

EVALUACION DEL PROGRAMA “MADRES CONSENTIDAS” EN LAS  
PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS MADRES GESTANTES DE LA ESE  
SAN SEBASTIAN. LA PLATA - HUILA. 2010

ALEIDA ISABEL LILIANA TEJADA RAMIREZ  
NORALID CAMPO NORIEGA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
Y SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA – HUILA  
2010

EVALUACION DEL PROGRAMA “MADRES CONSENTIDAS” EN LAS  
PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS MADRES GESTANTES DE LA ESE  
SAN SEBASTIAN. LA PLATA - HUILA. 2010

ALEIDA ISABEL LILIANA TEJADA RAMIREZ  
NORALID CAMPO NORIEGA

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al titulo de Especialista en  
Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesor  
DIEGO FERNANDO RIVERA CAMACHO  
Psicólogo, Mg, Salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
Y SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA – HUILA  
2010

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

Firma presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

## **DEDICATORIA**

*Todo nuestro esfuerzo y empeño en la realización de esta investigación está dedicada primeramente a Dios que nos dio las energías necesarias para cumplir nuestra meta y a nuestras familias, amigos y compañeros que estuvieron en el proceso y nos dieron su apoyo y comprensión.*

Aleida Isabel Liliana

Noralid

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autores expresan sus agradecimientos a:

A la Universidad Surcolombiana, como alma mater que nos brindó la oportunidad de avanzar en nuestro proyecto de vida profesional.

Al Doctor Pedro Reyes Gaspar, MD, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social y Coordinador de la Especialización de Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social, por su apoyo, compromiso y guía.

Al Doctor Diego Fernando Rivera, Sicólogo y Magister en Salud Pública y, Asesor de nuestra investigación por sus valiosos aportes.

A los directivos, usuarios y personal administrativo de la ESE San Sebastián de la Plata Huila y a las gestantes del Programa “Madres Consentidas, por permitirnos el espacio y los medios para realizar esta investigación.

A cada una de las personas que participaron en esta investigación.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCION	14
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	17
2. JUSTIFICACION	21
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GENERAL	23
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
4. ANTECEDENTES	24
5. MARCO REFERENCIAL	27
5.1 MARCO TEORICO	27
5.1.1 Descripción del programa Madres Consentidas de la ESE San Sebastián de la Plata Huila.	27
5.1.2 Objetivos del milenio (ODM).	28
5.1.3 Conceptos	29
5.1.4 Madre gestante	30
5.1.5 Los tres retrasos en la atención materna.	36
5.1.6 La evaluación de las políticas públicas	37
5.2 MARCO LEGAL	43
5.2.1 Ley 100/1993.	43

	<b>Pág.</b>
5.2.2 Ley 1122 de 2007.	45
5.2.3 Decreto 3039 del 2007.	52
5.2.4 Resolución 425 del 2008.	53
6. METODOLOGIA	58
6.1 TIPO DE ESTUDIO	58
6.2 POBLACION Y MUESTRA	58
6.3 VARIABLES	59
6.4 INSTRUMENTOS	60
6.5 ANALISIS DE RESULTADOS	61
6.6 MODELO ADMINISTRATIVO	62
6.7 CONSIDERACIONES ETICAS	62
7. RESULTADOS	64
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES QUE ASISTENTE AL PROGRAMA “MADRES CONSENTIDAS”.	64
7.2 PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS Y CON SUS HIJOS POR NACER, DURANTE LA GESTACIÓN, EN GESTANTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE “MADRES CONSENTIDAS” DE LA ESE SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA HUILA.	66
7.3 EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA PROMOVIDA POR EL PROGRAMA DE “MADRES CONSENTIDAS ESE EN LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS Y CON SUS HIJOS POR NACER, DURANTE LA GESTACIÓN	70

	<b>Pág.</b>
7.4 ENTREVISTA A LAS GESTANTES Y COORDINADORA DEL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA MADRES CONSENTIDAS DE LA ESE SAN SEBASTIÁN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA.	74
8. DISCUSIÓN	76
9. CONCLUSIONES	80
10 RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	85

## LISTA DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
Tabla 1	Distribución según el Estado civil de las madres que asistente al programa “Madres consentidas	65
Tabla 2	Distribución según el Estrato Socioeconómico de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”	66
Tabla 3	Tabla de contingencia, asistencia al curso psicoprofiláctico	70
Tabla 4	Tabla de contingencia, practica de estimulación prenatal	70
Tabla 5	Tabla de contingencia, ejercicio y descanso	71
Tabla 6	Tabla de contingencia, higiene y cuidados personales	71
Tabla 7	Tabla de contingencia, alimentación	72
Tabla 8	Tabla de contingencia, sistemas de apoyo	72
Tabla 9	Tabla de contingencia, consumo de sustancias no beneficiosas	73
Tabla 10	Estadísticos de contraste	73

## LISTA DE GRAFICAS

		<b>Pág.</b>
Gráfico1	Distribución según la procedencia por Departamento de las madres que asistente al programa “Madres consentidas	64
Gráfico 2	Distribución según la zona de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”	65
Gráfico 3	Distribución según ocupación de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”	65
Gráfico 4	Distribución según la práctica de Estimulación prenatal	66
Gráfico 5	Distribución según la práctica de ejercicio y descanso	67
Gráfico 6	Practica de autocuidado, higiene y cuidados personales	67
Gráfico 7	Distribución según la práctica de alimentación	68
Gráfico 8	Distribución según la práctica Sistema de apoyo	68
Gráfico 9	Distribución según la práctica de uso de sustancias no beneficiosas	69
Gráfico 10	Distribución según la práctica cuidado total	69

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>	
Anexo A	ENTREVISTAS	86
Anexo B	CONSENTIMIENTO INFORMADO	88
Anexo C	INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS PRACTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS Y CON EL HIJO POR NACER LAS MUJERES EN LA ETAPA PRENATAL DE LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA	89
Anexo D	PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO (MADRES CONSENTIDAS)	92
Anexo E	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	93
Anexo F	ATENCIÓN DEL PARTO	95
Anexo G	PROCESO SEGUIMIENTO USUARIAS CON GRAVINDEX POSITIVO	96
Anexo H	PROCESO SEGUIMIENTO A GESTANTES	97
Anexo I	PROCESO SEGUIMIENTO A INASISTENTES	99
Anexo J	CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES CURSO PSICOPROFILACTICO ESE SAN SEBASTIAN – ESTRATEGIA IAMI- GRUPO PIC 2010	100

## RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo, Evaluar resultados del “Programa Madres Consentidas” en las prácticas de autocuidado que realizan las madres gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata Huila, durante el mes de Enero de 2010; cuando se tenía una población de 135 gestantes inscritas al programa. La muestra es de tipo no probabilística y está distribuida en dos grupos, en el primero están las gestantes que se benefician del programa completo (15 gestantes) y en el segundo aquellas que no acceden al curso psicoprofiláctico (61 gestantes) para un total de 76 participantes. Desarrollando un tipo de estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, para el cual se aplico el “Instrumento para valorar las prácticas de cuidado consigo mismo y con el hijo/hija por nacer las mujeres en la etapa prenatal” validado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Además se aplicaron entrevistas semi-estructuradas al profesional que coordina dicho programa, a una madre que fue usuaria del programa y una gestante que asiste actualmente al programa. Los principales resultados reflejan que las gestantes que asisten al programa de madres consentidas que incluyen el componente del curso psicoprofiláctico presentan mejores prácticas de cuidado que aquellas que solo asisten al componente medico asistencial, en general las gestantes que asisten al programa de madres consentidas tienen una práctica regular de cuidados con ellas y con sus hijos al nacer. El programa madres consentidas hace un aporte importante hacia el logro de los objetivos del milenio, al disminuir el riesgo de mortalidad perinatal en las gestantes del municipio de La Plata – Huila, donde el curso psicoprofiláctico se comporta como un factor protector en las gestantes, el componente psicosocial que allí se implementa, facilita y refuerza la integralidad de la atención a las gestantes.

Se propone la utilización de estos resultados como referencia para implementar un trabajo desde el campo estratégico y/o gerencial, que sirva como herramienta en la adecuada toma de decisiones basados en metodologías cuantitativas, pertinentes en la implementación, seguimiento, control y evaluación del programa de madres consentidas y en el área operativa sirviendo a los funcionarios como puente de referencia para el reforzamiento del mismo.

**PALABRAS CLAVE:** Gestante, Curso Psicoprofiláctico, autocuidado.

## SUMMARY

The present investigation has for objective, to Evaluate results of the "Programs Spoilt Mothers" in the self care practices that the mothers pregnant of the carry out ESE San Sebastian of La Plata Huila, during the month of January of 2010; with a population of 135 pregnant inscribed to the program. The sample is of type non probabilistic and it is distributed in two groups, the pregnant that benefit of the complete program are in the first one (15 pregnant) and in the second those that don't consent to the course psicopreserve (61 pregnant) for a total of 76 participants. Developing a type of retrospective, traverse and descriptive study, for which you applies the "instrument to value the practices of care I get same and with the son/ daughter to be born the women in the prenatal stage" validated by The Ability of Infirmary of the National University of Colombia.

Interviews were also applied semi-structured the professional that coordinates this program, to a mother that user of the program and a pregnant that you attended at the moment the program was. The main results reflect that the pregnant that attend the program of spoilt mothers that include the component of the course psicopreserve presents better practices of care that those that alone they attend the component I prescribe assistance, in general the t pregnant hat attend the program of spoilt mothers has a regular practice of cares with them and with their children when being born. The program spoilt mothers ago an important contribution toward the achievement of the objectives of the millennium, when diminishing the risk of prenatal mortality in the pregnant of the municipality of The Silver - Huila, where the course psicopreserve behaves as a protective factor in the pregnant, the component psychosocial that there is implemented, it facilitates and it reinforces the integrally from the attention to the pregnant.

Intends the use of these results like reference to implement a work from the strategic and/or managerial field that serves as tool in the appropriate one taking of decisions based on quantitative methodologies, pertinent in the implementation, pursuit, control and evaluation of the program of spoilt mothers and in the operative area being good to the officials like reference bridge for the reinforcement of the same one.

**WORDS KEY:** Pregnant, Course Psicopreserve, self care

## INTRODUCCIÓN

El ciclo vital del ser humano, concepción, nacimiento, crecimiento, desarrollo, maduración, reproducción y fallecimiento, dependen de innumerables factores intrínsecos y extrínsecos que están ligados transversalmente a las diferentes etapas evolutivas. Estas tienen significativa importancia y se pudiera pensar que la concepción sería la de más peso, pero sería una apreciación, que entraría a desconocer el proceso dentro de un enfoque sistémico e integral, en donde se busca que el producto final sea de la más alta calidad.

La sociedad plantea escenarios que limitan el desarrollo integral de la mujer gestante y lactante, las condiciones culturales, socioeconómicas, geográficas, costumbres entre otras, predisponen a elevar el riesgo de muerte materna o perinatal.

