a la población materno perinatal una atención que responda a sus prioridades y necesidades que les permitan el ejercicio de sus derechos, se estará contribuyendo a minimizar el riesgo de morbilidad materna y las instituciones por su parte mejorarán la calidad.

En Colombia, los indicadores básicos de salud 2021, muestran que, si bien ha disminuido la razón de mortalidad materna desde 1998, pasando de 89.04 a 50.73 por 100.000 nacidos vivos a 2019 (16), sigue siendo objeto de gran atención para la salud de la población colombiana y de igual forma a escala mundial.

Debido a la importancia de la salud materno perinatal en el país y en el mundo, Colombia se ha ido alineando a las directrices internacionales para contribuir a esta; una de las acciones realizadas fue la adopción del Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas de Atención en Salud mediante la Resolución 3202 de 2016, estas regulan las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS. El cumplimiento de esta, y demás normas que la complementan, contribuyen a que en el país sea real la atención integral en salud y mejore la calidad de vida de la población.

Por su parte, al implementar el prestador, un plan de auditoría al programa de maternidad segura que le permita conocer sus oportunidades de mejora y desarrollar acciones para ello, le será posible mejorar sus indicadores en salud, garantizar atenciones que generen satisfacción en el usuario y en quienes brindan el servicio, ser institución líder y de referencia ante el Ente Territorial y las EAPB, y sobre todo contribuir al bienestar y la salud materno-perinatal.

Tal y como dice Carrión Hernán G. et al. la auditoría interna hoy en día debe ir dirigida a fijar la posición de la compañía, determinar dónde se encuentra posesionada, hacia dónde se deben direccionar los programas que desarrolla, cuáles deben de ser sus objetivos, y si se necesita modificar los planes para lograrlos (17). Siendo esta de hecho una de las actividades en la gestión para la operación de la RIAS, pues establece claramente que se debe ejecutar “la realización de auditoría, inspección, vigilancia y control basada en resultados en la red prestadora a la prestación de procedimientos individuales, familiares y colectivos” (18).

El mejoramiento de los procesos como una mayor adherencia a la ruta, afecta positivamente al prestador. El mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas, mantiene los mismos contratos, pero a tarifas preferenciales o aumenta los márgenes de rentabilidad. Además, si la calidad se mantiene o se mejora, esta mantiene o mejora la imagen o reputación, y evita sanciones de tipo económico. Además, el principal incentivo para velar por la calidad en el caso particular de la prestación de servicios de salud, es que se cumplirá con la responsabilidad por representar los intereses del paciente (14).

Cabe resaltar también que, en salud, como en cualquier tipo de servicio que se preste, existe constante competencia entre las diferentes instituciones prestadoras; en principio esta competencia debe inducir o incentivar el mejoramiento del sistema, fundamentalmente en dos aspectos: eficiencia (costos) y mejoramiento del valor percibido por el usuario cada vez que recibe el servicio. De esta manera, dada una especificación de un producto (que vendría a ser las especificaciones técnicas del mismo)

el que tenga menor precio es el que atraerá un mayor número de consumidores. Alternativamente, dado un precio, aquel producto que presente las mejores especificaciones (mayor calidad) será el preferido (14).

Siendo así, la mayor adherencia a la RIAMP y en consecuencia el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, hace a la institución más competitiva, favoreciendo el aumento del número de usuarios y generando oportunidades para establecer nuevos vínculos contractuales con otras EAPB o ampliar la prestación de sus servicios. Asimismo, logrará cumplir su misión y alcanzar su visión, lo cual es fundamental para cualquier organización, esto promueve un espíritu de trabajo en equipo y la sensación de que todos están involucrados en el cambio, con el fin de alcanzar las expectativas.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Fortalecer la adherencia a la Ruta de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal en un prestador de servicios de salud de baja complejidad de la ciudad de Bucaramanga en el año 2022.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar la adherencia a la Ruta de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal del prestador.
- Elaborar informe de auditoría de acuerdo con la aplicación del instrumento de verificación.
- Establecer el plan de mejora en la institución con base a los hallazgos encontrados en la auditoría interna.

5. Marco teórico

5.1 La salud materna como eje fundamental para la salud de la población.

La salud materna constituye uno de los principales objetivos para el desarrollo de la salud pública. Para reducir las desigualdades en el acceso a la buena salud, es imprescindible que se proporcione a las mujeres una atención continua desde antes de la concepción y durante el embarazo, el parto y el puerperio, junto con la atención del recién nacido (19).

Debido a esto, la OMS a través de los años ha dado directrices para alcanzar los objetivos en salud materna; una de ellas es la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), que se consagra a lograr que todas las madres que lo deseen puedan vivir en plena salud el embarazo y el parto, todos los niños sobrevivan a sus primeros cinco años de vida y todas las mujeres, niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse plenamente, lo cual implicaría una enorme ganancia social, demográfica y económica (20).

Esta estrategia tiene tres objetivos: sobrevivir, poner fin a la mortalidad prevenible; prosperar, lograr la salud física y mental y el bienestar, y transformar, ampliar los entornos propicios. Además, fija nueve áreas de acción: Liderazgo en los países, potencial de las personas, entornos humanitarios y frágiles, financiación para la salud, participación de la comunidad, investigación e innovación, resiliencia de los sistemas de salud, acción multisectorial y rendición de cuentas. Lo anterior permite evidenciar como las acciones a favor de la salud materna y los actores que se deben involucrar, están claramente definidos, y que es vital que cada uno asuma la responsabilidad asignada para contribuir al alcance de los objetivos.

Para ello, tal y como se estableció en la 70a Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas, es necesario la aplicación de la estrategia mundial, junto con esfuerzos innovadores y más eficaces para reducir las inequidades en materia de salud y aumentar el acceso a la atención y los servicios de salud, manera de asegurar que cada mujer,

cada niño y niña, y cada adolescente en las Américas no solo sobreviva, sino que además prospere en un entorno transformador en el cual pueda alcanzar su derecho a gozar del grado más alto posible de salud.

Este interés por el bienestar de la población desde la atención primaria en salud data de varias décadas, como se evidenció en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, en septiembre de 1978, donde se declaró que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Además, en dicha conferencia se declaró que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial y que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. Esta atención debe estar basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (21).

Por ello, con el fin de mejorar la calidad de vida de la humanidad en septiembre de 2000, en Nueva York en la Cumbre del Milenio, 189 representantes de diferentes estados firmaron la Declaración del Milenio, la cual los compromete a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer. Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece en su Objetivo 5: Mejorar la salud materna (14). Este objetivo incluye la reducción de la tasa de mortalidad materna, mejorar la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado, lograr el acceso universal a la salud reproductiva, mejorar la cobertura de atención prenatal.

La OPS ratifica que los ODM movilizaron recursos, así como voluntad política en los países, y dieron lugar a compromisos mundiales encaminados a mejorar la salud sexual y reproductiva y la supervivencia materno infantil a un grado sin precedentes. Demostraron que las metas, objetivos y estrategias mundiales compartidos podían galvanizar los esfuerzos concertados necesarios para conseguir progresos cuantificables (2).

Si bien los datos sobre mortalidad materna a escala mundial, en la Región de las Américas y en América Latina y el Caribe apuntan a un descenso de este evento, se hace necesario continuar haciendo grandes esfuerzos por brindar a la población materno-perinatal una atención integral y humanizada. Mediante evidencia científica, se ha logrado establecer las intervenciones costo eficaces para evitar más del 90% de las muertes maternas y de las complicaciones obstétricas graves, las mujeres y sus hijos, pero estas se ven afectadas en su implementación por barreras económicas, geográficas, sociales, legales y actitudinales que les impiden el acceso a servicios de calidad (19).

Colombia en su compromiso con los ODM y como parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ha venido estableciendo normativas y acciones con el fin de ajustar su legislación y sus políticas públicas a las normas de las organizaciones internacionales; el proceso de adhesión ha servido como una contribución a que Colombia lleve a cabo reformas importantes para mejorar el bienestar de sus habitantes (22).

En el informe de ODM del 2015 en Colombia, muestra que entre 2001 y 2013 el número de madres fallecidas por cada 100 mil nacimientos ha pasado de cerca de 100 a 55, lo cual significa que se han salvado más de 2.600 vidas de mujeres embarazadas en la última década. No obstante, aún se mueren aproximadamente 400 mujeres al año por causas derivadas del embarazo y el parto. El principal desafío del país es reducir las inequidades que se observan en la mortalidad materna principalmente en los territorios con población indígena, afrodescendiente y en áreas rurales dispersas y en zonas

urbanas marginales; lo cual demuestra que la desigualdad sigue siendo un factor clave a abordar para poder garantizar el alcance de los objetivos en salud materno perinatal (23). Para ello, el informe establece que es necesario fortalecer el acceso, la oportunidad, la pertinencia etnocultural y la calidad en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva integrales, asegurando la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, la interrupción voluntaria del embarazo, los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes y favoreciendo la aplicación de guías y protocolos para asegurar la atención con calidad del embarazo, el parto y sus posibles complicaciones (23).

Por ello, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en la responsabilidad que ha adquirido en el panorama mundial y con su población, además de definir los lineamientos para alcanzar las metas en salud materno-perinatal, supervisa constantemente el cumplimiento de las acciones de todos los miembros del sistema de salud: entes territoriales, EAPB, Empresas Sociales del Estado Prestadoras de Servicios de Salud (ESE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En Colombia, la salud materna ha sido una de las prioridades en salud pública, se ha fortalecido con la implementación de herramientas de gestión y operativas incluyendo intervenciones costo efectivas para evitar las muertes maternas y las complicaciones obstétricas, a pesar de ello, los resultados siguen siendo insuficientes y las usuarias se enfrentan a barreras administrativas, geográficas, sociales y culturales lo que impide el acceso a servicios de salud con calidad (24).

En 2022, según el *Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna*, actualizado en octubre de 2022 indica que a semana epidemiológica 35, Colombia contabiliza un total de 175 muertes maternas tempranas para una razón de mortalidad materna (preliminar) de 39.5 muertes por 100.000 nacidos vivos. Este resultado está lejos de cumplir las expectativas respecto a la pendiente esperada para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible.

En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna (25). Sin embargo, para alcanzar los objetivos a nivel nacional, es fundamental continuar trabajando arduamente por lograrlos.

Por lo anterior, plantea desarrollar actividades específicas para ajustar la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030. Las líneas de acción del plan incluyen garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar, fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud reproductiva y la salud materno-perinatal con perspectiva intercultural, mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de atención en Salud Materno Perinatal, cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones, estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal, fortalecer la gobernanza y hacer seguimiento a implementación del Plan.

Al analizar detalladamente cada línea de acción, es evidente el papel fundamental que juegan los prestadores de servicios de salud en la ejecución de intervenciones que contribuyan a la disminución de la morbilidad materna. Se observa que la vigilancia de dichas intervenciones por parte de las EAPB y las Direcciones Territoriales de Salud deben ser mucho más rigurosas, a fin de garantizar una atención completa y de calidad a la población materno perinatal.

Debido a lo anterior, los prestadores de servicios de salud, deben estar autoevaluándose constantemente, a fin de determinar si se está cumpliendo con las directrices para brindar atención efectiva a las mujeres en gestación. Muchas instituciones no le dan la importancia que requiere la auditoría, y, por lo tanto, no hacen que dicho sistema sea

relevante para la operación de la organización; por lo tanto, tienen vacíos en el conocimiento de las necesidades de la operación de la institución (26).

La auditoría interna “es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna” (27).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, establece en su documento de *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud* que el propósito de la auditoría es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, siendo concedora de los procesos prioritarios que la organización debe definir a partir del seguimiento a riesgos en la prestación de servicios. Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas, conocer su desempeño actual e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas.

5.2 CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva

Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de las metas en salud y garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una historia clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder (28).

La Historia Clínica Perinatal (HCP) es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de estos eventos desde una visión de Salud Pública (28).

Debido a lo anterior y gracias a el Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una unidad técnica que brinda cooperación de excelencia para promover, fortalecer y mejorar la atención de salud dirigida a las mujeres, las madres y los recién nacidos en los países de la Región de las Américas, publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP) en 1983, este está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos (28).

Desde 1983 los instrumentos han sido modificados en varias ocasiones. Estas modificaciones obedecen a la necesidad de mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como incluir las prioridades –nacionales e internacionales- definidas por los Ministerios de Salud de la Región (28). Las secciones de la historia clínica perinatal incluyen identificación, antecedentes familiares, personales y obstétricos, gestación actual, admisión por parto, enfermedades, recién nacido, puerperio, egreso del recién nacido, egreso materno, anticoncepción, aborto, admisión por aborto, procedencia, pre-procedimiento, tratamiento/procedimiento, post-procedimiento, anticoncepción y egreso; las variables que incluye cada sección se encuentran en el manual desarrollado por CLAP/SMR en 2011 y es fundamental que quienes realicen atención materno-perinatal tengan conocimiento de como diligenciar cada parte.

En consecuencia, es imprescindible que las instituciones de salud, se acojan a las recomendaciones dadas para la implementación de estas herramientas, es esencial que los datos registrados sean completos, válidos, confiables y estandarizados pues esto repercutirá favorablemente en la calidad de los sistemas de información y por lo tanto en una atención de calidad a la salud materna.

5.3 El control prenatal: estrategia para la detección temprana de alteraciones.

La atención integral desde control prenatal constituye una herramienta imprescindible para detectar oportunamente alteraciones del embarazo que pueden determinar un adecuado desenlace del embarazo. Las actividades que permiten alcanzar este objetivo, se encuentran enfatizadas en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica (10).

Para estandarizar lo anterior, se hace necesario implementar recomendaciones que tengan un alto grado de evidencia científica que a nivel nacional se han reunido en las Guías de Práctica Clínica publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales fundamenta las acciones que se proponen en la RIAMP. En esta, se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno –perinatal, valoración de gineco-obstetricia en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo y que el control prenatal sea proporcionado por un pequeño grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda (10).

Además de la importancia de contar con personal capacitado para la atención de la gestante y que le garantice un trato digno y sin barreras para mejorar su adherencia a los controles, se deben asegurar otros aspectos que contribuyan al bienestar de las usuarias.

Se recomienda realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación, dicha cita debe tener una duración de 30 minutos y para los siguientes controles se recomienda una duración de 20 minutos (10).

El ingreso temprano a control prenatal, permite detectar más rápidamente una amplia gama de condiciones maternas y/o paternas que potencialmente pueden ser peligrosas para la madre y/o el feto, y de igual forma actuar de forma más pronta para aumentar la probabilidad de obtener un resultado materno fetal exitoso. Además de esto, el ingreso temprano a control prenatal contribuye a alcanzar otra recomendación como lo es la frecuencia y número de citas de control prenatal que debe recibir una gestante con embarazo de curso normal; si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Para una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas (10).

Los datos reportados en la última década muestran que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas (29).

Por otra parte, se recomienda realizar una historia clínica de control prenatal con registros estructurados de maternidad y un sistema que garantice que las gestantes porten los datos de su control prenatal (carné materno), el cuál esté disponible y sea actualizado en cada cita (10). Una historia clínica parametrizada según lo requerido para el programa de control prenatal, conforma un sistema de información mucho más sólido, que garantice el registro de todas las variables fundamentales en la identificación de riesgos y brinde a la institución de salud indicadores confiables para la evaluación del programa y para la toma de decisiones frente a este.

Igualmente, el carné materno contribuye a realizar una atención más pertinente a la gestante, independientemente del nivel de atención o institución en la que se encuentre, pues orienta de forma concisa a los profesionales sobre el curso del embarazo; la gestante no solo será atendida por el médico de control prenatal, sino que su atención involucra un equipo interdisciplinario y de diferentes niveles de complejidad que deberán estar al tanto del desarrollo de la gestación para poder brindar una atención óptima.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que la identificación de alteraciones en el embarazo, no solamente incluye aspectos relacionados con la salud física, pues la parte psicosocial también es algo fundamental. Por ello se recomienda, que las gestantes reciban en el momento de la inscripción al control prenatal, y luego en cada trimestre, tamizaje de violencia doméstica y una valoración de riesgo psicosocial mediante la escala de Herrera & Hurtado con el objeto de identificar aquellas gestantes que pueden continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan seguir su control con el obstetra y/o un grupo multidisciplinario (10).

En cada cita de control prenatal, el profesional de la salud debe ofrecer información y explicaciones claras de cada actividad, así como ofrecer a las gestantes la oportunidad de discutir sus dudas y hacer preguntas en un ambiente donde la discusión se facilite. La información debe ser dada en una forma fácil de entender y accesible para las mujeres embarazadas con necesidades adicionales (10). Es fundamental, dentro de este aspecto, resaltar la importancia de espacios de educación colectiva mediante el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana y objetivo es desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio (4).

Se debe derivar a la gestante para que reciba las demás atenciones requeridas como a valoración por odontología con el fin de recibir asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y definir un plan de manejo. O atención por nutrición al momento

de la inscripción al control prenatal con el fin de establecer su diagnóstico nutricional, definir un plan de manejo (10) y brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo (1).

Sobre lo anterior, es importante resaltar la gran repercusión que tiene una adecuada alimentación en el embarazo; cuando la ingesta energética es elevada, puede condicionar un incremento de peso excesivo, aumentando la probabilidad de tener neonatos macrosómicos (> 4 kg), cesáreas, diabetes mellitus gestacional (DMG), preeclampsia y exceso ponderal del descendiente en la edad adulta. Por otra parte, el escaso aumento de peso favorece el nacimiento de niños con bajo peso ($< 2,5$ kg) que tienen mayor riesgo de mortalidad perinatal y de desarrollar enfermedades crónicas en la etapa adulta (enfermedades cardiovasculares y metabólicas) (30).

En vista de lo anterior, se recomienda registrar el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso. Además, se debe realizar seguimiento de la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales; la gestante con inadecuada ganancia debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado (10).

Relacionado con los suplementos nutricionales en el embarazo, la evidencia establece que se debe realizar suplencia con 400 microgramos / día de ácido fólico desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo para reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida), suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia. Y si bien las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren suplementación de forma rutinaria con hierro, se recomienda el suplemento de hierro + ácido fólico de forma rutinaria a todas las gestantes con embarazo de curso normal (10).

Además de esto, otra intervención con gran repercusión en la salud materno-fetal es la vacunación. Se recomienda la vacunación contra la influenza estacional con virus inactivos durante la gestación, vacunación antidiftérica-antitetánica (Td) para garantizar la protección contra el tétanos materno y neonatal, y después de la semana 20 se recomienda sustituir una dosis de Td por una dosis de Toxoide y Bordetella pertussis (Tdap) para prevenir la infección por este agente en los niños menores de 3 meses (10).

La inmunización antes, durante, o después del embarazo es una forma singular de inmunización del adulto, ya que puede proteger a la madre y también al futuro hijo. Los recién nacidos habitualmente no son capaces de crear respuestas inmunes protectoras hasta que pasan algunas semanas o meses de vida. En consecuencia, existe un espacio de tiempo en que el recién nacido es extremadamente vulnerable a enfermedades actualmente prevenibles mediante la vacunación. Por lo tanto, la inmunización de la futura madre no solo consigue proteger a la vacunada, sino que a través del paso de anticuerpos de forma pasiva al feto puede proteger al recién nacido hasta que sea posible la inmunización activa de este, con el inicio de su esquema vacunal (31).

Para el diagnóstico de las alteraciones feto-placentarias se recomienda realizar una ecografía entre las 10 semanas +6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal, detectar precozmente los embarazos múltiples, y detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nucal. Además, se debe realizar rutinariamente una ecografía de detalle, por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales (10).

Con respecto a las pruebas recomendadas para determinar el crecimiento fetal durante el control prenatal, se recomienda la medición rutinaria de la altura uterina en todas las consultas de control prenatal y después de la semana 24 se recomienda su registro en una gráfica de progresión (10). La asociación de la altura uterina en paralelo con la ganancia de peso de la madre durante la gestación, tiene una alta sensibilidad (75%)

para predecir pequeño para la edad gestacional (PEG), solo superada por la medición del perímetro abdominal fetal por ecografía (94%) (32).

Sobre el tamizaje de infecciones en la gestación se recomienda ofrecer a las gestantes tamizaje de bacteriuria asintomática por medio de urocultivo y antibiograma y seguimiento postratamiento con esquema de siete días. La bacteriuria asintomática es una afección frecuente de las vías urinarias que se asocia con un mayor riesgo de infección de las vías urinarias en las embarazadas (cistitis y pielonefritis) y en consecuencia mayor riesgo de nacimientos prematuros, de allí la importancia de esta intervención (1).

Para el diagnóstico presuntivo de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se debe realizar prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación en la cita de inscripción al control prenatal y en cada trimestre de la gestación, ya que una intervención oportuna y adecuada puede reducir la transmisión de madre a hijo (33). Igualmente, se debe ofrecer el tamizaje para sífilis a todas las gestantes desde la inscripción al control prenatal y en cada trimestre de la gestación, ya que el tratamiento de la sífilis es beneficioso tanto para la madre como para el feto (10).

En cuanto al diagnóstico oportuno de hepatitis B, ofrecer a las gestantes el tamizaje serológico para este, también a fin garantizar en el puerperio una intervención adecuada para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo. Se recomienda el reporte y seguimiento de las mujeres embarazadas a quienes se les diagnostique alguna de las anteriores de acuerdo a las directrices del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (10).

Así mismo, es primordial que se realice tamización de otras infecciones que en caso de presentarlas afectaran en el desenlace del embarazo y en la salud del recién nacido, como la tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB) durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal, tamizaje para rubéola y rutinariamente antes de la semana 16 de gestación, tamizaje de rutina para malaria con gota gruesa en zonas endémicas (10), y prueba de ELISA para chagas en zonas endémicas.

Otra infección de gran interés en la gestación, es la toxoplasmosis, la cual puede llevar a serias consecuencias en el desarrollo neurológico y en la salud visual del niño y es (en la mayoría de casos) el resultado de una infección primaria en una mujer embarazada inmunocompetente. En Colombia más de la mitad de las mujeres embarazadas (50-60%) poseen anticuerpos anti toxoplasma, lo cual indica una alta exposición y circulación del parásito en el país. Es de esperar que entre 0,6% a 3% de las gestantes adquieran la infección durante el embarazo, de ahí la importancia de su tamización (34).

Ahora bien, algunas patologías durante la gestación tienen mayor prevalencia en Colombia y por ello las recomendaciones dadas según la evidencia, incluyen acciones específicas para estas. Se recomienda que todas las gestantes con embarazo de curso normal sean tamizadas para anemia con hemoglobina y hematocrito, obtenidos como parte de un hemograma completo, en el momento de la inscripción al control prenatal, así como en la semana 28 de gestación con el fin de disponer de tiempo suficiente para el tratamiento de la anemia. Y respecto a la diabetes gestacional se recomienda que a todas las gestantes se les realice una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación (10).

En Colombia se estima que el 35% de las muertes maternas están asociadas con trastornos hipertensivos del embarazo, siendo entonces un problema prioritario de salud pública. La preeclampsia, es una de las enfermedades de mayor interés, en general su detección temprana y la terminación oportuna de la gestación disminuyen la morbimortalidad materna. En ausencia de intervenciones, la preeclampsia puede progresar a una disfunción orgánica múltiple en la que sobresale el compromiso renal, hepático y cerebral. Algunas de sus complicaciones más frecuentes se han descrito específicamente; tal es el caso de las convulsiones conocidas como Eclampsia, o del llamado síndrome HELLP (caracterizado por compromiso hemolítico, hepático y trombocitopénico), situaciones ambas que representan un severo compromiso orgánico y que aumentan de manera dramática la morbimortalidad del binomio madre-hijo (34).

Por lo anterior, las intervenciones específicas para el diagnóstico y tratamiento oportuno de los trastornos hipertensivos del embarazo incluyen tener en cuenta las condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de preeclampsia, es decir factores de riesgo moderado: primer embarazo, edad mayor o igual a 40 años, intervalo intergenésico mayor a 10 años, IMC mayor o igual a 35 kg/m² en la primera consulta, embarazo múltiple, antecedente familiar de preeclampsia; y factores de alto riesgo como trastorno hipertensivo en embarazo anterior, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos, diabetes tipo 1 y 2, hipertensión crónica. Por ello, se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con un factor de alto riesgo o dos de riesgo moderado. Además, se deben tener en cuenta las recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de preeclampsia mediante proteinuria y demás exámenes paraclínicos, medición de la presión arterial y ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico (10).