Los cuidados durante la gestación, son responsabilidad compartida con todos los actores del sistema, en ella los prestadores de servicios de salud son eslabones fundamentales por su responsabilidad de ofertar actividades e intervenciones óptimas para el desarrollo normal y seguro del embarazo, al igual que la responsabilidad de la gestante y su grupo familiar como parte activa de su proceso de gestación.

El conocimiento de las prácticas de cuidado que las personas y las comunidades realizan, exige el estudio de los estilos de vida, creencias y prácticas culturales, y el conocimiento de las diferentes culturas y comunidades en las cuales viven las personas, para brindar un cuidado adecuado que responda a sus necesidades.

Es interesante el estudio de las prácticas de cuidado que realizan las madres gestantes para ellas y sus hijos/hijas por nacer y para sus recién nacidos, considerando que la maternidad es una experiencia vital, que involucra con frecuencia creencias y prácticas tradicionales, es necesario obtener un conocimiento nuevo, relacionado con la manera como las personas, familias y comunidades buscan mantener su salud, previenen y tratar sus enfermedades y cómo los futuros padres, gestantes, y comunidades cuidan de su salud en las diferentes etapas de su vida reproductiva y de crianza de sus hijos.

Desde los servicios de salud, el cuidado de la gestante y su hijo/hija por nacer ha estado enfocado especialmente hacia un adecuado control prenatal, que permita identificar e intervenir oportunamente los riesgos y prevenir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, lo cual es justificable por la significancia de las

secuelas de la enfermedad y del impacto y desajuste familiar ante una muerte materna.

El presente estudio presenta la valoración de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres consigo mismas y con sus hijos/hijas por nacer, durante la gestación, un grupo de 113 mujeres gestantes que asisten al programa de “Madres Consentidas” de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata Huila, por medio de un estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo, con la aplicación del instrumento para valorar las prácticas de cuidado consigo mismo y con el hijo/hija por nacer de las usuarias que asisten al programa de madres consentidas.

Las investigaciones, ofrecen una conceptualización de prácticas de autocuidado como: las actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar, en donde se concluye que en las practicas de autocuidado generales de la mujer y las específicas de la gestante, se encuentran categorías o dimensiones relacionadas con: actividad y ejercicio, alimentación, y cuidados personales, evitar consumo de sustancia toxicas y sistemas de apoyo. Se nota la ausencia de la práctica de la estimulación fetal aunque la literatura general lo informa, así como las prácticas relacionadas con la cultura.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación los aportes arrojados, se pueden trabajar desde el campo estratégico y/o gerencial, puesto que sirve como herramienta en la adecuada toma de decisiones basados en metodologías cuantitativas, pertinentes en la implementación, seguimiento, control y evaluación del programa de madres consentidas y en el área operativa sirviendo a los funcionarios como puente de referencia para el reforzamiento de temas tratados con las gestantes ya que en los resultados se encontraron deficiencias en temas educativos específicos como la inadecuada o nula estimulación prenatal que practican las gestantes, su cuidado general y en lo pertinente al curso de psicoprofilaxis.

La investigación demostró los beneficios para la gestante y su hijo/hija por nacer, de la estimulación prenatal o fetal, de la actividad física y descanso, alimentación adecuada, de la higiene personal, de los sistemas de apoyo y de evitar el consumo de sustancias psicoactivas, categorías que le dan una responsabilidad de cuidado a la mujer, por lo que se recomienda tenerlo en cuenta, en menor o mayor intensidad por parte de quienes ofrecen la atención y el cuidado.

El documento esta estructurado en diez capítulos: en el primer capitulo se define el problema que concluye con el interrogante de investigación, el segundo, la

Justificación del trabajo, en el tercer capítulo se plantean los Objetivos, en el cuarto, los Antecedentes relacionados con este tipo de estudio, en el quinto capítulo se fundamenta teóricamente los temas afines, en el sexto capítulo se enuncia la normatividad concerniente a el tema de investigación como lo es la mujer gestante, en el séptimo capítulo se define la Metodología, consideraciones éticas, en el octavo capítulo se muestran los Resultados obtenidos, se finaliza con la Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.

## 1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La gestación es considerada el proceso biológico de mayor importancia y trascendencia en una sociedad; proteger y empoderar a este grupo social debe ser una prioridad de todos los actores sociales.

Las comunidades afrontan situaciones difíciles que limitan el desarrollo integral de las mujeres y ponen en riesgo a aquellas que inician la etapa de concepción. Las condiciones culturales, socioeconómicas, geográficas, costumbres entre otras, se acumulan y predisponen a elevar los riesgos de muerte materna o perinatal. Los cuidados durante la gestación, son una responsabilidad y compromiso compartido de los prestadores de servicios de salud que ofertan condiciones óptimas para el desarrollo normal y seguro del embarazo, y de parte de la gestante para dejar su actuación pasiva e inadecuada apropiación y concienciación de la importancia que reviste su estado tan especial y hacer parte activa del proceso comenzando con el autocuidado

En el año 2007 según datos estadísticos del SISBEN, el Municipio de La Plata cuenta con un total de 54.888 habitantes de los cuales 27.046 (49,3%) son mujeres; y 12.477 se encuentran en edad fértil representando aproximadamente el 6.2% de la población total del Departamento del Huila<sup>1</sup>; éstos datos permiten extraer características estadísticas para determinar cómo se desarrollan y se implementan programas de salud pública tendientes a la vigilancia de indicadores de la calidad, oportunidad y acceso a los servicios de atención, así como a los servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer y de la gestante. En Colombia por medio del Ministerio de la Protección Social se estableció un protocolo de atención para gestantes con base en la resolución 412 del año 2000, siendo modificada con el acuerdo 244 del 2003, donde se preferencia en la última afiliación a la mujer gestante.

En la guía de detección temprana de alteraciones del embarazo y atención al recién nacido de la resolución 412 del 2000 se propone la identificación de riesgos relacionados con el embarazo, y se plantean estrategias para el control de los mismos, promoviendo el parto institucional y el nacimiento en óptimas condiciones, evitando complicaciones de tipo fisiológico, psicológicas y sociales del binomio madre hijo/hija.

---

<sup>1</sup> ALCALDÍA MUNICIPAL, Secretaria de Desarrollo Social La Plata Huila Plan de Atención Básica (PAB), Año 2008.,

En el Municipio de la Plata se reportaron 3 casos de muertes maternas documentados en el año 2004, en el 2005 se reporto 1, en el 2006 se reportaron 2 casos, en el 2007 3 casos y en el 2008 se reporto 1 caso; en el 2009 no se reportaron casos, y en lo que va de recorrido del 2010 tampoco se han reportado muertes maternas.

Las muertes perinatales en el Municipio ha tenido el siguiente comportamiento: 14, en el 2004, 15, en el 2005, 18, en el 2006, en el 2007, 20; en el 2008, 14 casos; en el 2009 19 casos y en lo que va corrido del 2010 se han reportan 2 casos<sup>2</sup>, según los datos suministrados por la Secretaría de Desarrollo Social Municipal de La Plata Huila.

La ESE San Sebastián del Municipio de La Plata, mediante la ejecución de actividades pretende contribuir al fortalecimiento y perfeccionamiento de acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el acuerdo 117 de 1998 y resolución 412 del 2000, mediante el monitoreo permanente de indicadores de tal forma que sea posible la orientación de la asistencia técnica, la aplicación oportuna de acciones de control y la adecuada atención a esta población.

De acuerdo a los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), presentados por Naciones Unidas, en donde Colombia hace parte junto con otros 188 países, el objetivo 5 se relaciona con mejorar la salud materna y la meta universal pretende reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna en el 2000 entre 1990 al 2015. Las metas para cumplir este objetivo en Colombia son: reducir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos, incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales, incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado a 95%, incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 65% y a 75% entre la población de 15 a 19 años, detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%, reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por cien mil mujeres.<sup>3</sup>

Los lineamientos generales de intervención para este grupo, están expresados en los diferentes programas y políticas públicas, pero en la práctica, se presentan deficiencias que a veces terminan en muerte materna, no se observa un enfoque

---

<sup>2</sup> ALCALDÍA MUNICIPAL, INFORME DE GESTIÓN 2008, Secretaria de Desarrollo Social La Plata Huila, Plan de Atención Básica (PAB), Año 2008

<sup>3</sup> HACIA UNA COLOMBIA EQUITATIVA E INCLUYENTE, Informe de Colombia sobre los objetivos del milenio 2005, objetivo cinco mejorar la salud sexual y reproductiva.

sistémico para la identificación y seguimiento, cada actor realiza las acciones que considera de su competencia y no se articula integralmente con los demás actores, y la gestante en muchas ocasiones queda abandonada a la suerte de las acciones que ella o su grupo familiar puedan realizar.

De otra parte, uno de los indicadores dentro del sistema de prevención y promoción en las gestantes está dado en las buenas practicas de autocuidado tales como: estimulación prenatal, ejercicio y descanso, higiene y cuidados, alimentación, sistemas de apoyo y consumo de sustancias no beneficiosas, que realizan las madres gestantes consigo mismas y con su hijo/hija por nacer, y de esta manera reducir las tasas de mortalidad y dar cumplimiento a las metas de los objetivos del milenio enunciados anteriormente.

La ESE San Sebastián a través de la implementación de estrategias innovadoras que garanticen la calidad de vida de la población gestante, tiene las siguiente metas institucionales: 80% de gestantes iniciando el control prenatal en el primer trimestre de la gestación, 95% de partos institucionales, 90% de gestantes con cuatro o más controles prenatales durante la gestación, reducir el porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo por debajo del 20%, mantener la prevalencia de infección por VIH por debajo del 1.2% en población de 15 a 49 años, sostener en 0%, la incidencia de transmisión madre – hijo de VIH, 95% de menores de 1 año con esquema completo de vacunación, 100% la estrategia IAMI implementada fortalecida y acreditada, 100% la estrategia AIEPI implementada y funcionando, aumentar al 80% de recién nacidos con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los 2 años y mas, 100% de niños menores de 2 años, con algún grado de desnutrición canalizados y con seguimiento personalizado por profesional de nutrición, reducir por debajo del 7% el Bajo peso al nacer y así contribuir al logro de las metas de los ODM.

Teniendo en cuenta lo anterior, el programa “Madres consentidas del Municipio de la Plata es un programa tendiente a brindar una atención con calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud a poblaciones vulnerables, como: mujeres gestantes, niños y niñas menores de 6 años, a través de la ruta de atención materna de madres consentidas y retoños, mejorando así la salud materna e infantil del municipio de la Plata, ejecutado por la coordinadora IAMI y puesto en funcionamiento desde el 2005 en donde participan 1 enfermera jefe, 2 psicólogas, 1 fisioterapeuta, 18 médicos generales, 5 odontólogos, 3 bacteriólogas, 30 auxiliares de enfermería pertenecientes al modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y 2 cito-tecnólogas.

Durante el primer trimestre de 2010, estaban inscritas 326 madres gestantes, activas al programa de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata “madres consentidas”; debido a la importancia que reporta la sociedad y la ciencia para este periodo de gestación y la importancia de la evaluación para la toma de decisiones, por tanto la presente investigación indago ¿Cuál es el resultado del programa “madres consentidas” en las practicas de auto-cuidado de las madres gestantes de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata Huila en el mes de Enero de 2010?