Todo lo anterior, corresponde a actividades de obligatorio cumplimiento, dado su alto impacto en el bienestar materno-perinatal, por lo que las instituciones deben velar por garantizar la realización de dichas intervenciones y brindar un tratamiento pertinente y oportuno en caso de detectar alguna alteración.

5.4 El binomio madre – hijo desde la seguridad del paciente.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en las instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad (35).

Uno de los procesos asistenciales en los que se busca impactar desde la seguridad del paciente es garantizar la atención segura del binomio madre – hijo. La muerte materna se comporta como la mortalidad en general, las dos están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica. Al mirar las causas, la mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia, se deben a pérdida excesiva de sangre, infecciones, trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto, o las complicaciones por abortos en condiciones inseguras, causas de emergencias difíciles de prever. En el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales. Estas prácticas además contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna (35).

Para realizar una atención segura e integral se requiere implementar varias acciones; la primera de ellas es el mejoramiento del acceso a servicios de salud materno perinatales, lo que incluye atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas, asegurar la atención del parto y el puerperio por persona calificada; toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos y debe asegurar previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos. Igualmente, manejo adecuado de hemorragias y procedimientos de transfusión y garantía de remisión oportuna y segura, de igual forma debe tener un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel (35).

Lo anterior se fundamenta en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, la gestión de la prestación de los servicios de salud ha demandado desarrollos conceptuales e instrumentales para la organización, articulación y gestión de la oferta en

función de la demanda de servicios de la población, para una respuesta acorde, efectiva y eficiente a la misma, en condiciones de accesibilidad, continuidad, integralidad, calidad y resolutiveidad (36).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la Orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros (37).

En el marco de estos propósitos, Colombia no ha sido ajena a estos desarrollos, y tanto en su marco normativo como lineamientos de política e instrumentos se ha establecido que la prestación de servicios de salud a nivel territorial se debe realizar mediante redes. Con la prestación de servicios mediante redes se busca dar respuesta a problemas de fragmentación, atomización e interrupción en la provisión de los servicios, restricciones de acceso y falta de oportunidad, baja eficacia de las intervenciones por limitada capacidad resolutiveidad, inexistencia o insuficiencia de la oferta a nivel territorial, ineficiencias por desorganización y duplicidad en la oferta, dificultades en sostenibilidad financiera (36).

De acuerdo con esto, se establecen los diferentes elementos que deben ser garantizados, según las competencias de cada actor, de las cuales se resalta para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) conformar y organizar la red integral de prestadores de servicios para sus afiliados, en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, oportunidad y resolutiveidad, teniendo en cuenta la oferta de servicios habilitados por la respectiva Dirección Territorial de Salud, y de acuerdo a las características de la población asegurada a su cargo, mediante los respectivos acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud que la integran (36).

En cuanto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán garantizar los acuerdos frente al sistema de referencia y contrarreferencia definido por las entidades promotoras de salud; para esto, deberán operar los mecanismos generados para tal fin y deberán reportar la información considerada como relevante por parte de los actores que regulan y definen dicho sistema (36).

5.5 Gestión del riesgo en salud y la atención materno-perinatal.

El Plan Decenal Salud Pública 2012-2021 (PDSP) concibe el riesgo en salud como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”. La comprensión del concepto de riesgo en salud, el conocimiento de sus principales determinantes y de los mecanismos a través de los cuales se genera, es fundamental para su identificación y el desarrollo de estrategias para su prevención, mitigación y superación (6).

El conocimiento de la distribución y los determinantes de los riesgos tienen importantes implicaciones para la identificación y selección de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales basadas en la evidencia, orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y al manejo integral de la misma una vez se ha presentado. Los grupos de riesgo se conforman teniendo en cuenta grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y enfermedades de alto costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolló una metodología que partió de reconocer, a través de los análisis de carga de enfermedad disponibles en el país, los eventos con mayor incidencia, identificando a través de la revisión de la literatura los riesgos asociados a su presentación (6). De lo anterior se establecieron 16 grupos de

riesgo para la gestión integral del riesgo en salud, y el octavo grupo lo constituye la población materno perinatal.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, es una estrategia transversal del Modelo de Atención Integral Territorial que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (6).

La realización de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales para las prioridades establecidas deben ser desarrolladas teniendo en cuenta las Rutas Integrales de Atención en Salud adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades. Integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes agentes del Sistema de Salud dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales (6).

5.6 La continuidad de la atención post evento obstétrico.

Las muertes maternas y neonatales, constituyen la expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, constituyendo un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe. Entre 1990 y 2010, la Razón de Mortalidad Materna (RMM), en América Latina y el Caribe, ha descendido de 125 a 75 por 100.000 nacidos vivos. Según momento de la ocurrencia, el 50% de las muertes maternas ocurre las primeras 24 horas posparto; 25% durante el embarazo; 20% entre el 2º y 7º día posparto; 5% entre la 2ª y 7ª semana (38).

Lo anterior, muestra la importancia de dar continuidad a la atención después del evento obstétrico y que, además, permanezca la calidad de las intervenciones que se realicen

en el puerperio. El puerperio se divide en dos etapas el puerperio inmediato que comprende las dos primeras horas post parto y el puerperio mediato que comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto. En la primera etapa, se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina y en caso de hemorragia debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia. En cuanto a la segunda etapa, también deberá monitorizarse el riesgo de hemorragia y además signos de infección puerperal (4).

Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 7° días post parto (4). Para los prestadores de servicios de salud de baja complejidad, esta consulta constituye un momento óptimo no solo para la evaluación de la salud física y mental del recién nacido y de la madre, si no también para reforzar todos aquellos conocimientos que le permitan asumir el rol correctamente y detectar a tiempo signos de alarma.

Se espera que todas las gestaciones culminen con un parto con binomio vivo, en dicho caso es necesario observar tanto a la madre como al recién nacido para establecer las condiciones de salud del binomio, fomentar la lactancia materna y proveer educación que permita un adecuado desarrollo de los cuidados del puerperio materno y del recién nacido. Se debe continuar realizando vigilancia y atención de las complicaciones obstétricas tales como sepsis de origen obstétrico, hemorragia o trastornos hipertensivos de acuerdo las guías y protocolos disponibles, realizar la detección de anomalías y riesgo en el recién nacido, realizar educación a la madre, a la familia de los cuidados del recién nacido, dar consejería y provisión efectiva de anticonceptivos en el puerperio en caso de no haberse realizado a nivel hospitalario, y dar educación a la madre y sus acompañantes acerca de la lactancia materna, esto deberá incluir los beneficios, técnica de amamantamiento adecuada y cómo prevenir complicaciones (4).

Además de lo anterior, se le deberá verificar el esquema de vacunación del recién nacido con esquema para BCG y anti hepatitis B y el esquema de vacunación de la madre, direccionar a la familia del recién nacido para ingreso al programa de crecimiento y desarrollo, ingreso al programa de planificación familiar u otros programas que apliquen.

6. Marco normativo

En Colombia, a partir de 1993 con la implementación de la Ley se transformó la conformación del sistema de salud. En este proceso histórico se identificó una serie de conceptos tales como: Atención Primaria en Salud (APS), Prevención de la enfermedad, Promoción de la salud y Plan de Atención Básica (PAB) (39).

Una de las acciones que se realizó para abordar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fue el establecimiento de la Resolución 412 de 2000, la cual contiene actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y adopta 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. Esta resolución, permitió por varios años, tener directrices para la atención de la salud materno perinatal como la *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo*, *Norma técnica para la atención del parto* y la *Norma técnica para la atención al recién nacido*.

Sin embargo, con el desarrollo normativo, se han ido implementando diversas reformas, políticas en salud y publicando nuevos lineamientos y orientaciones para brindar a la población una atención integral que impacte positivamente en su bienestar. En 2011, se expide la Ley 1438, la cual presenta un modelo de salud más fundamentado en la APS, prohíbe las limitaciones al acceso a servicios de salud y adopta las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Además, con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se regula el derecho fundamental a la salud y establece en su artículo 11 a las gestantes y niños como sujetos de especial protección.

En vista de lo anterior, con la Ley 1753 de 2015 se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de la salud en la población colombiana y define en su artículo 65 la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). En el marco de dicha política, mediante la Resolución 3202 de 2016 se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas

Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre las cuales se encuentran la Ruta para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta para la población materno perinatal.

Por lo tanto, el párrafo del artículo 11 de la Resolución 3202 de 2016 estableció que las Normas Técnicas de Detección Temprana y Protección Específica, definidas en la Resolución 412 de 2000, serían sustituidas en la medida en que el Ministerio de Salud y Protección Social expidiera los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS. Es así como en 2018 con la expedición de la Resolución 3280 que dicta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la promoción y mantenimiento en Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal, se sentó una nueva base para la atención en salud a la población.

Posteriormente, se modifica la Política de Atención Integral de Salud y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para su implementación; este busca garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud, a través de tres componentes integrados e interdependientes: servicios de salud, acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria (40).

A pesar de la anterior modificación el lineamiento técnico y operativo de la RIAMP sigue estando vigente, este divide las intervenciones individuales en doce grandes categorías, que incluyen una serie de actividades interdisciplinarias que buscan una atención integral: atención preconcepcional, interrupción voluntaria del embarazo, control prenatal, curso de preparación para la maternidad y la paternidad, consulta de odontología, consulta de nutrición, atención del parto, atención del puerperio, atención de emergencias obstétricas, atención del recién nacido, atención de las complicaciones perinatales y/o posnatales del recién nacido, control del recién nacido.

Además, este lineamiento es complementado por normatividad y documentación relacionada que el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido a través de los años, como la Sentencia C-355 de 2006, bajo la cual se despenaliza el aborto cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, cuándo el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto; la Sentencia C-055 de 2022 mediante la cual se despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación; Resolución 1314 de 2020 por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C; Ley 2244 de 2022 por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto digno, respetado y humanizado; protocolos del Instituto Nacional de Salud (INS) para eventos de interés en salud pública como evento código INS 549 Morbilidad materna extrema, código INS 550 Mortalidad materna y código INS 560 Mortalidad perinatal y neonatal tardía; y Guías de Práctica Clínica elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Como se puede observar, las instituciones de salud deben estar conformadas y actualizándose constantemente según avanza la normatividad en el país y hacer los ajustes necesarios para dar cumplimiento a esta. En el caso del prestador de servicios de salud a intervenir y según el Decreto 1760 de 1990, que define los niveles de atención y tipo de servicio de complejidad, la institución se clasifica como una entidad de primer nivel, con algunos servicios de segundo nivel, ya que cuenta con algunas atenciones por personal profesional especializado.

Conforme a esto, también es importante resaltar que en Colombia las instituciones de salud deben cumplir con la Resolución 3100 de 2019 para su funcionamiento, pues esta define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud. Igualmente, deben acatar la Resolución

0256 de 2016 que dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Es vital por ello que los prestadores de servicios de salud en Colombia, hagan esfuerzos persistentes por cumplir a cabalidad con lo que se exige legislativamente, pues esto contribuirá a brindar un servicio de calidad a su población, alcanzar los objetivos en salud deseados, le permitirá funcionar correctamente y presentar un informe adecuado a la Dirección Territorial de Salud y EAPB.

7. Marco institucional

La institución de salud a intervenir se encuentra ubicada en el municipio de Bucaramanga, Santander; hace parte de una cooperativa con varias líneas de negocio, dentro de ellas: salud. Como cooperativa se encuentra conformada hace 60 años, ubicando sus servicios de salud también en otros municipios como Floridablanca y Piedecuesta.

La institución establece como objetivo prestar servicios de salud con altos estándares de calidad y seguridad, enfocados en la humanización de la atención en salud y la seguridad del usuario, contribuyendo al bienestar de los usuarios y la comunidad. Siendo una institución líder en salud con una amplia experiencia y comprometidos con la misión y filosofía institucional. A continuación, se presenta la misión y la visión institucional y sus valores corporativos:

Misión: Es una cooperativa con una amplia experiencia empresarial que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de sus asociados, clientes y usuarios a través de la prestación de servicios de salud, orientada a través de los principios y valores corporativos, el cumplimiento de las normas legales y reglamentarias, la calidad de los servicios, el desarrollo integral del talento humano y el compromiso social.

Visión: Será en 2023, la cooperativa líder a nivel nacional en prestación de servicios integrados e innovadores, con un enfoque social reconocido y un equipo humano comprometido con mejorar la calidad de vida de sus asociados.