## 2. JUSTIFICACION

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, y una época en la que aumenta su susceptibilidad a muchos riesgos que ponen en peligro su salud e integridad cuando en las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas. Pese a que el gobierno nacional ha implementado estrategias para reforzar programas para disminuir los índices de mortalidad materna, las cifras siguen siendo preocupantes, a nivel mundial el promedio anual estimado es de 22.000 muertes en mujeres por complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, de las cuales el 99% se presentan en los países en desarrollo, y solo un 1% en los países industrializados (OMS)<sup>4</sup>. La muerte materna y perinatal es reconocida internacionalmente como un indicador de desarrollo, porque son evitables en la mayoría y su prevención depende directamente de la cobertura y calidad de los servicios de salud.

A través de los años la E.S.E. San Sebastián ha venido presentando grandes avances en la prestación de los servicios que ofrece, teniendo en cuenta el crecimiento de la población del municipio, y las diferentes necesidades que esta presenta, es por esto que a partir del año 2005 se hace importante innovar estrategias que favorezcan la salud de nuestros usuarios, en especial la población mas vulnerable como son las gestantes, niños y jóvenes; el objetivo de la experiencia de brindar una atención con calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud a poblaciones vulnerables, como a mujeres gestantes, niños y niñas menores de 6 años y adolescentes, mejorando así la salud materna e infantil del municipio de la Plata.<sup>5</sup>

El programa de madres consentidas desarrolla actividades que buscan promover y aplicar procedimientos de protección específica para la gestante y su futuro hijo/hija, y su funcionamiento se evalúa mediante indicadores que muestren metas logradas respecto a actividades programadas por la ESE para este, sin embargo no se ha medido cual es el aporte de estas actividades en el cambio de estilos de vida de las usuarias.

La estrategia de madres consentidas, parte desde el momento en que se observaba que los indicadores arrojaban datos estadísticos poco favorables , en cuanto al inicio temprano de controles prenatales, la inasistencia a los mismos, las

---

<sup>4</sup> CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (CIPD). 7.2. 2003. En: Colombia, política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá : 9.

<sup>5</sup> DATOS ESTADÍSTICOS Y EPIDEMIOLOGICOS DE SIVIGILA de la E.S.E. SAN SEBASTIAN.

muerdes maternas, perinatales, y los diferentes obstáculos al momento de la atención, como también el bajo nivel sociocultural de nuestra población, es ahí en donde la empresa opta, por crear estrategias en la atención para dicha población, teniendo en cuenta que ya teníamos como base la política IAMI.<sup>6</sup>

El presente estudio pretende valorar las prácticas de autocuidado que realizan consigo mismas y con sus hijos/hijas por nacer, durante la gestación, el grupo de 113 mujeres gestantes que asisten al programa de “Madres Consentidas” de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata Huila.

Considerando que las consecuencias por conductas inapropiadas pueden evitarse con intervenciones de baja complejidad y que generan rápidamente impactos positivos sobre el grupo de mujeres en etapa prenatal que asisten a los respectivos controles brindados por la ESE San Sebastián, la calidad de los servicios y el apoyo que profesionales del área de la salud ofrecen a la gestante puede influir en su autocuidado y a su hijo por nacer; todo esto sin dejar de lado la relación que tienen aspectos sociodemográficos y culturales ligados a las creencias y practicas propias de la población objeto de estudio.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se reforzará la implementación del programa “Madres Consentidas” de la ESE San Sebastián de La Plata Huila, el cual es especial para el manejo y abordaje de las gestantes. Por otra parte se tomo como herramienta en la toma de decisiones a nivel gerencial que se refleja en los diferentes procesos del programa tal como la implementación, seguimiento, control y evaluación.

---

<sup>6</sup> MINISTERIO DE SALUD RESOLUCIÓN 0412 del 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar resultados del “Programa Madres Consentidas” en las prácticas de autocuidado que realizan las madres gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata Huila.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir características sociodemográficos de la población objeto de estudio.
- Conocer las practicas de autocuidado que realizan consigo mismas y con sus hijos por nacer en gestantes que asisten al programa de “Madres Consentidas” de la ESE San Sebastián de La Plata Huila y como se influye de manera positiva en la modificación de sus hábitos a través de la participación en el programa.
- Evaluar los procedimientos de protección específica promovida por el programa de “Madres Consentidas” de la ESE San Sebastián de La Plata Huila, en las prácticas de autocuidado que realizan consigo mismas y con sus hijo/hijas por nacer durante la gestación.

#### 4. ANTECEDENTES

La evaluación del programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur, institución de primer nivel<sup>7</sup> en el municipio de Apartado, adelantado por la CES donde se utilizó varios instrumentos de información, constituida a partir de cada uno de los elementos integrantes en el programa de control prenatal evaluado, permitió obtener una visión completa sobre el mismo, siendo esta una de las primordiales fortalezas del estudio.

Se concluyó que la gestante identificó el valor de utilizar el control prenatal para el cuidado de su salud teniendo en cuenta que la prevención, promoción, detección y tratamiento oportuno son fundamentales para reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En el transcurso de las informaciones de campo y de las encuestas se evidencia como fortalezas para la prestación del programa de control prenatal en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, especialmente en factores de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y competencia técnica por parte del personal a cargo.

Según esa investigación los cambios vitales característicos de la edad que atraviesan el riesgo son mucho mayor cuando la niña futura madre no se encuentra legalmente casada, tiene más de dos hijos, vive en zona rural, tiene poca educación formal y es de bajos ingresos. Aunque no se ha observado que las gestantes adolescentes difieran de las adultas en cuanto a sus modelos de búsqueda oportuna y continua en los controles prenatales, su situación específica de alto riesgo debe hacerlas una prioridad para las acciones de seguimiento.

De igual forma se toma como antecedente el estudio investigación desarrollado por enfermeras investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, que tiene como objetivo valorar las prácticas de cuidado que realizan, consigo mismas y con el hijo/hija por nacer<sup>8</sup>, 150 gestantes que asisten al Centro Operativo Local Engativá, inscritas en el proyecto 7317: "Familias gestantes: bebés sanos y deseados del Departamento Administrativo de Bienestar Social", utilizando una metodología cuantitativa y descriptiva. Se aplicó el "Instrumento para

---

<sup>7</sup> OSPINA RESTREPO, Pedro Nel. GÓMEZ BARRIOS, Juan de Jesús. RAMÍREZ ANAYA, Alfredo Alfonso; GARCÍA USCÁTEGUI, Emiliano. Tesis Evaluación del Programa de Control Prenatal en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur, Primer Nivel. Instituto de Ciencias de la Salud "C.E.S". Municipio de Apartadó. 2008. Tomado de <http://bdigital.ces.edu.co> :8080/dspace/bitstream/123456789/313/1/Evaluacion%20del%20Programa%20de%20Control%20Prenatal%20en%20la%20ESE%20HARB%20de%20Apartado.pdf

<sup>8</sup>AREVALO, SÁNCHEZ:Elizabeth Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno perinatal. Enfermera Jefe de Unidad de Cuidado Intensivo, Clínica Videlmédica Internacional S.A.

valorar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal", datos que se analizaron de manera descriptiva por medio de frecuencias y porcentajes; los resultados se obtuvieron mediante el análisis de seis dimensiones que forman el instrumento donde se identifican y caracterizan las prácticas de cuidado, entre los hallazgos están: en la variable de estimulación prenatal indican la necesidad e importancia de adecuar los conocimientos de las gestantes acerca de este aspecto. Se evidenció que la enfermera debe orientar a la gestante hacia la realización de actividades físicas no solo para mejorar la condición física, sino porque le permitirá tener un mejor trabajo de parto.

Las gestantes, además de desempeñar sus actividades laborales deben realizar actividades domésticas, lo que implica un gran esfuerzo físico y un inadecuado descanso para reponerse de este doble esfuerzo, la alimentación es otro aspecto trascendental a la hora de valorar cómo se cuidan las gestantes, porque está sujeta a condiciones de tipo cultural y económico, cuando se valoró el consumo de sustancias no beneficiosas se encontró que se tiene buena práctica, dado que la gran mayoría (78,67%) de las gestantes evita el consumo de sustancias que puedan dañarlas a ellas o a sus hijos, aunque se hallaron algunas gestantes que las consumen. Se demostró que en general, este grupo de gestantes tiene regulares prácticas de cuidado y se hace necesario que enfermería oriente la manera de abordar a esta población y fomentar la conservación y cuidado, para que redunde en un adecuado bienestar para la madre y el hijo.

El estudio de investigación realizado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo<sup>9</sup>, realizado con gestantes adolescentes (15 a 19 años) y adultas (20 a 45 años), sin patologías asociadas que implicaran hospitalización, que asistieron a las IPS Las Américas, San Luis y San Francisco de Asís de la ciudad de Sincelejo en los meses de julio, agosto y septiembre de 2006. Con una muestra de 97 gestantes, a quienes se les aplicó un instrumento sobre prácticas de cuidado, validado por la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Estas prácticas se clasificaron en buenas, regulares y malas, en los dos grupos, para establecer la comparación cuantitativa de las mismas.

Donde se obtuvo los siguientes resultados: diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de estimulación prenatal, higiene y cuidados personales, alimentación y sustancias no beneficiosas; en estas cuatro dimensiones el

---

<sup>9</sup> GARCIA,GARCIA. Luz Marina, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Bolívar, 1982. Especialista en médico-quirúrgica con énfasis en urgencias, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Bolívar. 1998. Maestría en Enfermería para el cuidado materno perinatal, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, en convenio con la Universidad de Cartagena, 2007. Docente de planta de tiempo completo, Universidad de Sucre, Programa de Enfermería.

resultado de buenas prácticas fue más favorable para las gestantes adultas; no se encontró diferencia significativa en las dimensiones de ejercicio y descanso, y sistemas de apoyo. La mayoría de las gestantes adultas (81,7%) realizaban actividades domésticas que les producían cansancio; 23,53% desarrollaban actividades recreativas; 25,77% de las gestantes adolescentes y 41,18% de las gestantes adultas consumían lácteos. 19,59% de las gestantes adolescentes y 6,54% de las adultas no evitaban el consumo de licor y 4,12% de las gestantes adolescentes y 0,65% de las gestantes adultas habían consumido sustancias psicoactivas. tanto adolescentes (68,04%) como adultas (52,29%) realizaban prácticas de estimulación prenatal catalogadas como regulares. Solo 31,37% de las gestantes adultas y 21,65% de las gestantes adolescentes tenían prácticas adecuadas de estimulación prenatal. Al compararlo con estudios parecidos, se confirmó la tendencia de mejores prácticas en las gestantes adultas.