Valores corporativos:

- Trabajo en equipo: unimos nuestros esfuerzos para alcanzar las metas.
- Calidad del servicio: trabajamos por la satisfacción de nuestros asociados y clientes.
- Compromiso: aportamos nuestros conocimientos y habilidades con pasión por lo que hacemos para lograr los mejores resultados.

- Integridad: actuamos con transparencia generando confianza en nuestros asociados, clientes, proveedores, compañeros de trabajo y la sociedad.
- Respeto: tenemos consciencia de nuestras diferencias como seres humanos y a partir de ellas apreciamos a las demás personas, construyendo un entorno armonioso.
- Innovación: estamos comprometidos con el cambio para hacer más fácil la vida de nuestros asociados y clientes.
- Resiliencia: somos capaces de adaptarnos a situaciones adversas y ver oportunidades de mejora en nuestro entorno.

La institución brinda servicios de forma particular y también tiene convenio con una empresa de seguros de salud y con una reconocida EAPB del municipio. Sin embargo, para efectos del presente proyecto la sede en la que se desarrolla la intervención es en una que solo presta servicios a la EAPB. Los servicios que se encuentran habilitados en la institución para la sede a la que se le realiza la intervención son:

- Dermatología
- Endodoncia
- Enfermería
- Ginecobstetricia
- Medicina general
- Medicina interna
- Nutrición y dietética
- Odontología general
- Ortodoncia
- Pediatría
- Periodoncia
- Psicología
- Rehabilitación oral
- Odontopediatría

- Cirugía oral
- Cirugía maxilofacial
- Vacunación
- Toma de muestras de laboratorio clínico
- Radiología odontológica
- Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas

La institución es un prestador de servicios de salud de baja complejidad con algunos servicios de mediana. Presta atención de lunes a sábado de 6:00 am a 8:00 pm. Desde el año 2007 se encuentra certificada con la NTC ISO 9001, asegurando la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad y su compromiso con el mejoramiento continuo.

Para el presente proyecto, se interviene el programa de maternidad segura, el cual se encuentra a cargo de la Coordinación de Promoción y Mantenimiento de la Salud, el personal asignado para la ejecución de las actividades está conformado por dos médicos generales para la atención de las consultas de control prenatal y egreso, una enfermera para seguimiento a las usuarias, asesoría en prueba voluntaria para VIH y realización de pruebas rápidas de VIH y sífilis, ginecóloga con atención exclusiva para gestantes; y demás personal que se comparte con otros programas como nutricionista, psicóloga, odontóloga, personal de vacunación, personal de toma de muestras de laboratorio clínico, entre otros.

A octubre 2022, el programa cuenta con 236 gestantes, tanto al régimen contributivo como subsidiado. Se tiene pactado con la EAPB la atención de baja complejidad y además consulta ambulatoria por ginecología. Para la atención de mediana y alta complejidad la EAPB tiene contratada una institución de tercer nivel especializada en atención materno infantil.

8. Metodología

Este trabajo de grado se clasifica como una formulación de proyecto de desarrollo, que se define en el Acuerdo del Consejo de Facultad No. 054 de la Universidad de Antioquia como “Conjunto coherente e integral de actividades tendientes a alcanzar objetivos específicos que contribuyan al logro de un objetivo de desarrollo, en un período de tiempo determinado, con unos insumos y costos definidos, el cual busca mejorar una situación, solucionar una necesidad sentida o un problema existente (41)”.

El término proyecto se aplica a la intención de hacer o ejecutar algo, un proyecto no es otra cosa que la intención organizada de una persona, que pretende transformar una situación actual insatisfactoria en una situación futura deseada. En términos académicos se podría definir un proyecto como un sistema artificial y abstracto, constituido por bloques de información y decisiones, los cuales se articulan alrededor de una intencionalidad bien definida que delimita estos bloques en el espacio y en el tiempo (42).

El tipo de proyecto que se desarrolló, es un proyecto de desarrollo administrativo, este está dirigido a mejorar un proceso administrativo o una organización. Los proyectos de desarrollo institucional se interesan en mejorar, modificar, ampliar o crear una organización de trabajo y de los sistemas que la componen. En salud, este tipo de proyectos generalmente facilitan la revisión y la renovación de la administración del sistema de salud y de los servicios, o de una parte de la organización, incluyendo el replanteo eventual de las políticas, estructuras, sistemas, modelos, recursos y procedimientos (42).

Para la discusión de los resultados se revisaron estudios que tuvieran también como objetivo la medición de la adherencia a la ruta materno-perinatal, se realizó búsqueda en recursos abiertos como Scielo, Google Académico, DOAJ entre otros. El perfil de búsqueda incluyó temas relacionados con adherencia, atención materno-perinatal, calidad, entre otros.

Por otra parte, para el desarrollo el proyecto se realizó auditoría retrospectiva de historias clínicas pertenecientes a usuaria atendidas por el prestador. Dado que se requirió realizar auditoría a las usuarias haciendo trazabilidad a la atención brindada desde el momento que ingresa hasta que egresa del control prenatal, la población a auditar es seleccionada de los ingresos a control prenatal realizados en enero de 2022, puesto que a octubre de 2022 son las usuarias que ya han culminado la gestación.

Se descargan los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del software institucional para historias clínicas, encontrando un total de 41 usuarias que ingresaron a control prenatal y que a la fecha de la realización de la auditoría ya egresaron del programa.

Para realizar la auditoría se hace uso del Instrumento Adoptado Del Grupo Desarrollador de la Secretaría De Salud De Medellín y la ESE Metrosalud, se realiza actualización de algunos criterios de este, teniendo en cuenta la normatividad vigente consultada.

La propuesta para la metodología del proyecto se realiza teniendo en cuenta el enfoque de Matriz de Marco Lógico. En la tabla 1, se registran los productos, tareas, recursos y cronograma de actividades para el desarrollo de la intervención:

Tabla 1. Matriz de Marco lógico

PRODUCTO FINAL	PRODUCTOS INTERMEDIOS	TAREAS	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	Sep	Oct	Nov
Fortalecimiento de la adherencia a la Ruta de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal en el prestador de	1.1 Instrumento de verificación al cumplimiento de la RIAS Materno Perinatal.	1.1.1 Realizar búsqueda de normatividad vigente según Ministerio de Salud y Protección Social. 1.1.2 Plantear elementos a verificar en el	1 auditor interno. 1 asesor de proyecto de grado.	Equipo de cómputo. Red de internet. Base de datos de información bibliográfica. Software de historia clínica. Documentación en físico y			

PRODUCTO FINAL	PRODUCTOS INTERMEDIOS	TAREAS	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	Sep	Oct	Nov
servicios de salud.		cumplimiento de la ruta según la literatura y normatividad revisada.		digital del programa.			
		1.1.3 Adoptar instrumento validado de verificación al cumplimiento de la ruta.					
	1.2 Evaluación de la adherencia a la RIAS Materno Perinatal	1.2.1 Establecer plan de auditoría con respectivo cronograma de actividades.					
		1.2.2 Notificar a Coordinación de Promoción y Mantenimiento de la Salud la realización de la auditoría.					
		1.2.3 Recolectar evidencia mediante aplicación de instrumento adoptado.					
	1.2.4 Realizar análisis de la						

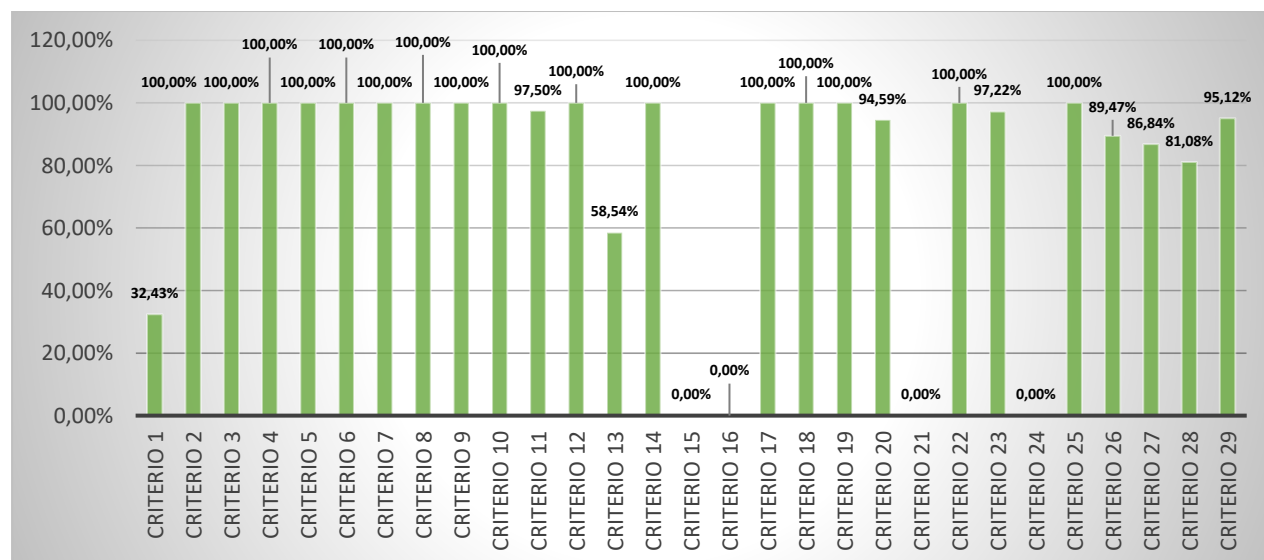
PRODUCTO FINAL	PRODUCTOS INTERMEDIOS	TAREAS	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	Sep	Oct	Nov
		evidencia recolectada.					
		1.2.5 Generar hallazgos de la auditoría.					
	1.3 Implementación un plan de mejora en la institución con base a los hallazgos encontrados en la auditoría interna.	1.3.1 Elaborar plan de mejora de acuerdo a los hallazgos generados.					
		1.3.2 Presentar plan de mejora a Coordinación de Promoción y Mantenimiento de la Salud.					

9. Resultados

Se realizó auditoría a 41 historias clínicas de usuarias que ingresaron a control prenatal en el mes de enero de 2022. Se realizó revisión a registro de historias clínicas de medicina general para ingreso, controles prenatales y control posparto, historias clínicas y notas de enfermería, historias clínicas de demás profesionales como nutrición, psicología y odontología.

A continuación, se observa la adherencia para los criterios no negociables en control prenatal:

Figura 2. Adherencia para los criterios en control prenatal no negociables de la RIAMP



Dichos criterios corresponden a las siguientes acciones:

Tabla 2. Criterios en control prenatal no negociables

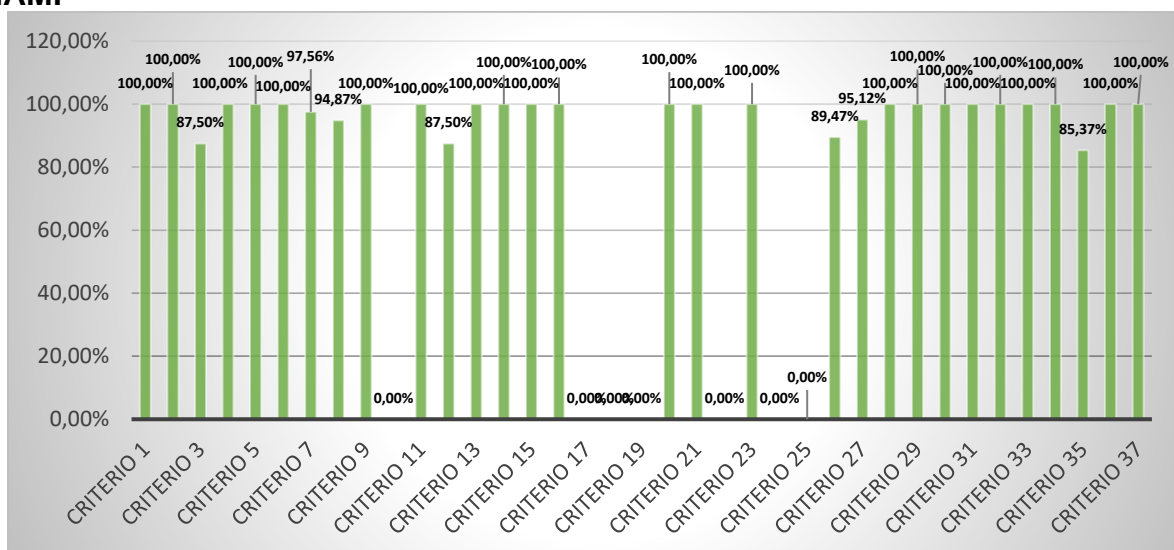
Criterio 1	Cumplimiento de la frecuencia de controles prenatales
Criterio 2	Evidencia de información a la mujer sobre el derecho a la IVE
Criterio 3	Registro de antecedentes generales