## 5. MARCO REFERENCIAL

### 5.1 MARCO TEORICO

**5.1.1 Descripción del programa Madres Consentidas de la ESE San Sebastián de la Plata Huila.** El programa “Madres consentidas” del Municipio de la Plata, se implemento desde el 2005, es un programa tendiente a brindar una atención con calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud a poblaciones vulnerables, como mujeres gestantes, niños y niñas menores de 6 años; a través de la ruta de atención materna de madres consentidas y retoños, mejorando así la salud materna e infantil del municipio de la Plata.<sup>10</sup>

La estrategia de madres consentidas se realiza a través de visitas domiciliarias, atención familiar, la educación se hace de forma personalizada y grupal no más de 5 personas aplicando el modelo de Atención Primaria en Salud, por el cual nos caracterizamos, desarrollado por la coordinadora IAMI, en donde participan 1 enfermera jefe, 2 psicólogas, 1 fisioterapeuta, 18 médicos generales, 5 odontólogos, 3 bacteriólogas, 30 auxiliares de enfermería pertenecientes al modelo de Atención Primaria en Salud (APS), 2 cito-tecnólogas.

La metodología es activa participativa, en donde los usuarios tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos, los conocimientos adquiridos por la experiencia de los años, siempre teniendo en cuenta que el funcionario no puede llegar de forma abrupta a desarraigar esas creencias, si no progresivamente el objetivo es ir modificando las conductas inadecuadas que puedan colocar en riesgo la salud.

La canalización la debe realizar el funcionario del modelo de Atención primaria en Salud, ubicados en las diferentes zonas del municipio tanto rural como urbano, ellos realizan el seguimiento a todas las mujeres gestantes identificadas semanalmente, las cuales son reportadas por el laboratorio propio de la E.S.E. San Sebastián, o las que el Hospital departamental reporta, al igual que en las brigadas a todas las mujeres ante la primera sospecha de embarazo se les realiza la prueba rápida de embarazo inmediatamente son canalizadas a su primer control, luego el grupo es el encargado de hacer el seguimiento a la gestante mensualmente en su domicilio.

---

<sup>10</sup> MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA E.S.E. SAN SEBASTIAN

Ya confirmado el estado de embarazo, se incluye al programa de madres consentidas para que asistan a su primer control, luego de ser valorada por el medico hay una auxiliar de enfermería que es la orientadora o guía de la ruta, ella las dirige hacia el servicio de vacunación si lo requiere, luego ha odontología para su atención por primera vez, siguen el servicio de citología cervicouterina si se hace necesario, se pasa al servicio de ecografías obstétricas, a facturación para que sus laboratorios sean facturados el mismo día y se le puedan realizar al día siguiente en horas de la mañana; llegando a la atención psicosocial realizada por profesionales de psicología y finalizando con educación personalizada por una auxiliar de enfermería en la sala de espera y una enfermera profesional, en donde ellas son las encargadas de esclarecer las dudas e inquietudes que hayan quedado del control realizado por el medico, al igual que se les brinda educación sobre todos los temas relacionados con su gestación y después de parto incluyendo el recién nacido.

Esta actividad es realizada todos los viernes durante todo el día. De la misma manera se realizan las actividades con los niños menores de 6 años haciendo gran énfasis en que los servicios que se le ofrezcan a dicha población sea de forma integral, para ellos los días especiales son los lunes y jueves en donde se trabaja con las familias y se les educa en la promoción de la lactancia materna con todos sus componentes, la importancia de una buena nutrición, el no maltrato infantil entre otros.<sup>11</sup>

**5.1.2 Objetivos del milenio (ODM).** Los ODM representan una asociación global que ha surgido de los compromisos y metas establecidas en las cumbres mundiales de los años noventa. Como respuesta a los principales desafíos de desarrollo y a la voz de la sociedad civil; con meta al 2015, los ODM son un conjunto de objetivos acordados que se pueden cumplir si todos los actores hacen su parte. Los países pobres se han comprometido a gobernar mejor e invertir en sus poblaciones con salud y educación.<sup>12</sup> Los países ricos se han comprometido a apoyarlos a través de la asistencia, alivio de la deuda y a través de un sistema comercial más justo.

Los ODM se componen de 8 Objetivos y 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores.

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

---

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> HACIA UNA COLOMBIA EQUITATIVA E INCLUYENTE, INFORME DE COLOMBIA sobre los objetivos del milenio 2005, objetivo cinco mejorar la salud sexual y reproductiva.

- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

En el año 2000, Colombia junto con otros 188 países firmaron la Declaración del Milenio, por la cual se consagraban ocho objetivos de desarrollo comunes a largo plazo para ser cumplidos en el 2015. Este ejercicio contó con el apoyo y coordinación de Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

El país, ratificando lo acordado en la Cumbre del Milenio, desarrolló el documento Conpes Social 91 “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015”. Para la elaboración de este documento se contó con la participación de los Ministerios de Educación; Protección Social; Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Relaciones Exteriores y Hacienda y Crédito Público; DANE y las Agencias del Sistema de Naciones Unidas.

### 5.1.3 Conceptos

**Gestante:** Se define como aquella mujer que se encuentra cursando el estado de gestación.<sup>13</sup>

**Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal:** son actividades que realizan las mujeres con ellas mismas durante el proceso prenatal con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar y el de su hijo por nacer, comprende lo que las gestantes hacen para cuidarse y cómo lo hacen.<sup>14</sup>

**Buena práctica de cuidado:** aquellas gestantes que realizan más actividades para cuidarse, y se espera que estén expuestas a menos situaciones de enfermedad, con beneficios para ella y su hijo por nacer.

---

<sup>13</sup> RUIZ DE CÁRDENAS Carmen Helena, FAJARDO PEÑA María Teresa y MORALES VELANDIA Judith Patricia. Validez y confiabilidad del instrumento "Prácticas de cuidado que realizan las gestantes con ellas mismas y sus hijos por nacer". Revista Avances de Enfermería. Vol. 24, No. 1. Enero a junio, 2006.

<sup>14</sup> MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. Sublínea de investigación Prácticas de cuidado materno perinatal. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos, septiembre de 2001, pp. 363-365.

**Regular práctica de cuidado:** aquellas gestantes que realizan algunas actividades para cuidarse, y están medianamente expuestas a situaciones de enfermedad y con menos posibilidad de beneficios para ella y su hijo por nacer.

**Mala práctica de cuidado:** aquellas gestantes que realizan menos actividades para cuidarse, y podrían estar más expuestas a situaciones de enfermedad y con menos posibilidad de beneficios para ella y su hijo por nacer para promover su propia salud y satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar.<sup>15</sup>

**Valoración de prácticas de cuidado**<sup>16</sup>: hace referencia al proceso mediante el cual, a través de la utilización de un instrumento o entrevista directa, se valoran las prácticas de cuidado que tiene la mujer gestante para consigo misma y con su hijo por nacer, allí se tienen en cuenta aspectos como la autonomía de cada ser humano ya que él tiene sus propias formas de cuidarse bajo conductas y comportamientos que están enraizados en un sistema de creencias y tradiciones culturales de manera fuerte y representan el grado de utilidad para cada gestante y con su hijo por nacer, en las dimensiones de estimulación prenatal, ejercicio y descanso, higiene y cuidados personales, alimentación, sistemas de apoyo y sustancias no beneficiosas

**5.1.4 Madre gestante.** La gestación constituye el mayor esfuerzo fisiológico al que está sometida la mujer en el curso de su vida. Sin embargo, con frecuencia se ha olvidado el derecho de la mujer a una buena alimentación, nutrición y salud durante esta etapa.

En Colombia una gran proporción de las mujeres gestantes son adolescentes, tienen exceso de trabajo físico, anemia, alimentación inadecuada, insuficiente peso y talla al inicio de la gestación y/o escasa ganancia de peso durante la misma. Bajo estas condiciones, cada nueva gestación significa un mayor deterioro del estado de salud y nutrición de la mujer y un mayor riesgo para la vida del niño o niña que va a nacer.<sup>17</sup>

Una de las principales consecuencias del mal estado nutricional de la mujer antes y durante la gestación es el bajo peso de sus hijos al nacer (menos de 2.500

---

<sup>15</sup> *Ibíd.*

<sup>16</sup> REEDER, Sharon, MARTIN, L. L. y KONIAK, D. *Preservación de la salud general en el embarazo en Enfermería materno infantil*, 16a. ed. México: McGraw-Hill, Interamericana, 1995, p. 421.

<sup>17</sup> RANSOM Elizabeth, YINGER Nancy, *Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna*. Population Reference Bureau. 2001.

gramos), lo que aumenta el riesgo de que el niño o la niña mueran antes de cumplir el primer año de vida. Se calcula que, en América Latina, entre 8% y el 13% de los nacidos vivos pesan menos de 2.500 gramos y un alto porcentaje muere antes de cumplir el primer mes de vida<sup>18</sup>; en Colombia esta cifra es de 7% y para el 2010 se espera reducirla en una tercera parte.

Acciones destinadas a resolver el problema del bajo peso al nacer deben llevarse a cabo antes de la gestación, desde la niñez misma y deben considerar los factores culturales, entre ellos los roles de género, que como se dijo antes pueden afectar la nutrición de las mujeres. Por esto se debe prestar atención especial a la adecuada alimentación de la niña desde su nacimiento, incluyendo la lactancia prolongada, la oportuna atención de su salud y la satisfacción de sus elevadas necesidades nutricionales durante la adolescencia, para contribuir significativamente a romper el círculo vicioso de la desnutrición materna que engendra niños y niñas desnutridos con bajo peso al nacer.<sup>19</sup>

La mujer gestante, su familia y la comunidad, deben conocer las señales de alarma que pueden presentarse durante la gestación, entre ellas las que están relacionadas con una alimentación inadecuada, así como la conducta que se debe seguir en cada caso.

Durante la gestación se pueden presentar las siguientes señales de alarma que están relacionadas con la alimentación y deben ser atendidas con prontitud:<sup>20</sup>

- Falta de aumento de peso: Si una mujer inicia la gestación con un estado nutricional adecuado, se espera que aumente de 10 a 12 kilogramos durante los 9 meses y en ningún caso menos de 6 kilos. Si la mujer es delgada, el aumento de peso debe ser mayor. La falta de aumento de peso indica que la cantidad de alimentos que la mujer está consumiendo es insuficiente y que debe comenzar de inmediato a consumir mayor cantidad de alimentos.
- Palidez extrema interna en el interior de los párpados, la lengua o las uñas: éstos deben tener un color rojo o rosado intenso; cuando se ven pálidos o blancos indica que la gestante presenta anemia nutricional y necesita suplementación con hierro.

---

<sup>18</sup> LACTANCIA MATERNA. Tomado de <http://www.unicef.org.co/Lactancia/gestante.htm>

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> CUARTAS Juan David, MESA Clara, OCHOA Germán, Factores asociados a mortalidad materna. Medellín, 2001-2003. Instituto de Ciencia de la Salud (CES).Facultad de Medicina. Medellín: 51.

Toda mujer gestante debe consultar lo más pronto posible a un servicio de salud para vigilar el desarrollo de su gestación y su ganancia de peso y para participar en los programas que protegen la salud de la madre y del niño o niña.