Criterio 4	Registro de antecedentes ginecológicos
Criterio 5	Registro de antecedentes obstétricos
Criterio 6	Registro de antecedentes familiares
Criterio 7	Registro de información sobre la gestación actual
Criterio 8	Registro de aplicación de la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado.
Criterio 9	Registro de la prescripción de la suplementación con micronutrientes en dosis adecuadas
Criterio 10	Registro de la búsqueda de las causas de anemia al ingreso de CPN
Criterio 11	Registro de la búsqueda de las causas de anemia en semana 28 de gestación
Criterio 12	Registro del tratamiento de la gestante con anemia
Criterio 13	Evidencia de la realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino
Criterio 14	Registro de las acciones para confirmar o descartar THAE
Criterio 15	Registro de las acciones para estabilizar la gestante con THAE antes de la remisión
Criterio 16	Registro de la remisión inmediata por urgencias de la gestante con THAE
Criterio 17	Registro del urocultivo realizado al ingreso al control prenatal
Criterio 18	Registro de la prescripción de tratamiento en caso de identificar el urocultivo alterado
Criterio 19	Registro de la prueba treponémica rápida para sífilis realizada al ingreso al control prenatal
Criterio 20	Registro de la prueba treponémica rápida para sífilis realizada en cada trimestre de la gestación
Criterio 21	Registro del tratamiento de la gestante con prueba treponémica rápida positiva con penicilina benzatínica
Criterio 22	Registro del resultado de la prueba rápida de VIH
Criterio 23	Registro del resultado de la prueba rápida de VIH en cada trimestre de la gestación
Criterio 24	Registro de cumplimiento de algoritmo para primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH

Criterio 25	Registro del resultado de la prueba para la Hepatitis B
Criterio 26	Registro de la vacunación de la gestante con Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
Criterio 27	Registro de la vacunación de la gestante con Influenza estacional
Criterio 28	Registro de la vacunación de la gestante con Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap)
Criterio 29	Registro de la intervención por nutrición

Por otra parte, la adherencia a los criterios negociables en control prenatal fue la siguiente:

Figura 3. Adherencia para los criterios no negociables en control prenatal de la RIAMP



Dichos criterios corresponden a las siguientes acciones:

Tabla 3. Criterios negociables en control prenatal de la RIAMP

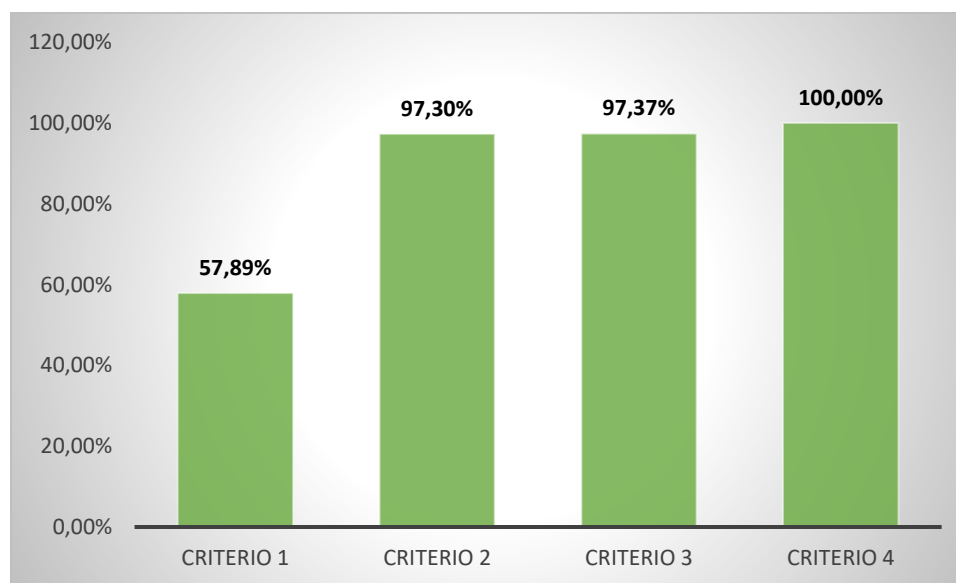
Criterio 1	Registro de datos del contacto que faciliten la localización de la gestante
Criterio 2	Registro de si el embarazo fue planeado
Criterio 3	Registro de las causas del ingreso tardío al CPN

Criterio 4	Registro de la indagación por la tolerancia de la gestante a la suplementación con micronutrientes
Criterio 5	Búsqueda de las causas de anemia en la gestante
Criterio 6	Registro de la orden de hemoglobina Hb de control postratamiento
Criterio 7	Evidencia realización de glicemia al ingreso a control prenatal
Criterio 8	Evidencia realización de prueba de tolerancia a la glucosa (75gm), entre las 24 y 28 semanas de gestación
Criterio 9	Se registró alguna cifra de presión arterial mayor o igual a 140/90, después de las 20 semanas de gestación*
Criterio 10	Se presentaron síntomas premonitorios y/o cifras $\geq 160/100$ *
Criterio 11	Registro de la prescripción de 75 a 100 mg de Aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación en mujeres con criterios
Criterio 12	Registro de la orden de urocultivo de control en caso de prescribir tratamiento para ITU
Criterio 13	Registro de la remisión de la gestante a obstetricia en caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria (asintomática)
Criterio 14	Registro de la realización de pruebas de IgG e IgM para la detección de Toxoplasmosis
Criterio 15	Registro de la tamización mensual con IgM en pacientes seronegativas
Criterio 16	Registro de prueba de avidéz IgG, si la gestación es menor a 16 semanas o IgA si es mayor a 16 semanas, en pacientes con pruebas de IgG e IgM para toxoplasma positivas
Criterio 17	El resultado de alguna de las ayudas diagnósticas para la detección de ITS es positivo *
Criterio 18	Registro de la atención a la gestante que presenta una ITS
Criterio 19	Evidencia notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de las gestantes que presentan alguna ITS
Criterio 20	Evidencia de resultado de pruebas de IgG para Rubeola
Criterio 21	Evidencia de los resultados de ecografía obstétrica
Criterio 22	Evidencia de gota gruesa en zonas endémicas de malaria
Criterio 23	Evidencia de prueba de ELISA en zonas endémicas de chagas

Criterio 24	Registro de factores de riesgo para Chagas en cualquier momento de la vida de la embarazada
Criterio 25	Evidencia de ELISA antígenos recombinantes ante resultado positivo o indeterminado de la prueba de tamizaje para Chagas
Criterio 26	Evidencia de resultado de tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vagina
Criterio 27	Evidencia del control odontológico durante la gestación
Criterio 28	Registro del cálculo del IMC en cada control prenatal
Criterio 29	Registro del IMC pregestacional en gestantes que ingresaron después de semana 16
Criterio 30	Registro del cálculo de las metas de ganancia de peso
Criterio 31	Evidencia de la evaluación de ganancia de peso y valoración en cada control prenatal
Criterio 32	Registro de la evaluación del consumo de alimentos claves
Criterio 33	Registro de tabla de ganancia de altura uterina en cada control prenatal
Criterio 34	Registro de prescripción de ecografía de control si la altura uterina es <p10 o > al p90*
Criterio 35	Registro de la valoración psicosocial
Criterio 36	Se evidencia remisión a curso de preparación para la maternidad y la paternidad
Criterio 37	Registro de la educación brindada en cada control prenatal

Respecto a los criterios no negociables de control ambulatorio posparto y del recién nacido, se observa la siguiente adherencia:

Figura 4. Adherencia para los criterios no negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido de la RIAMP



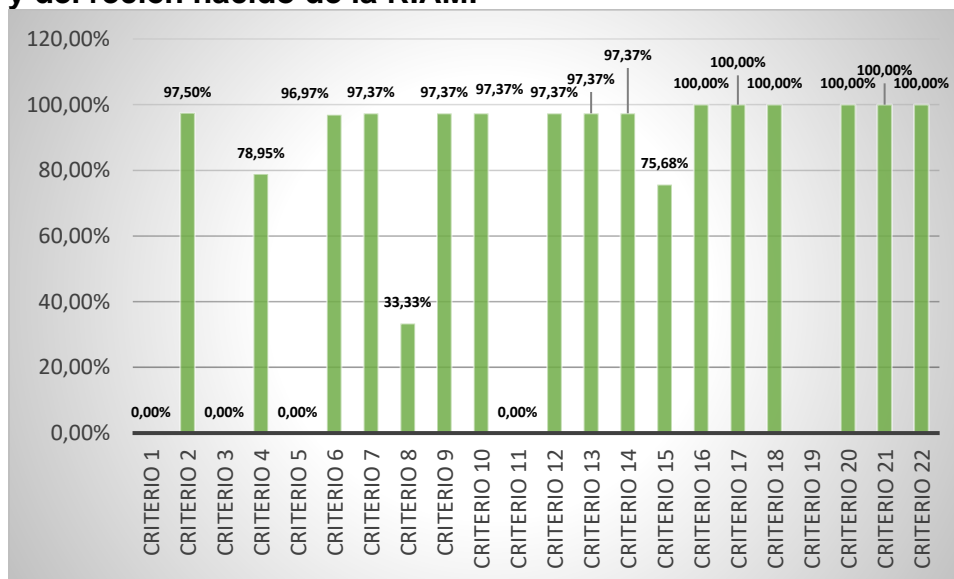
Dichos criterios corresponden a las siguientes acciones:

Tabla 4. Criterios no negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido

Criterio 1	Control ambulatorio del recién nacido por el equipo médico entre el tercer y quinto día posparto.
Criterio 2	Registro de la verificación de la técnica de lactancia materna
Criterio 3	Lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatía congénita, auditivo y de otros errores innatos del metabolismo)
Criterio 4	Se identificó plan de atención o remisión en caso de detectar alteraciones en el neonato.

Por otra parte, la adherencia a los criterios no negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido fue la siguiente:

Figura 5. Adherencia para los criterios negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido de la RIAMP



Dichos criterios corresponden a las siguientes acciones:

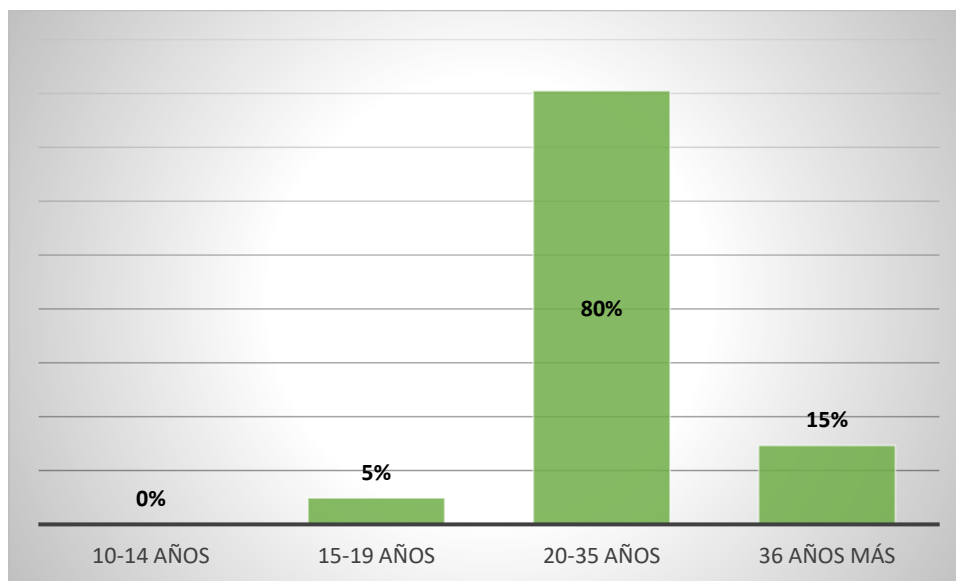
Tabla 5. Criterios no negociables en control ambulatorio posparto y del recién nacido

Criterio 1	Registro del estado de ánimo y el bienestar emocional.
Criterio 2	Registro de sexualidad en el posparto
Criterio 3	Registro de intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses.
Criterio 4	Registro de seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecimiento de métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método.
Criterio 5	Registro de sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido.
Criterio 6	Registro de revisión de cicatrices de cesárea o episiotomía.
Criterio 7	Registro de vacunación de esquema para mujeres en edad fértil.
Criterio 8	Registro de manejo de enfermedades crónicas en caso de tenerlas.
Criterio 9	Registro de toma de tensión arterial y se busca signos de anemia.