De lo anterior es importante destacar que se debe acudir al servicio de salud para confirmar el diagnóstico e iniciar el control prenatal. El control prenatal es de beneficio para la gestante y para el niño o niña, ya que a través de este control, la mujer vigila su estado general de salud, su ganancia de peso y la posible aparición de signos de riesgo.<sup>21</sup>

Es importante que la gestante se inscriba y participe en los programas de atención de salud materno-infantil que ofrecen los servicios de salud y reciba orientación sobre cómo alimentarse mejor para que el niño o la niña en formación crezcan bien y ella se prepare para el parto y la lactancia. Así mismo debe iniciar los exámenes médicos y de laboratorio que le aseguren una buena salud integral.

El consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos o drogas de poder adictivo durante la gestación, representa un riesgo para la salud de la madre y la vida del niño o de la niña.

El consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación afecta la salud de la madre y el crecimiento intrauterino, ocasionando bajo peso al nacer. Fumar cigarrillo o tabaco durante la gestación aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y puede producir nacimientos prematuros y abortos.<sup>22</sup>

El consumo de drogas de poder adictivo, tales como: marihuana, cocaína y derivados, durante la gestación representa un riesgo para la salud de la madre y el niño o niña y afecta el peso al nacer. Durante la gestación, la mujer no debe consumir ninguna de estas sustancias, para proteger su salud y la de su hijo o hija.

Las Guías alimentarias para mujeres gestantes y madres en lactancia, ayudan a orientar la educación nutricional en este importante periodo.

## **Muerte materna**

Se define la defunción materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación, independiente de la duración del

---

<sup>21</sup> *Ibíd.*

<sup>22</sup> CUARTAS Juan David, MESA Clara, OCHOA Germán, Factores asociados a mortalidad materna. Medellín, 2001-2003. Instituto de Ciencia de la Salud (CES).Facultad de Medicina. Medellín: 51.

embarazo y el parto, y debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La clasificación también define la defunción materna tardía, es decir, la ocurrida en el año siguiente al embarazo y relacionada con él (OPS / OMS, 2003:4).<sup>23</sup>

A pesar de lo anterior, los datos del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud y de la OPS (2003) consignados en el documento *Situación de salud en Colombia: indicadores básicos 2003* de acuerdo con el cual la razón de mortalidad materna en Colombia es de 104,9 por 100.000 nacidos vivos. Las cifras generales presentan diferencias importantes por Departamentos, urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación.

En el análisis de la mortalidad materna para los años 1992-1996, la distribución por Departamentos de Nariño, Boyacá, Caquetá, Cauca presentaban las tasas de mortalidad materna más altas. Si se analiza por subregiones, en cinco de éstas el país concentraba más del 90% de la mortalidad materna: Suroccidente Colombiano (Cauca y Nariño), Valles de los ríos Sinú, San Jorge y San Juan (Sucre y Córdoba), Magdalena Medio (Santander, Antioquia, sur del Cesar y sur de Bolívar), pie de monte llanero (Caquetá, Putumayo, Huila y Tolima) y otros Municipios pertenecientes a Chocó y Boyacá.<sup>24</sup> De las 714 muertes maternas reportadas por estadísticas vitales al DANE en 2001, nueve Departamentos y un distrito aglutinan el 52% del total. Así, en Bogotá se presentan 97 muertes, en Antioquia 67, en Valle 59, en Cundinamarca 37, en Cauca 36, en Nariño 35, en Atlántico 35, en Santander 30, en Bolívar 29 y en Boyacá 25.<sup>25</sup> Teniendo en cuenta la distribución de la mortalidad materna en el país, si se despliegan acciones en estos Departamentos se impactaría sobre el territorio responsable de la mitad de los casos.

Vale la pena resaltar que en el resto de los Departamentos (48%) el primer lugar lo ocupa el Chocó, Departamento que ha mantenido tasas de mortalidad materna muy altas en los últimos años.

---

<sup>23</sup> SICAPS 2000, sistema de la información de base comunitaria para la atención primaria en salud, CIMDER, Cali Colombia, pág. 52 – 57.

<sup>24</sup> SALGUERO RUIZ Magda, La mortalidad materna en Colombia, estimaciones departamentales y municipales, 1992-1996, DANE, abril 2001.

<sup>25</sup> DEFUNCIONES MATERNAS POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA Y LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 (basada en la lista 6/66 de OPS). DANE, 2001.

## **Causas de la mortalidad materna**

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas. Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo.<sup>26</sup>

Las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias.<sup>27</sup> Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser susceptibles de intervención. Sobre las causas indirectas se tiene poca información consolidada. Es importante resaltar que se encuentra un volumen considerable de muertes que no se clasifica adecuadamente y otras que ocurren después del día 42 del puerperio, pero que se encuentran relacionadas con la maternidad y que no se contabilizan dentro de las primeras causas.

## **Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna**

Las condiciones que se han identificado como factores de riesgo asociados a la mortalidad materna son de diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de uso anticonceptivo y las edades extremas. De otra parte, en el contexto del país también vale la pena analizar el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o no contar con afiliación al sistema, y su relación con la mortalidad materna así como condiciones específicas de vulnerabilidad como la situación de desplazamiento.

- Las mujeres con mayor fecundidad presentan tasas más altas de mortalidad materna. Así, las mujeres con cuatro hijos o más presentan tasas por encima de 120 y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64.
- La mortalidad materna se comporta de manera inversamente proporcional a la prevalencia de uso anticonceptivo. Las zonas con prevalencia por encima del

---

<sup>26</sup> FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN MEDELLÍN 2001-2003, Gineco-CES, 2004.

<sup>27</sup> PRADA SALAS Elena, Mortalidad materna en Colombia: evolución y estado actual., 2001.

74% presentan mortalidad materna de 74, mientras que donde la prevalencia anticonceptiva es de 62% o menos la mortalidad materna asciende a 111.

- Según los análisis de mortalidad materna para Colombia 1998-1999, el patrón de mortalidad materna indica que los riesgos son más altos en los primeros años del período fértil. Luego disminuyen, observándose el nivel más bajo entre los 20 y los 29 años para volver a aumentar a medida que avanza la edad.<sup>28</sup> También vale la pena mencionar que en los últimos diez años se ha observado un incremento en la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años.
- En el período 1995 a 2000, de la totalidad de las muertes maternas el 27,3% corresponde a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecía la mujer.<sup>29</sup>

### **Determinantes económicas, sociales y culturales**

En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta de manera definitiva los indicadores de mortalidad materna. A esta falta de garantías se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas, y debilidades en la gestión que se traducen, de manera notoria, en deficiencia para la prestación de servicios de calidad, dificultades para el acceso, e institucionalización de prácticas que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad.

Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros. A su vez, todos estos factores se relacionan con aspectos económicos, sociales y culturales que tienen incidencia en los indicadores de mortalidad materna.

A pesar de que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000, la cobertura de atención prenatal por médico o enfermera es de 87% y

---

<sup>28</sup> SALGUERO RUIZ Magda, La mortalidad materna en Colombia 1998-2001 ¿cuánto ha mejorado su estimación? Versión premilitar, 2004.

<sup>29</sup> RODRÍGUEZ D, ACOSTA J, Panorama de la mortalidad materna en Colombia. INS, 2002

la de parto institucional es de 91%, se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de muertes maternas, lo cual podría indicar que existen problemas relacionados con la calidad de la atención, los cuales, como ya se ha mencionado antes, se relacionan, a su vez, con la falta de garantía de los derechos de la mujer.

Sin dejar de reconocer la importancia de los diálogos interculturales para el mejoramiento de los indicadores de mortalidad materna, también es importante mencionar aquí como determinantes de la mortalidad materna las características étnicas y culturales de algunos grupos sociales discriminados que llevan a cabo los que se ha denominado “prácticas no seguras” tales como permitir el sangrado, realizar procedimientos que no tienen en cuenta recomendaciones de asepsia, atender el parto por personal no capacitado, entre muchas otras, y el posicionamiento de imaginarios y representaciones de determinadas culturas frente al dolor, frente al pudor y frente a la búsqueda de atención adecuada y oportuna, etc.

**5.1.5 Los tres retrasos en la atención materna.** En la literatura nacional e internacional se han identificado tres demoras o retrasos en la atención materna que aumentan el riesgo de muerte e influyen directamente en los resultados que se obtienen tanto en el estado de la madre como en el del hijo/a. Estas tres circunstancias se han identificado así: retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, retraso para acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de. Las actividades desarrolladas con programa de “Madres consentidas” pueden influir en la reducción de las dos primeras circunstancias de retraso o demora.

Consecuentemente, para reducir estos riesgos los/as expertos/as recomiendan cuatro acciones:<sup>30</sup> proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención, proporcionar las herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud.

Es importante resaltar que previo al embarazo existen medidas altamente efectivas para disminuir la mortalidad materna. Éstas se enfocan en garantizar el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planeados, retrasar la maternidad y espaciar los nacimientos, previniendo las complicaciones de los

---

<sup>30</sup> RANSOM Elizabeth, YINGER Nancy, Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Population Reference Bureau. 2001.

abortos y de los embarazos no planeados y de alto riesgo, siempre en el contexto de la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, en los que se enfatiza el derecho a la vida.

### 5.1.6 La evaluación de las políticas públicas

**El sentido de la evaluación.** La evaluación, entendida como una práctica seria de argumentación basada en una información pertinente, permite precisamente opinar de manera acertada, con menos subjetividad, acerca de los efectos de las acciones públicas. Su importancia es aún mayor cuando las instituciones y los gobiernos contemporáneos tienden a fundamentar su legitimidad no solo en la legalidad de sus decisiones, sino en lo que se hacen, es decir, en resultados. Es entonces importante que los gobiernos y los ciudadanos sepan lo que se ha logrado por medio de las acciones emprendidas.<sup>31</sup>

La práctica de la evaluación debería ser considerada por el poder político como un aporte en el proceso de decisión y no como un ante poder que busca entorpecer su acción. La evaluación debe alimentar el debate democrático para favorecer así las prácticas pluralistas y fomente la deliberación más que la sumisión ante el poder político (Quermonne, 1991: 290-291).

De una parte, tenemos una legitimidad tradicional que se basa en el respeto a la ley y a los reglamentos y por otro lado una legitimidad que se fundamenta en los objetivos y los resultados de la acción. El enfoque tradicional de la legitimidad de la acción pública, fundamentada en el respeto a las reglas y procedimientos jurídicos, tiende a ser desplazado por una legitimidad de la acción pública basada en el logro de resultados.

La actividad evaluadora permite entonces al estado y a los gobernantes, y también a los ciudadanos, disponer de una mayor información acerca de las consecuencias de sus decisiones y acciones. Un estado responsable no puede tomar decisiones sin tener un mínimo de interés por las consecuencias que estas conllevan más allá del corto plazo.

**Definir la evaluación.** La evaluación tiende a constituirse como una nueva disciplina en el ámbito del análisis de políticas públicas “que se ocupa de

---

<sup>31</sup> ROTH DEUBEL André Noel. Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación, cómo elaborar las políticas públicas, quién decide, cómo realizarlas, quién gana o pierde, sexta edición, ediciones aurora.

recolectar, verificar, e interpretar la información sobre la ejecución y eficacia de las políticas y programas públicos” (Majone, 1997: 214).