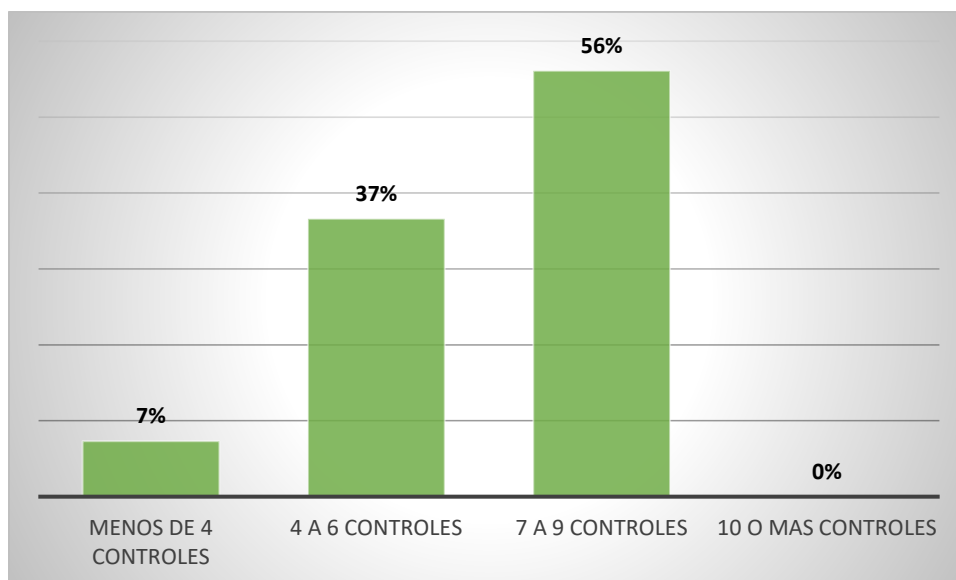
Criterio 10	Registro de signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, preeclampsia, eclampsia y tromboembolismo.
Criterio 11	Registro del examen físico completo con especial atención a la progresión de peso, al examen cardiovascular, a la identificación de ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo.
Criterio 12	Registro de la verificación tipo de alimentación que recibe el recién nacido
Criterio 13	El recién nacido recibe lactancia materna exclusiva
Criterio 14	Registro de la intervención en caso de dificultades en la técnica de alimentación
Criterio 15	Registro de la evaluación antropométrica
Criterio 16	Intervención en caso de alteración del estado nutricional
Criterio 17	Registro de la remisión a la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia.
Criterio 18	Registro de la revisión del carné de vacunas
Criterio 19	Registro de la remisión a vacunación en caso de faltar algún biológico
Criterio 20	Registro de la educación brindada a la madre o cuidador (cuidado del niño)
Criterio 21	Registro de la educación brindada al a madre (alimentación materna a libre demanda y evitar ayunos prolongados)
Criterio 22	Registro de la atención del recién nacido con bajo peso al nacer

Relacionado con otras variables se evidencia que del total de usuarias 83% pertenecen al régimen contributivo y el 17% al régimen subsidiado. No fue posible clasificar el grupo étnico y el grupo poblacional, puesto que este dato no estaba registrado en historia clínica.

Con respecto a la edad de la gestante, el 5% tenían de 15-19 años, el 80% de 20-35 años y el 15% 36 años más, como se presenta a continuación:

Figura 6. Rangos de edad de la gestante

Sobre el número de controles prenatales, se evidencia que el 7% realizó menos de 4 controles, el 37% realizó 4 a 6 controles, el 56% realizó 7 a 9 controles y ninguna tenía 10 o más controles prenatales. A continuación, se presenta de forma gráfica:

Figura 7. Número de controles prenatales realizados

En relación a la edad gestacional al momento del ingreso al control prenatal se observa que el 61% ingresaron de las 0 a las 9 semanas y el otro 39% de la 10 a 23 semanas, ninguna mujer ingresó sobre la semana 24.

El instrumento adoptado establece los siguientes rangos de cumplimiento esperados:

Tabla 6. Rangos de cumplimiento esperados.

Rango de cumplimiento esperado	Cumple con	
Criterios de atención no negociables	$\geq 95\%$	Cumple
	$< 95\%$	Requiere plan de mejora
Criterios de atención generales	$\geq 80\%$	Cumple
	$< 80\%$	Requiere plan de mejora

De acuerdo a lo anterior, aquellos criterios que alcanzaron resultado óptimo con un cumplimiento del 100% fueron:

- Evidencia de información a la mujer sobre el derecho a la IVE
- Registro de antecedentes generales
- Registro de antecedentes ginecológicos
- Registro de antecedentes obstétricos
- Registro de antecedentes familiares
- Registro de información sobre la gestación actual
- Registro de aplicación de la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado
- Registro de la prescripción de la suplementación con micronutrientes en dosis adecuadas
- Registro de la búsqueda de las causas de anemia al ingreso de CPN
- Registro del tratamiento de la gestante con anemia
- Registro de las acciones para confirmar o descartar THAE
- Registro del urocultivo realizado al ingreso al control prenatal

- Registro de la prescripción de tratamiento en caso de identificar el urocultivo alterado
- Registro de la prueba treponémica rápida para sífilis realizada al ingreso al control prenatal
- Registro del resultado de la prueba rápida de VIH
- Registro del resultado de la prueba para la Hepatitis B
- Registro de datos del contacto que faciliten la localización de la gestante
- Registro de si el embarazo fue planeado
- Registro de la indagación por la tolerancia de la gestante a la suplementación con micronutrientes
- Búsqueda de las causas de anemia en la gestante
- Registro de la orden de hemoglobina Hb de control postratamiento
- Se registró alguna cifra de presión arterial mayor o igual a 140/90, después de las 20 semanas de gestación
- Registro de la prescripción de 75 a 100 mg de Aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación en mujeres con criterios
- Registro de la remisión de la gestante a obstetricia en caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria (asintomática)
- Registro de la realización de pruebas de IgG e IgM para la detección de Toxoplasmosis
- Registro de la tamización mensual con IgM en pacientes seronegativas
- Registro de prueba de avidéz IgG, si la gestación es menor a 16 semanas o IgA si es mayor a 16 semanas, en pacientes con pruebas de IgG e IgM para toxoplasma positivas
- Evidencia de resultado de pruebas de IgG para Rubeola
- Evidencia de los resultados de ecografía obstétrica
- Evidencia de prueba de ELISA en zonas endémicas de chagas
- Registro del cálculo del IMC en cada control prenatal
- Registro del IMC pregestacional en gestantes que ingresaron después de semana 16

- Registro del cálculo de las metas de ganancia de peso
- Evidencia de la evaluación de ganancia de peso y valoración en cada control prenatal
- Registro de la evaluación del consumo de alimentos claves
- Registro de tabla de ganancia de altura uterina en cada control prenatal
- Registro de prescripción de ecografía de control si la altura uterina es $<p10$ o $>$ al $p90$
- Se evidencia remisión a curso de preparación para la maternidad y la paternidad
- Registro de la educación brindada en cada control prenatal
- Se identificó plan de atención o remisión en caso de detectar alteraciones en el neonato
- Intervención en caso de alteración del estado nutricional
- Registro de la remisión a la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia
- Registro de la revisión del carné de vacunas
- Registro de la educación brindada a la madre o cuidador (cuidado del niño)
- Registro de la educación brindada al a madre (alimentación materna a libre demanda y evitar ayunos prolongados)
- Registro de la atención del recién nacido con bajo peso al nacer

Los criterios que no aplican dado que no había casos dentro de la muestra auditada fueron:

- Registro de las acciones para estabilizar la gestante con THAE antes de la remisión
- Registro de la remisión inmediata por urgencias de la gestante con THAE
- Registro del tratamiento de la gestante con prueba treponémica rápida positiva con penicilina benzatínica
- Registro de cumplimiento de algoritmo para primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH
- Se presentaron síntomas premonitorios y/o cifras $\geq 160/100$

- El resultado de alguna de las ayudas diagnósticas para la detección de ITS es positivo
- Registro de la atención a la gestante que presenta una ITS
- Evidencia notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de las gestantes que presenta alguna ITS
- Evidencia de gota gruesa en zonas endémicas de malaria
- Evidencia de ELISA antígenos recombinantes ante resultado positivo o indeterminado de la prueba de tamizaje para Chagas
- Registro de la remisión a vacunación en caso de faltar algún biológico

Por su parte, los criterios que requieren plan de mejora por obtener un porcentaje inferior al esperado son:

- Cumplimiento de la frecuencia de controles prenatales
- Evidencia de la realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino
- Registro de la vacunación de la gestante con Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
- Registro de la vacunación de la gestante con Influenza estacional
- Registro de la vacunación de la gestante con Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap)
- Registro de factores de riesgo para Chagas en cualquier momento de la vida de la embarazada
- Control ambulatorio del recién nacido por el equipo médico entre el tercer y quinto día posparto
- Registro del estado de ánimo y el bienestar emocional
- Registro de intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses
- Registro de seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecimiento de métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método
- Registro de sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido

- Registro de manejo de enfermedades crónicas en caso de tenerlas
- Registro del examen físico completo con especial atención a la progresión de peso, al examen cardiovascular, a la identificación de ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo
- Registro de la evaluación antropométrica

El porcentaje de adherencia a la ruta respecto a la atención para el cuidado prenatal fue del 94% y respecto a la atención del puerperio y para el cuidado del recién nacido es del 77%, siendo el porcentaje global de adherencia a la ruta materno perinatal del 85,44%.

10. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos se evidencia que se cumple con la adherencia a la ruta respecto a la atención para el cuidado prenatal, pero no respecto a la atención del puerperio y para el cuidado del recién nacido. Además, el porcentaje global de adherencia se encuentra por debajo de lo esperado (<95%). Los estudios revisados en los que se realizó también medición de la adherencia, muestran resultados variables, pues se evidencian porcentajes de cumplimiento tanto por encima como por debajo del resultado obtenido por el prestador evaluado en el presente proyecto. Sin embargo, presentaban condiciones diferentes en relación con variables evaluadas, nivel de complejidad de la institución y población a la que se le midió la adherencia.

En el 2020, se realizó evaluación de adherencia a guía de prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo en IPS privada de primer nivel del municipio de Arauca, en este se evaluaron 109 historias clínicas de las cuales el 94% se ubicaban en el nivel óptimo. En dicho análisis se concluyó que la IPS evaluada se adhiere a la guía de prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo establecida en el Ministerio de Salud de Colombia, cumpliendo con la normatividad vigente referente a la ruta materno perinatal, pues el nivel de adherencia aplica al 94% de las historias clínicas analizadas, y el 6% se ubica en un nivel medio siendo positivo para la Institución, se observa compromiso por parte de los profesionales que allí laboran, articulado con la labor de auditoría interna responsables de evaluar continuamente el proceso de atención, mediante la revisión de historias clínicas y seguimiento a indicadores, esto asegura la calidad en la atención y contribuye al manejo de alteraciones que se puedan presentar, asegurando el bienestar de la madre y el gestante desde el primer nivel de atención como punto de partida en la disminución de la morbimortalidad materna (43).

Otro de los estudios revisados, también realizado en 2020, evaluó la adherencia a la ruta materno perinatal en gestantes adolescentes en una institución de salud del municipio de Cereté. Es decir, que no se evaluó al prestador si no a la población. En este, se encontró que las usuarias no son adherentes, teniendo en cuenta que el cumplimiento fue del 60%.

Este fue un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo y la muestra fue de 24 usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que voluntariamente participaron en el estudio. En este estudio se resalta la importancia de la sensibilización a la población sobre el cumplimiento a las recomendaciones dadas por el personal sanitario y la realización de las ayudas diagnósticas ordenadas por los profesionales de la salud, a las valoraciones integrales con los especialistas y consultas con diferentes disciplinas realizadas en el prestador complementario (44).