Por lo general es cierto que la práctica de la evaluación tiene un aspecto más que todo vertical, cuantitativo, administrativo y directivo, tendiente a justificar una sanción. De allí se deriva, parcialmente por lo menos la actitud común de resistencia a la idea de evaluación, por un lado y del otro el comportamiento del ritualismo-frecuente en la función pública-, es decir, de apego burocrático al reglamento por temor a una eventual sanción.

Los evaluadores difícilmente pueden actuar por fuera de sus valores, normas y percepciones propios de los solicitantes de la evaluación. Así que los criterios de la evaluación seleccionados nunca serán reconocidos como pertinentes por todos los actores sociales.

Pero la evaluación también es un instrumento valioso e indispensable para conocer y mejorar las acciones públicas, inicialmente la evaluación se desarrollo como un instrumento de medición de la eficacia de las políticas públicas en el marco del movimiento de «racionalización de las elecciones presupuestales».

En 1991 el consejo científico de la evaluación propuso definir la evaluación como “la actividad de recolección, de análisis y de interpretación de la información relativa a la implementación y al impacto de medidas que apuntan a actuar sobre una situación social así como en la preparación de medidas nuevas”. Allí la evaluación es reconocida como una actividad que asocia tres dimensiones: una dimensión cognitiva, por que aporta conocimientos; una dimensión instrumental, porque hace parte de un proceso de acciones y, por último, una dimensión normativa, porque se trata de una interpretación a partir de valores.

Los gobiernos deben tratar de comprender lo que pasa con los procesos sociales inducidos por la acción pública para fundamentar de manera lo más acertada posible las acciones futuras; los regímenes políticos democráticos tienen también la obligación de comunicar para explicar, con base a una información argumentada, y dialogar con sus públicos con el fin de conseguir el respaldo a sus acciones; y, por último, los gobiernos no pueden dejar de lado la responsabilidad de ejercer un control sobre las actividades que realizan.

**Tipos de evaluación.** La variedad y tipos de evaluación es el reflejo de la complejidad de la acción pública, de sus objetivos y de su interpretación. Se propone aquí introducir el tema a partir de tres preguntas claves: ¿Cuándo se evalúa?, ¿Para qué se evalúa?, ¿Quién evalúa?.

La primera pregunta hace referencia al momento del proceso de la política o de la acción pública en la que se desarrolla la actividad de evaluación: ¿antes de su ejecución, durante su implementación o después de esta? La segunda pregunta nos invita a precisar las finalidades de la evaluación que se requiere. El tercer criterio lleva a interrogarse sobre la posición que ocupa los evaluadores con respecto al proceso.<sup>32</sup>

**El momento de la evaluación.** Se distingue tradicionalmente tres posibles oportunidades para la realización de una evaluación. La evaluación que se realiza antes de una acción es la evaluación ex ante, la que acompaña la puesta en marcha de la acción pública se conoce como evaluación concomitante o continua y la que se realiza posteriormente a la ejecución de la acción es reconocida como evaluación ex post.

**La evaluación Ex ante.** Llamada también a priori, de factibilidad o prospectiva, consiste en realizar un análisis de una propuesta de ley, programa o proyecto para determinar los efectos que provocaría su implementación. Es un instrumento prospectivo y de ayuda de la decisión y consiste en pronosticar cuales serán los impactos futuros causados por un proyecto, al analizar las diversas opciones diseñadas, generalmente en función de tres criterios: su eficacia, su impacto previsible y su impacto en otras políticas públicas.

En el conjunto de herramientas para evaluar el impacto legislativo ex ante, se encuentra también el método experimental. Ante la incertidumbre de los efectos que podría generar una política determinada, esta se implementa de manera experimental sobre un grupo restringido de la población, una ciudad o un Departamento. El impacto es entonces analizado y según los resultados se toma la determinación de generalizar la política para todo el país, abandonarla o realizar ajustes.

Hoy, numerosos países han establecido la obligatoriedad de efectuar una Evaluación de Impacto Ambiental (EIA) para obtener una autorización de ejecución para los proyectos que puedan afectar el medio ambiente. La EIA consiste en un examen de los posibles impactos ambientales de una acción o proyecto, destinado a facilitar una decisión por parte de los responsables políticos.

Estas metodologías tienden a presentarse como una herramienta científica, basada en las ciencias naturales, con un alto grado de sofisticación técnica y de

---

<sup>32</sup> ROTH DEUBEL. André- Noel, políticas públicas, formulación, implementación y evaluación, como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde, sexta edición, ediciones aurora.

simplificación de la realidad a través de matrices. La gran cantidad de variables y de interacciones posibles que entran en consideración u la tendencia a usar más que todo indicadores cuantificables, no es, sin embargo, una garantía real de objetividad.

En la medida que estos puntos de vista –técnico, económicos, ambiental, entre otros- sean objeto de deliberación pública entre los actores interesados, se fortalecerá un proceso de aprendizaje colectivo importante para la construcción y solidificación de una cultura política más democrática y participativa.

**La evaluación concomitante.** Se trata de realizar un seguimiento o monitoreo a las actividades de implementación de un programa –insumos, cronograma, realizaciones, resultados, etc. Este tipo de evaluación puede ser de carácter continuo o periódico (semestral o anual) y puede ser realizado por personal de la misma administración –control interno- o por grupos externos como en los casos de la interventora o de la veeduría.

La evaluación continua, tiende a ser más amplia que el monitoreo por ser concebida como un instrumento que suministra información permanente para ajustar continuamente tanto los objetivos como los medios y los procesos de una política o de una acción pública.

La auditoria es un instrumento de control de gestión y, en este sentido, es un elemento particular dentro de un proceso más amplio de evaluación.<sup>33</sup>

**La evaluación Ex post.** La evaluación ex post, retrospectiva o a posteriori es la que se realiza con más frecuencia. Se trata en este caso de analizar los efectos de un programa o de una política pública luego de efectuada su implementación. La finalidad de una evaluación ex post es generalmente la obtención de conocimientos y enseñanzas para decisiones futuras.

La realización de una evaluación ex post de una política pública requiere de un cierto rigor y descansa en el uso apropiado de herramientas metodológicas -tanto cualitativo y cuantitativo- desarrolladas por las ciencias sociales como la estadística, las entrevistas, los sondeos, los análisis de informes y de textos, etc.

**La finalidad y el objetivo de la evaluación.** Reflexionar sobre los objetivos que se buscan a través de la realización de una evaluación es una etapa inicial

---

<sup>33</sup> ROTH DEUBEL André- Noel, políticas públicas, formulación, implementación y evaluación, como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde, sexta edición, ediciones aurora.

indispensable a todo proceso de evaluación serio. De la finalidad de la evaluación y de las características del objeto a evaluar van a depender tanto lo que se evalúa concretamente como el modo de evaluar.

**Modos de evaluación.** Por su parte, Majone (1999:214ss) considera tres modos de evaluación del qué se evalúa: los insumos utilizados, los procesos o los resultados obtenidos. En el primer caso la evaluación se centra en "los recursos, habilidades y personas que participan en la actividad"; en el segundo, "se consideran los métodos empleados para transformar los insumos políticos, económicos y de otra clase en productos o resultados"; y, finalmente, la evaluación de resultados "se concentra en los productos o consecuencias de una actividad particular" (Majone, 1999:219). Cada modo de evaluación tiene sus ventajas y desventajas en cuanto a la información que brinda a los evaluadores.

Según Majone (1999:224) la elección de uno u otro modo de evaluación va a depender de dos elementos: el grado de mensurabilidad de los resultados y el grado de conocimiento del proceso. <sup>34</sup>

**Niveles de evaluación.** Otros autores distinguen de otra manera las diferentes modalidades de concebir la evaluación. Por ejemplo, Nioche (1982) propone cinco niveles de evaluación: evaluación a nivel de medios, de resultados, de impactos, de eficiencia y de satisfacción.

**La evaluación a nivel de medios.** Es la forma más elemental de realizar una evaluación y consiste en verificar si los medios previstos para la implementación de una decisión han sido efectivamente puestos a disposición en el espacio y en el tiempo indicados y si se han utilizado (por ejemplo el nivel de ejecución presupuesta). Es lo que en general realizan entidades como las Contralorías y las oficinas de control interno de las administraciones, en el caso de Colombia. Las evaluaciones de este tipo, por supuesto importantes, no dicen nada sobre las consecuencias de la acción pública ni sobre el proceso de implementación.

**La evaluación a nivel de resultados.** Esta evaluación es la más común y consiste en responder a la siguiente pregunta: ¿logró el programa público alcanzar los objetivos fijados? En otras palabras, esta evaluación indica los resultados de la acción pública y los compara con los objetivos previstos. La evaluación a nivel de resultados mide los efectos inmediatos alcanzados por la entidad de ejecución a través de indicadores generalmente cuantitativos que dan

---

<sup>34</sup> ROTH DEUBEL André- Noel, políticas públicas, formulación, implementación y evaluación, como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde, sexta edición, ediciones aurora.

cuenta de su actividad «productiva» (¿cuántas personas capacitadas?, ¿cuántas intervenciones quirúrgicas?, ¿cuántos expedientes tratados?) La evaluación a nivel de resultados es la base de los informes de actividades y en muchos casos se complementa con una evaluación a nivel de impactos.

**Evaluación a nivel de impactos.** En la evaluación a nivel de impactos se consideran datos más cualitativos para determinar los efectos previstos y no previstos que indujeron la acción pública en el entorno social y económico. Este tipo de evaluación, que se lleva a cabo frecuentemente a través de técnicas formalizadas como Delphi o el Análisis multicriterios, tiende a crear un consenso artificial entre los actores alrededor de un instrumento de medición. Una debilidad de estas evaluaciones radica en que no toman en cuenta las dificultades que ocurren durante la implementación.<sup>35</sup>

**Los Evaluadores.** La problemática de cualquier tipo de evaluación se distingue por su reflexión sobre la posición y el papel de quienes evalúan. Es preciso aclarar que el evaluador de políticas no puede reemplazar el debate político y la responsabilidad de los actores políticos. Por lo general, el evaluador trabaja para un cliente y por lo tanto no es un actor público. Lo que sí hace es aportar conocimiento argumentado a partir de observaciones concretas basadas en normas y valores (Meny, Thoenig, 1992:212).

En su trabajo, el experto utiliza las herramientas cualitativas y cuantitativas que ofrecen las ciencias sociales. Desde hace algunos años existe un cierto desarrollo de institutos públicos y privados especializados en la realización de todo tipo de evaluaciones. Es de anotar que el desarrollo satisfactorio de la evaluación como actividad profesional depende de que se cumplan algunas condiciones preliminares como:

- Una relativa independencia de los organismos de evaluación frente a los solicitantes para permitir el ejercicio crítico y responsable.
- Una capacidad pluridisciplinar de los evaluadores.
- Una transparencia suficiente de la información administrativa que permita el acceso a las fuentes.
- Una pluralidad de órganos de evaluación que permita la emulación entre expertos y su utilización por los decisores.

---

<sup>35</sup> ROTH DEUBEL André- Noel, políticas públicas, formulación, implementación y evaluación, como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde, sexta edición, ediciones aurora.

- Una garantía de publicidad y de acceso a los resultados e informes.

## 5.2 MARCO LEGAL

**5.2.1 Ley 100/1993.** La Ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son los de regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso de toda la población a todos los niveles de atención.

El Sistema de Seguridad Social Integral es un mecanismo que integra las diferentes formas de protección del bienestar material y de las necesidades sociales comunes a la población, frente a contingencias tales como desempleo, invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales.<sup>36</sup>

En la constitución política colombiana de 1991 está consagrada la seguridad social cómo un servicio público permanente y cómo un derecho colectivo. Esto obliga al Estado a participar en su financiación y en la prestación del mismo Así, en desarrollo del Artículo 48 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 organizó el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI), en un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado.<sup>37</sup>

Así, según los riesgos, el sistema está integrado por los regímenes prestacionales de pensiones, de salud y de riesgos profesionales.

### Objetivos de la Ley 100/1993

1. Garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

---

<sup>36</sup> PLAZAS. G Germán, PLAZAS M Germán Alonso, la nueva seguridad social, quinta edición, edición especial consultores de Colombia, editorial Linotipia Bolívar, Enero de 1998 Santafé de Bogotá.

<sup>37</sup> ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, secretaria de salud Bogotá sin indiferencia, cartilla conozcamos nuestros derechos y deberes en salud ley 100.

2. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
3. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios establecidos por la ley.
4. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema

El sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinado a garantizar a toda la población Colombiana, el servicio público esencial de salud. La afiliación a este sistema es obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional.

El sistema de salud en Colombia, hasta la vigencia de la Ley 100 de 1993, se caracterizaba por la insuficiente cobertura de la protección en salud, las diferencias sustanciales en la destinación de los recursos para una población con diversas necesidades, y la concentración de la administración y prestación de los servicios en Entidades sin desarrollo de prácticas solidarias. Adicionalmente el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, los deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector y la creciente insatisfacción de los usuarios. Es decir, la reforma surgió buscando la universalidad, solidaridad y eficiencia en los servicios de salud.

### **Principios y fundamentos**

- **Equidad.** Proveer servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independiente de su capacidad de pago.
- **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y al Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.<sup>38</sup>
- **Protección integral.** Brindar atención integral en salud a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

---

<sup>38</sup> ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, secretaria de salud Bogotá sin indiferencia, cartilla conozcamos nuestros derechos y deberes en salud ley 100.

- **Libre escogencia.** Permitir la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurar a los usuarios libertad en la escogencia entre las EPS y las IPS, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.
- **Cobertura universal.** Garantizar la prestación de los servicios de salud a toda la población, a través de los diferentes regímenes establecidos: Contributivo ó Subsidiado.
- **Cobertura familiar.** Extender la prestación de los servicios de salud a todos los miembros del Grupo Familiar (Cotizantes ó Beneficiarios), según cumplan con las condiciones establecidas para tal fin.
- **Descentralización administrativa.** La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.
- **Participación social.** Estimular la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Concertación.** Propiciar la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y emplear como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.
- **Calidad.** Establecer mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

**5.2.2 Ley 1122 de 2007.** El motivo principal de la reforma de la Ley 100 de 1993 fue alcanzar la cobertura universal en los próximos tres años, para lo cual se incrementaron los recursos destinados a financiar la afiliación de la población pobre aún no afiliada, de los niveles del Sisben 1 y 2.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> PLAZAS G Germán, PLAZAS M Germán Alonso, la nueva seguridad social, quinta edición, edición especial consultores de Colombia, editorial Linotipia Bolívar, Enero de 1998 Santafé de Bogotá.

Con este fin se subió la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo en 0.5% a cargo del empleador. La Ley 1122 en el caso de los trabajadores independientes y de los pensionados o jubilados, que son responsables del pago completo de 12.5%, disminuye los ingresos reales de esta población después de los pagos de salud, sobre todo de quienes dependen de una mesada. Además, al aumento de 0.5% de la cotización, el Artículo 11 de la Ley modifica el porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) que los entes territoriales deben destinar a la afiliación en el Régimen Subsidiado (RS). Esta decisión incrementa el gasto territorial en la afiliación al Sistema y disminuye proporcionalmente la del Gobierno Nacional, lo que facilita así centralizar las inversiones que puede dirigir el alto Gobierno según su conveniencia, o sea la asignación de recursos en los denominados Consejos Comunitarios que orienta el Presidente de la República.

Las consecuencias de estas decisiones son: El incremento de la cobertura es posible, pero no se logrará la universalización debido a<sup>40</sup>:

1. El grupo de población entre 19 y 24 años de edad, soltero, sin ocupación y que no estudie de tiempo completo, no tiene cobertura familiar en ninguno de los regímenes. Esta parte de la población, según los datos de la encuesta de Profamilia 2005, se calcula aproximadamente en 2 millones de personas que no tendrían cobertura. Además, en este grupo se encuentra la mayor proporción de muertes por violencia, especialmente entre los hombres.
2. La población nivel 3 del Sisbén puede acceder a subsidios parciales o a subsidios para cotizar el RC. Si no tiene empleo o si sus ingresos son bajos, no tendrá facilidad de cotizar. Se estima en 2'878,000 personas del quintil medio de riqueza según la encuesta de Profamilia.
3. La disminución de los recursos destinados a subsidio a la oferta en lo no cubierto por el subsidio a la demanda (actividades, procedimientos e intervenciones que no cubren el POS subsidiado ni el programa de subsidios parciales) hará que las ESE de mediana y alta complejidad entren nuevamente en crisis al tener los entes territoriales (ET) que destinar sus recursos a la afiliación al RS. Esta decisión permite ampliar la cobertura de afiliación, pero al continuar los planes de beneficios limitados en los niveles de mediana complejidad, tanto en régimen de subsidios totales como de parciales, las ESE que tienen servicios de

---

<sup>40</sup> TAFUR Luis Alberto, controversia a la reforma de la ley 100 del 1993, ley 1122 del 2007, revista Colombia medica, ISSN 1657-9534 versión online: [www.Univalle.edu.co](http://www.Univalle.edu.co)

esta complejidad y atienden la población tendrán una disponibilidad menor de recursos.

En el Artículo 13 sobre flujo y protección de los recursos, se define que éstos se manejarán en los ET mediante los fondos de salud creados por la Ley 10 de 1990 y que no han sido operantes debido principalmente a que el alcalde o gobernador no tienen decisión directa sobre ellos, sino el jefe del área de salud, quien al ser subalterno de aquéllos debe acatar las indicaciones que se le hagan acerca del manejo de los recursos. Sin embargo, la definición que hace la Ley sobre el manejo de los recursos en un capítulo especial con manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, en tres cuentas maestras, puede favorecer su vigilancia y control por los entes controladores.

El destinar 0.4% de los recursos del RS para financiar los servicios de interventoría del régimen, es una decisión que favorecerá el control de los contratos, al definirse la fuente de financiación de ella que hasta antes de la Ley no tenía un presupuesto definido ni un rubro del cual las administraciones territoriales podían hacer uso.<sup>41</sup>

### **Salud pública**

El reemplazo del Plan de Atención Básica (PAB) por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) busca centralizar las decisiones sobre la salud pública y evitar el despilfarro de los recursos a niveles municipal y departamental que se ha observado en la ejecución del PAB territorial. Los ET y las EPS, según lo establecido en la nueva Ley, tienen obligación de elaborar un plan operativo para cada año, así como un plan financiero y presupuestal, que permita ejecutar el PNSP definido por el Ministerio de la Protección Social y que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional. Este cambio ignora la participación territorial en la planeación del PNSP a diferencia de lo que sucedía con el PAB donde los ET debían elaborar su propio plan y el nacional tenía en cuenta las características regionales y locales.<sup>42</sup>

### **Prestación de servicios**

En relación con la atención inicial de urgencias, lo aprobado en la nueva Ley ya era vigente en el Sistema mediante el decreto 1406 de 1999<sup>3</sup>. El llamado paseo de

---

<sup>41</sup> TAFUR Luis Alberto, controversia a la reforma de la ley 100 del 1993, ley 1122 del 2007, revista Colombia medica, ISSN 1657-9534 versión online: [www.Univalle.edu.co](http://www.Univalle.edu.co)

<sup>42</sup> PLAZAS G Germán, PLAZAS M Germán Alonso, la nueva seguridad social, quinta edición, edición especial consultores de Colombia, editorial Linotipia Bolívar, Enero de 1998 Santafé de Bogotá.

la muerte, utilizado como argumento para su inclusión en la nueva Ley, corresponde principalmente a la falta de sanciones por la Superintendencia Nacional de Salud a las IPS que negaron la prestación de servicios.

En el Ordinal d) del Artículo 13, se establece el pago de 100% del valor del contrato, mes anticipado, a las instituciones prestadoras cuando se trata de contratos por capitación. Esta decisión tendrá como consecuencia que esa modalidad de contratación entre aseguradoras y prestadoras tienda a desaparecer, al verse obligadas las entidades aseguradoras a entregar a las prestadoras los recursos sin que se haya cumplido por éstas con las actividades objeto del contrato.

Se insiste en el pago de intereses de mora cuando los ET, las EPS o las IPS no paguen oportunamente los servicios. El Decreto 723 de 1997 estableció el pago de intereses de mora por las EPS a las prestadoras, sin que esto se haya cumplido. Cuando una IPS hace el cobro de intereses de mora, es excluida del listado de prestadores de servicios.

### **Aseguramiento**

En el Artículo 14 se perpetúa la continuidad de los subsidios parciales, manteniendo un plan de beneficios adicional recortado, que no consideró la Ley 100 de 1993. Este plan se ha utilizado con fines políticos de afiliación sin que proteja adecuadamente la población porque su cobertura no incluye actividades de mediana y alta complejidad diferentes a las enfermedades de alto costo. La población afiliada en subsidios parciales que tengan esas enfermedades se debe atender con cargo al subsidio de la oferta. En la Ley 1122 se disminuyen los recursos para el subsidio a la oferta al destinarse a la afiliación, o subsidio a la demanda, lo cual llevará a una nueva crisis de las ESE, sobre todo aquellas de nivel de mediana y alta complejidad que han venido atendiendo a los pacientes no afiliados, y a los afiliados con enfermedades no cubiertas por los regímenes de subsidio total o parcial.<sup>43</sup>

Para los afiliados al RC que pierdan el empleo y sean nivel III del Sisben, se establecen subsidios a la cotización que serán reglamentados por el gobierno nacional, lo cual quizá originará un nuevo plan de beneficios incompleto. El nivel III del Sisben incluye la población que tiene ingresos familiares que corresponden a 3 canastas básicas de alimento, lo cual está alrededor de la equivalencia de un

---

<sup>43</sup> TAFUR Luis Alberto, controversia a la reforma de la ley 100 del 1993, ley 1122 del 2007, revista Colombia medica, ISSN 1657-9534 versión online: [www.Univalle.edu.co](http://www.Univalle.edu.co)

salario mínimo mensual vigente para una familia que según el promedio nacional hallado en la encuesta realizada por Profamilia<sup>2</sup> es de 4.1 personas. Estas familias utilizan 75% de sus ingresos en alimentación lo cual hace difícil pensar que tengan capacidad de pago de cotizaciones al sistema, aun subsidiadas, en los casos en que no tienen empleo o son trabajadores independientes. Esta situación hace que una fracción de la población en el nivel III del Sisben no tendrá afiliación al sistema de salud por no ser prioritarias y no tener capacidad de pago.