Similar a este, se encontró una revisión sistemática, que buscaba determinar el cumplimiento de la ruta integral de atención en salud materno-perinatal en el periodo 2016-2021, para este se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte cualitativo revisión sistemática de artículos y trabajos indexados, de 2016 a 2021-1, aplicando la metodología PRISMA, mediante una lista de chequeo, tomando en cuenta los criterios que se relacionan con el objetivo principal del proyecto. En esta revisión se reportan estudios en los que participaron madres gestantes y edad fértil de Colombia. En este caso, también se concluyó que existen falencias en los procedimientos y procesos en la ruta de atención materno perinatal, por lo cual se debe sensibilizar a la población para plantear medidas y así poder dar cumplimiento a las normativas establecidas (45).

El estudio más reciente y con mayor rigurosidad, fue uno realizado en 2021 en Valledupar. El objetivo fue evaluar la adherencia de médicos y enfermeros a la ruta integral de atención materno-perinatal (RMP) en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Se aplicó una encuesta virtual a los profesionales de la salud que desarrollan la RMP. Adicionalmente, se usó una lista de chequeo a 505 historias clínicas (HC), evaluadas mediante los criterios de Cumple (C), No Cumple (NC) y No Aplica (NA) y confrontadas con un formato diseñado previamente. La encuesta fue respondida por los 12 profesionales de la salud a cargo de la RMP. Un 58,3% tienen dificultades en la implementación de la RMP, el 91,7% de ellos resalta la importancia de recibir capacitaciones y el 45,5% solicita que estas capacitaciones tengan una frecuencia de 2 veces al año; en la evaluación de las historias clínicas, la adherencia fue de 77% (46).

De acuerdo con lo anterior, se puede evidenciar que, respecto a otros prestadores de salud, la institución se encuentra en la media de la adherencia, no presentando un nivel superior o inferior a las instituciones evaluadas en otros estudios. Es importante resaltar, que no fue posible comprarlo con un gran número de prestadores, puesto que, hasta el momento, no hay muchos estudios que evalúen la adherencia de las instituciones a la ruta.

En total, se identificaron 14 criterios que requieren plan de mejora, el primero de ellos es el cumplimiento de la frecuencia de controles prenatales, presentando un cumplimiento del 32,43%; en el 2012, la OMS emprendió un análisis secundario de los datos sobre la mortalidad perinatal del ensayo de la OMS sobre la atención prenatal orientada (con cuatro visitas). En este análisis secundario, en el que se incluyó a 18356 mujeres de bajo riesgo y 6160 de alto riesgo, se encontró un aumento del riesgo global de mortalidad perinatal entre las semanas 32 y 36 del embarazo con la atención prenatal orientada en comparación con la atención prenatal “corriente” (con al menos ocho visitas de atención prenatal previstas) tanto en las poblaciones de bajo riesgo como en las de alto riesgo. Por otra parte, la evidencia indica que más visitas de atención prenatal, independientemente del entorno de recursos de que se trate, probablemente se asocian a mayor satisfacción materna que menos visitas de atención prenatal (47). Por lo anterior, se hace necesario incrementar el número de controles parentales a los que asiste la gestante durante su embarazo.

Por otro lado, se evidencia que la realización de tamizaje de cáncer de cuello uterino es solo del 58,54%. Es fundamental que desde el control prenatal se explique a las usuarias la importancia de realizar dicho tamizaje y resolver las dudas respecto las pruebas de tamizaje, pues en algunas ocasiones generan temores por falsas creencias en que afectará al feto. Los tumores malignos ginecológicos son frecuentes en las mujeres en edad reproductiva y se estima que complican aproximadamente 1 de cada 1000 embarazos. El cáncer cervical es la neoplasia diagnosticada con mayor frecuencia durante el embarazo, dado que es el único cáncer cribado rutinariamente durante la

gestación y constituye una oportunidad de evaluar si una paciente ha tenido un Papanicolaou según las recomendaciones de intervalos de cribado (48).

Ahora bien, respecto al registro de la vacunación, se encontró un cumplimiento del 89,47% para Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td), 86,84% para influenza estacional y 81,08% para Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap). En una revisión sistemática de datos agrupados de un ensayo colombiano junto con los de un gran estudio de cohortes de la vacunación antitetánica prenatal realizado en la India, se encontró una evidencia de certeza moderada que confirma la existencia de un gran efecto (reducción de 94%) sobre las muertes por tétanos neonatal a favor de la vacunación antitetánica con al menos dos dosis en las embarazadas y las mujeres en edad de procrear (49). Igualmente, está demostrado que la vacunación reduce a la mitad el riesgo de sufrir una infección respiratoria aguda asociada a la influenza en las personas embarazadas. Un estudio del 2018 reveló que el hecho de recibir la vacuna inyectable contra la influenza reduce aproximadamente un 40 por ciento el riesgo de hospitalización por la influenza de las personas embarazadas (50).

Cabe mencionar, que al evidenciar el no registro del esquema vacunal en historia clínica, se procedió a hacer revisión en PAIWEB 2.0, plataforma nacional para el registro de la vacunación, y en muchos casos la gestante si contaba con el esquema sin embargo, no estaba registrado en historia clínica; es importante que el profesional que realiza la atención prenatal, deje constancia en la historia clínica sobre la fecha, dosis y biológico administrado, pues no todos los colaboradores de la institución tienen acceso a la plataforma para consultar el esquema vacunal o en muchas ocasiones esta presenta caída.

Ahora bien, respecto al registro de factores de riesgo para Chagas en cualquier momento de la vida de la embarazada en ninguna de las historias clínicas se evidenció la indagación de dichos factores, y más bien se evidencia que se envía de forma indiscriminada a todas las usuarias, la enfermedad de Chagas es endémica en muchos países de Sudamérica. Se extiende desde el sur de EE.UU. hasta Argentina y Chile.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, afecta a 18 millones de personas en todo el mundo. Es causa de 50.000 muertes al año por cardiopatía. La transmisión materno-fetal en áreas de alta prevalencia está alrededor del 5-6%. La infección por T. cruzi puede causar aborto o nacimiento prematuro, en cuyo caso los síntomas de la enfermedad pueden aparecer poco tiempo después del parto (51). En Colombia, los departamentos con mayor endemia son: Santander, Norte de Santander, Cundinamarca, Boyacá, Casanare y Arauca y más recientemente en comunidades de la Sierra Nevada de Santa Marta (52). Debido a esto, se debe realizar registro de los factores de riesgo y usar de forma pertinente las ayudas diagnósticas como la prueba de ELISA para Chagas.

En relación con el control ambulatorio del recién nacido por el equipo médico entre el tercer y quinto día posparto se encontró una adherencia del 58%. Es vital recordar que, según momento de la ocurrencia, el 50% de las muertes maternas ocurre las primeras 24 horas posparto; 25% durante el embarazo; 20% entre el 2º y 7º día posparto; 5% entre la 2ª y 7ª semana (38). Esto muestra que más de la mitad, de las muertes maternas, ocurren en la primera semana posparto, de forma que este constituye un período crucial para garantizar vigilancia a la gestante y dar manejo oportuno a las alteraciones detectadas.

En cuanto al registro del estado de ánimo y el bienestar emocional, no se evidencia que se indaguen aspectos relacionados con ello. Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25 % de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto (53). El parto es un evento vital en la vida de la mujer, ya que la madre debe aceptar al nuevo hijo y generar una capacidad adecuada de respuesta ante sus demandas. El puerperio constituye una época de alto riesgo para presentar trastornos afectivos, entre ellos, la depresión posparto (DPP), por ello se resalta la importancia que tiene desarrollar vigilancia estrecha de la puérpera durante la primera semana posnatal y la sensibilización del personal de salud para que se detecten los casos y no se minimice esta situación clínica (54).

Relacionado con el registro de intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses y el registro de seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecimiento de métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método; se obtuvo un cumplimiento del 0% y 78,95% respectivamente. Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la planificación familiar posparto se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 % de ellas no usan métodos anticonceptivos. La planificación familiar posparto puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil, si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años (55).

Por otra parte, no se evidencio registro de sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido. La fatiga producida por la alteración en la calidad y cantidad de horas de sueño ha sido ampliamente estudiada en asociación a alteraciones de la salud mental de la mujer durante el periodo postparto. Diversos estudios confirman la relación bidireccional entre fatiga y síntomas depresivos, donde la fatiga predice síntomas depresivos y viceversa. La fatiga, además, se ha relacionado a alteraciones en el funcionamiento diurno de la mujer, peso materno y construcción del vínculo madre-hijo (56). Debido a esto, el profesional que atiende el control posparto debe indagar aspectos relacionados con el patrón del sueño, en involucrar a la red de apoyo para favorecer el descanso de la madre y así poder desempeñar su nuevo rol adecuadamente.

Con respecto al registro de manejo de enfermedades crónicas en caso de tenerlas el cumplimiento fue del 33,33%. El manejo de enfermedades crónicas y demás patologías que presentó la mujer durante la gestación no deben ser olvidadas en el posparto, es fundamental darle continuidad al tratamiento y derivar a la usuaria a los servicios que corresponda. Un ejemplo de la importancia de esto, es lo relacionado con la diabetes

gestacional las mujeres con diabetes gestacional presentan un riesgo hasta 7,5 veces superior de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 luego del embarazo, comparadas con mujeres sin antecedentes. Existe evidencia que el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 puede prevenirse o retrasarse mediante diferentes terapéuticas. Por lo tanto, realizar una reevaluación temprana, permite identificar las pacientes con mayor vulnerabilidad, que serían beneficiadas con la implementación de estas medidas (57).

Sobre el registro del examen físico completo con especial atención a la progresión de peso, al examen cardiovascular, a la identificación de ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo, se obtuvo una puntuación del 0%, esto debido a que si bien, se realiza control del recién nacido, se evidenció que no se realiza toma de saturación de oxígeno a nivel preductal (en mano derecha) y posductal (en los pies) para tamizaje de cardiopatía congénita compleja. La incidencia de cardiopatías congénitas se puede estimar en 8 a 10 por cada 1000 recién nacidos, siendo aproximadamente la mitad de ellos los que presentarán síntomas ya en el periodo neonatal. Su diagnóstico de sospecha es fundamentalmente clínico, tras una cuidadosa exploración. La doble medición de la saturación de oxígeno en brazo derecho (preductal) y en pie (postductal) resulta útil cuando el ductus es permeable, obteniendo valores bajos por hipoperfusión periférica pero generalmente mayores que en las cardiopatías congénitas cianóticas (58).

Por último, respecto al registro de la evaluación antropométrica presentó un cumplimiento 75,68%; se evidencia que se realiza medición de talla, peso y perímetro cefálico, sin embargo, el análisis de la relación peso/talla, talla/edad y perímetro cefálico/edad no se realiza según lo establecido en la Resolución 2465. La estandarización en la clasificación antropométrica del estado nutricional, contribuye a la implementación de las acciones en vigilancia y seguimiento nutricional. De forma que, si el profesional no realiza la clasificación según los parámetros establecidos a nivel nacional, no será posible abordar oportunamente alteraciones en el crecimiento.

Otros aspectos que observaron en la documentación que posee el prestador respecto al programa de maternidad segura, es que actualmente se está realizando el curso de preparación para la maternidad y la paternidad en siete sesiones bajo los temas que sugiere el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, se cuenta con un protocolo de remisión a un nivel de complejidad mayor en casos de urgencia, hay canales de comunicación exclusivos para las usuarias del programa como número de celular corporativo para contacto con enfermera del programa y correo electrónico para comunicación con médico del programa. Lo anterior, crea espacios de acercamiento con las usuarias que les permiten resolver sus dudas, mantenerse en contacto constante con el personal de salud y brindar por parte del prestador un mayor acompañamiento en el proceso de la gestación. De acuerdo a los resultados de la auditoría, se genera y presenta un plan de mejora al prestador para el programa de maternidad segura, para realizar seguimiento en el mes diciembre 2022 y a partir de allí de forma trimestral.

11. Conclusiones

La constante autoevaluación mediante la auditoría interna les permite a las organizaciones hacer un diagnóstico de la calidad de los servicios prestados, es una herramienta fundamental que no debe descuidarse y para la cual se debe seguir un plan de anual de auditoría ejecutado por personal idóneo que haga uso de instrumentos validados y genere acciones de mejora que se lleven a cabo.

Los sistemas de información juegan un papel muy importante en la prestación de los servicios de salud, pues no solamente garantiza abordar ciertos aspectos en la atención, sino que además un buen sistema permite la reelección de la información de forma ordenada y clara para la revisión ya sea por parte de personas de la misma institución, EAPB o Ente Territorial.

Hay aspectos de los programas que algunas veces no están incluidos en los instrumentos de verificación pues no son de obligatorio cumplimiento como lo son los indicadores del programa, capacitaciones regulares, entre otros; sin embargo, los líderes de los procesos y equipo de auditoría deben estar atentos a la revisión de estos, a fin de tener un panorama más completo al realizar auditoría interna a los programas en salud.

La atención a la población materno-perinatal se encuentra relacionada con la mayoría de los procesos que se deben efectuar en las instituciones de salud como gestión del riesgo, seguridad del paciente, vigilancia epidemiológica, entre otras. Por lo cual, el realizar acciones de mejora para el programa de maternidad segura, incide directamente en otras áreas de la institución e impacta positivamente en una de las poblaciones más vulnerables que tienen a cargo los actores del sistema de salud.

No fue posible comprar el resultado obtenido con un gran número de instituciones, sin embargo, de acuerdo a lo analizado el prestador evaluado presenta un muy buen cumplimiento en varios aspectos de la RIAMP que es necesario mantener en dicho nivel, sin embargo, hay criterios que evidenciaron que deben modificarse prontamente,

especialmente en la atención del puerperio y cuidado del recién nacido, para mejorar la calidad de la atención al binomio madre – hijo, incluso después del evento obstétrico.

El éxito de un plan de mejoramiento depende no solamente de los equipos de auditoría, sino también de la participación activa de todos los profesionales y colaboradores de la institución, por lo cual ellos deben conocer los procesos de auditoría interna que planea la institución y que la intención de la auditoría interna no es de carácter punitivo, sino por el contrario una herramienta que se usa con el fin de mejorar los procesos de la organización.

12. Recomendaciones

Se recomienda realizar el mismo ejercicio para el resto de los programas de la institución que tienen un alto impacto en los indicadores de la organización y que contribuyen al mejoramiento de la calidad en los prestadores de bajo nivel de complejidad, como lo es la adherencia a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y el programa de riesgo cardiovascular.

Se sugiere a la institución implementar el plan de mejora propuesto y realizar nueva evaluación de este en el mes de diciembre 2022. Además, se recomienda realizar auditoría interna al programa de forma periódica, verificando la adherencia a todos los criterios por lo menos de manera trimestral, a cargo del equipo de auditoría de la organización.

Se propone socializar con el equipo interdisciplinario los resultados obtenidos de la presente auditoría y conocer que otras acciones de mejora se pueden implementar para mejorar la calidad de la atención desde el programa de maternidad segura. Para ello, se sugiere involucrar a todo el personal que participa en el programa y al director de la institución para tomar decisiones más reales y que impacten de mayor forma.

Bibliografía

- 1 Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Online].; 2016. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). [Online].; 2020. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 3 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Matriz RIAS Materno perinatal. Colombia; 2018.
- 4 Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal. [Online].; 2017. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2018/Lineamiento_Ruta__Materno_Perinatal.pdf.
- 5 Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). [Online].; 2016. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>.
- 6 Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. [Online].; 2018. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>.
- 7 Pérez Madrazo K, Serrano Pérez M, Hernández Pérez K, Fernández Borbón H. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(2).
- 8 Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Tesis doctoral. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada : un estudio de caso en

- Colombia. [Online].; 2009. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv1de1.pdf>.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Salud Materna. [Online].; 2015. Acceso 03 de . Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>.
- 1 Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la 0 prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, . parto o puerperio. [Online].; 2013. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>.
- 1 Banquet Lara B, Cuatindioy Chasoy HP. La auditoría interna y su relación con la calidad 1 de la atención en salud. Universidad de Antioquia.
- .
- 1 Ministerio de Salud y Protección Social. ABC Sobre el Sistema Obligatorio de Garantía 2 De la Calidad. [Online].; 2021. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: . <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>.
- 1 Gómez FÁ, Reinoso N. Contexto en salud y calidad en Colombia. [Online]; 2018. 3 Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: . <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1450/119%20CONTEXTO%20EN%20SALUD%20Y%20CALIDAD%20EN%20COLOMBIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 1 Kerguelén Botero CA. Calidad en salud en Colombia. Los principios. [Online].; 2008. 4 Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: . <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>.
- 1 Organización Mundial de la Salud. Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras 5 de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca. [Online]; 2019. . Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>.

1 Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Indicadores básicos de salud
6 2021 Situación de Salud en Colombia. [Online].; 2021. Acceso 26 de Abril de 2022.

. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2021.pdf>.

1 Carrión HG, Mendoza Vences ME, Vera Álava CA. Importancia de la auditoría interna
7 para el perfeccionamiento de los niveles eficiencia y calidad en las empresas. Dominio
. de las Ciencias. 2017; 3(2).

1 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 Ruta
8 Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral
. de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal; 2018.

1 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud: Oficina
9 Regional para las Américas. Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio
. relacionados con la salud en la Región de las Américas. [Online]. Washington, D.C.;
2017. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34114/9789275118782_spa.pdf?sequence=5.

2 Every Woman Every Child. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el
0 adolescente (2016-2030). [Online].; 2022. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible
. en:
https://www.everywomaneverychild.org/images/EWEC_GS_BROCHURE_ES_WEB.pdf.

2 Organización Mundial de la Salud. PAHO. [Online].; 2022. Acceso 09 de Octubre de
1 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.

2 OEDC. La OCDE global da la bienvenida a Colombia como su 37o miembro. [Online];
2 2020. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en:
. <https://www.oecd.org/newsroom/la-ocde-global-da-la-bienvenida-a-colombia-como-su-37o-miembro.htm>.

- 2 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivo de Desarrollo del Milenio
- 3 Informe 2015. [Online].; 2022. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en:
. https://www.apccolombia.gov.co/sites/default/files/archivos_usuario/publicaciones/undp-co-odminformeultimo-2015_2.pdf.
- 2 Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna. [Online].; 2022. Acceso 09 de
4 Octubre de 2022. Disponible en:
. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>.
- 2 Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de aceleración para la reducción de la
5 mortalidad materna. [Online].; 2022. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en:
. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-materna-100-dias-gobierno.pdf>.
- 2 Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Auditoría en Salud. Para
6 una gestión eficiente. 2003rd ed. Madrid AG, editor. Bogotá D.C.: Editorial Médica
. Panamericana; 2003.
- 2 Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
7 Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención. [Online].; 2022.
. Acceso 09 de Octubre de 2022. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>.
- 2 Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva. Sistema
8 informático perinatal historia clínica perinatal. [Online].; 2011. Acceso 03 de Noviembre
. de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1584.pdf>.
- 2 Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder
9 tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Online]; 2016.
. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
- 3 Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, Peral-Suárez A, Bermejo LM, Rodríguez-
0 Rodríguez E. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la
. composición de la leche materna. *Nutrición Hospitalaria*. 2020; 37(2).

3 Vilajeliu A, García-Basteiro AL, Goncé A, Bayas JM. Vacunación integral en la embarazada. Progreso de Obstetricia y Ginecología. 2013; 57(2).

.

3 Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia del crecimiento fetal. [Online].; 2011. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1586.pdf>.

3 Ministerio de Salud y Protección Social. Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Guía para profesionales de la salud. Guía N° 39-2021. [Online]. Bogotá; 2021. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>.

3 Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. [Online].; 2013. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>.

3 Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud". [Online].; 2010. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>.

3 Ministerio de Salud y Protección Social. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. [Online].; 2016. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>.

3 Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online]; 2010. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en:

.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>.

3Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Norma General Técnica para la Atención
8Integral en el Puerperio. [Online].; 2015. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible
. en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf.

3García Ospina C, Tobón Correa O. Promoción de la Salud, Prevención de la
9Enfermedad, Atención Primaria. [Online].; 2005. Acceso 09 de Octubre de 2022.
. Disponible en: <https://www.hsjbelen.gov.co/pdf/atencionprimariaensalud.pdf>.

4Ruby Rocío CC. Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). [Online].; 2022. Acceso
02022 de Octubre de 09. Disponible en:
. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OCI/auditoria-modelo-accion-integral-territorial-maite.pdf>.

4Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez.
1 Acuerdo del Consejo de Facultad No. 054; 2017.

4Gómez Arias RD, Velásquez VW, Rodríguez Ospina FL, Yepes Delgado C, Lopera Villa
2J, Martínez Ruíz O, et al. Manual de Gestión de Proyectos. 2nd ed. Arias RDG, editor.
. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013.

4Castillo Quintero LN, Morales Tobar DP, Valdes Belalcazar CE. Evaluación de
3adherencia a guía de prevención y detección temprana de las alteraciones del
. embarazo en IPS privada de primer nivel del municipio de Arauca, Diciembre de 2020.
[Online]. Arauca; 2020. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en:
<https://repositorio.iberamericana.edu.co/bitstream/handle/001/2897/Evaluaci%3%b3n%20de%20adherencia%20a%20gu%3%ada%20de%20prevenci%3%b3n%20y%20detecci%3%b3n%20temprana%20de%20las%20alteraciones%20del%20embarazo%20en%20IPS%20privada%20de%20primer%20ni>.

4Martínez Coronado D, Doria Ramírez MM. Adherencia a la ruta materno perinatal de
4gestantes adolescentes en una institución de salud, Cereté 2020. [Online].; 2020.

Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en:
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4265>.

4 Iglesias Herrera I, Avendaño Jiménez C. Cumplimiento de la ruta integral de atención
5 en salud materno-perinatal en el periodo 2016-2021. [Online].; 2021. Acceso 03 de
. Noviembre de 2022. Disponible en:
<http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/9183>.

4 Rojas Rangel J, Medina Riascos C, Pinto Ortiz G, Escobar Díaz FA. Adherencia a la
6 ruta de atención en salud materno-perinatal en una institución hospitalaria en
. Valledupar, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2022; 24(3).

4 Vogel JP, Habib NA, Souza P, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G. Antenatal care
7 packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO
. Antenatal Care Trial. *Reproductive Health*. 2013; 19(19).

4 Mora Vargas N, Álvarez Sánchez CA, González Cortés R. Medigraphic - Literatura
8 Biomédica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2015.

.

4 Blencowe H, Joy L, Jos V, Martha R, Simon C. Tetanus toxoid immunization to reduce
9 mortality from neonatal tetanus. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39(1).

.

5 Thompson MG, Kwong JC, Regan AK, Katz MA, Drews SJ. Influenza Vaccine
0 Effectiveness in Preventing Influenza-associated Hospitalizations During Pregnancy: A
. Multi-country Retrospective Test Negative Design Study, 2010–2016. *Clinical Infectious
Diseases*. 2019; 68(9).

5 Gastañaga Holguera T, García Santos FJ, Herráiz MÁ, Vidart Aragón JA. Enfermedad
1 de Chagas y gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2008; 51(6).

.

5 Ministerio de Salud y Protección Social - Federación Médica Colombiana. Enfermedad
2 de Chagas. *Memorias*. [Online].; 2012. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible
. en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Memorias_chagas.pdf.

5 Rincón Pabón D, Ramírez Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas:
3 análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Revista de
4 . Salud Pública. 2014; 16(4).

5 Latorre-Latorre JF, Contreras Pezzotti LM, Herrán Falla OF. Depresión posparto en
4 una ciudad colombiana. Factores de riesgo. Atención Primaria. 2006; 37(6).

5 Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la Programación de la Planificación
5 Familiar Posparto. [Online].; 2014. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en:
6 . <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/516275/retrieve>.

5 Andrade Rebolledo D, Vicente Parada B. Fatiga posparto: revisión de la literatura.
6 Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018; 83(2).

5 Olmedo Sosa MV, Baran JD, Aranguren M, Boquete HR. Importancia de la
7 reclasificación posparto de la diabetes gestacional para prevención de las
8 . complicaciones a mediano y largo plazo. Revista argentina de endocrinología y
9 metabolismo. 2020; 57(3).

5 Romera G, Zunzunegui JL. Recién nacido con sospecha de cardiopatía congénita.
8 [Online].; 2008. Acceso 03 de Noviembre de 2022. Disponible en:
9 . <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/35.pdf>.

5 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las
9 normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; 1993.

6 Organización Mundial del Comercio. [Online]. Disponible en:
0 https://www.wto.org/spanish/thewto_s/coher_s/mdg_s/mdgs_s.htm.

6 Universidad de Antioquia. Acuerdo Superior 432; 2014.

1