El traslado del régimen contributivo al subsidiado o movilidad entre regímenes ya existía mediante el Acuerdo 304 de 2005 del CNSSS<sup>4</sup>. El traslado entre aseguradoras o movilidad entre EPS se disminuye de 24 a 12 meses, lo cual favorece el «castigo» que puede hacer el usuario a la aseguradora que tenga barreras administrativas o problemas de calidad. La libre escogencia de entidad prestadora así como lo relacionado con la prestación de servicios de salud está pendiente de reglamentación por el Ministerio de la Protección Social.<sup>44</sup>

### **Planes de beneficios**

En relación con los contenidos de los POS, la nueva Ley establece que la Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el POS buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes (contributivo y subsidiado). Algo similar estableció la Ley 100 de 1993 y en el desarrollo del Sistema de Seguridad Social, no se ha actualizado el POS del régimen subsidiado acercándolo al del régimen contributivo. Por el contrario, se creó en el gobierno anterior del Dr. Álvaro Uribe, el plan de subsidios parciales que tiene menos contenidos que el de subsidio totales, con un valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) definido en el Acuerdo 267 del CNSSS<sup>6</sup> equivalente a 40% del de subsidios totales.

En relación con las actividades de promoción y prevención que por disposición de la Ley 715 de 2001 estaban a cargo de los Municipios, la Ley 1122 define que las actividades propias del RS incluyendo las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS-S, las cuales las harán a través de la red pública contratada por las EPS del RS del respectivo Municipio. Esta decisión favorece cumplir estas actividades, pues disminuye la influencia política partidista en las decisiones que se relacionan con la salud, observadas por ser los Municipios los encargados de efectuarlas, al responsabilizar a las EPS del RS de la financiación de ellas.

---

<sup>44</sup> PLAZAS G Germán, PLAZAS M Germán Alonso, la nueva seguridad social, quinta edición, edición especial consultores de Colombia, editorial Linotipia Bolívar, Enero de 1998 Santafé de Bogotá.

En los contenidos de los planes de beneficios, la nueva Ley suprime los copagos para los afiliados del RS clasificados en el nivel I del Sisben, decisión que reconoce la situación de pobreza de esta población y su incapacidad para cancelar sus obligaciones al sistema.

En el RC, se establece disminución en los períodos mínimos de cotización o períodos de carencia, esto es, los períodos requeridos de cotización desde la afiliación, para tener acceso al tratamiento de enfermedades que requieran cirugías y las denominadas enfermedades de alto costo, a 26 semanas, independientemente del tipo de procedimiento que se vaya a realizar o la enfermedad que tenga el afiliado. Esta decisión favorece atender las enfermedades que requieren manejo quirúrgico o son consideradas como de alto costo, muchas de las cuales eran atendidas después que el paciente recurriera a una acción de tutela. Como consecuencia, disminuirá la presión sobre los jueces y el gasto que tenía que autorizar el FOSYGA para pagar las decisiones judiciales.<sup>45</sup>

Al no acompañarse de una modificación de la UPC en ambos regímenes, se incrementarán todas las barreras administrativas que utilizan las EPS para contener costos, así como los mecanismos de selección adversa de los pacientes que ingresen al sistema con enfermedades comprendidas en el grupo con períodos de carencia.

Al incluir como sanción para las EPS que no lleven oportunamente a consideración del Comité Técnico Científico los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del RC en los casos de enfermedades de alto costo, y sean obligadas mediante acción de tutela, el reconocimiento de la mitad de los costos, favorece la oportunidad de la respuesta por las EPS de las solicitudes de medicamentos.

En relación con el aseguramiento del alto costo, el Artículo 19 es inocuo al ser optativo para la EPS contratar el reaseguro o responder directa o colectivamente por dicho riesgo. Igual inocuidad tiene el Artículo 24 relacionado con la afiliación de las entidades públicas al Sistema General de Riesgos profesionales.

### **Prestadores de servicios**

En la prestación de servicios de salud, la Ley deja en manos del Ministerio de la Protección Social la definición de los requisitos de habilitación, de las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios, el sistema de clasificación de las IPS, los mecanismos para la aplicación de la libre

---

<sup>45</sup> *Ibíd.*

elección de IPS entre los afiliados a las EPS. Esta ha sido y es una responsabilidad del Ministerio, que no se ha visto desarrollada adecuadamente.

El Sistema de Garantía de Calidad que tiene relación con muchos de estos aspectos, después de 13 años de vigencia de la Ley 100 de 1993 continúa en desarrollo, ha sido evidente la selección adversa y la selección de riesgo de los usuarios por las EPS y en el período transcurrido no se ha visto la decisión del Ministerio de reglamentar y actuar sobre esos aspectos.<sup>46</sup>

Asimismo, queda bajo responsabilidad del Gobierno Nacional la reglamentación de los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operación de las ESE. Estas entidades fueron creadas por el Decreto 1876 del 3 de agosto de 19947 y desde esa fecha, el Ministerio ha tenido la responsabilidad de darles asesoramiento, según lo definió el Artículo 27 de este Decreto.<sup>47</sup>

La nueva Ley convierte a las Empresas Sociales del Estado (ESE) en entidades dependientes del poder político territorial al relacionar la elección de los gerentes con el período de alcaldes, gobernadores y presidente de la República, según sean municipales, departamentales o nacionales. Además, la inclusión de un párrafo transitorio que lleva la situación actual hasta abril del 2012, logra mantener a los actuales gerentes por un período que puede ser hasta de 5 años, y de esta forma, permite a los funcionarios respaldados por los actuales jefes políticos continuar en sus cargos.

Se establece un límite de 30% del gasto en salud para la contratación por las EPS con su propia red de prestadores de servicios o de IPS, lo cual se considera como control de la integración vertical, afecta prácticamente a una sola EPS ya que las demás tienen figuras de composición accionaria y organizativa que les permite presentar a las IPS como entidades ajenas.

La afiliación inicial de los desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad este a cargo del FOSYGA, que se venía haciendo en el RS según lo establecido en los Acuerdos del CNSSS 244, se hará a una EPS de naturaleza pública de orden nacional. Las EPS públicas de orden nacional son el ISS, CAJANAL y CAPRECOM, las cuales se encuentran en proceso de liquidación por no tener el margen de solvencia requerido.

---

<sup>46</sup> MINISTERIO DE SALUD. La Reforma de la Seguridad Social en Salud. 1ª. Edición 1994. Editorial Carrera Séptima Ltda. Santafé de Bogotá.

<sup>47</sup> TAFUR Luis Alberto, controversia a la reforma de la ley 100 del 1993, ley 1122 del 2007, revista Colombia medica, ISSN 1657-9534 versión online: [www.Univalle.edu.co](http://www.Univalle.edu.co)

La Ley 1122 establece la obligatoriedad de las EPS-S de contratar 60% del gasto en salud con las ESE. Esta decisión favorece a estas entidades al asegurarles una mayor contratación pero va en contra de favorecer y estimular los procesos de calidad en la prestación de los servicios.

En el sector privado, la competencia con base en la calidad favorece la contratación mientras que en el sector público, al existir un porcentaje obligatorio de contratación se favorece la exigencia de cumplimiento por las aseguradoras de necesariamente contratar con las ESE.

Es de tener en cuenta, que antes de esta Ley, las ARS tenían la obligación de contratar 40% del gasto en salud con las ESE. No se conoce de ninguna investigación ni sanción de la Superintendencia de Salud por el incumplimiento de esta norma.

**5.2.3 Decreto 3039 del 2007.** El Ministerio de la Protección Social deberá desarrollar, adoptar o ajustar los documentos técnicos y expedir los actos administrativos que se requieran para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 atendiendo las diferencias regionales, étnicas y culturales.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

Para ello se formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, tiene como propósito definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar.<sup>48</sup>

**5.2.4 Resolución 425 del 2008.** Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades Territoriales.

Considerando que con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, las Direcciones Territoriales de Salud deben formular y aprobar el Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.<sup>49</sup>

Que en tal virtud y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 165 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 3° del Capítulo VI del Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, le corresponde a este Ministerio definir las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

La presente resolución tiene por objeto definir la metodología que deberán cumplir las entidades territoriales para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de obligatorio cumplimiento a cargo de las entidades territoriales.

---

<sup>48</sup> DECRETO 3039 DEL 2007, Diario oficial. Año CXLIII. N. 46716. 10, Agosto, 2007. PAG 8

<sup>49</sup> RESOLUCIÓN 425 DEL 2008, Diario oficial, N° 46.902, del 14 de febrero de 2008

El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los Departamentos, distritos y Municipios, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

El Plan de Salud Territorial se regirá por los enfoques y principios previstos en el Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan de Salud Territorial adoptará, adaptará e implementará las líneas de política de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan.

#### **Título IV Plan de salud pública de intervenciones colectivas**

El plan de salud pública de intervenciones colectivas incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en<sup>50</sup> Salud.

Está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ceñirá a los lineamientos técnicos que para el efecto expida la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social y que se señalan a continuación:

##### 1. Promoción de la salud y calidad de vida.

- Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud, Modelos, Normas Técnicas y Guías de Atención Integral.
- Promoción de la estrategia de vacunación sin barreras con la cooperación intersectorial y comunitaria para el logro de coberturas útiles de vacunación.

---

<sup>50</sup> Resolución 425 del 2008, Diario oficial, N° 46.902, del 14 de febrero de 2008

- Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos (2) años de vida.
- Promoción del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer, en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de atención del binomio madre – hijo.<sup>51</sup>
- Promoción de las estrategias “Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” – AIEPI-; “Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia” –IAMI-, en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.
- Promoción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud infantil, salud sexual y reproductiva.
- Desarrollo de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.
- Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el hogar, ámbito laboral, escolar y en instituciones como guarderías y hogares de bienestar.
- Promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS- y Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP-.
- Promoción de la actividad física en los servicios de salud, escenarios educativos, redes y grupos comunitarios y ámbitos laborales, entre otros.

## 2. Acciones de prevención de los riesgos en salud.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> Ibid.

- Apoyo al desarrollo de jornadas de vacunación, intensificación o bloqueo según el riesgo municipal.
- Realización de censos de canalización y vacunación extramural, monitoreo rápido de coberturas y vacunación en áreas dispersas según lineamientos nacionales.
- Suplementación con vitamina A, “estrategia PAI - plus” en poblaciones de alto riesgo.
- Fortalecimiento de salas ERA, UROC’s y UAIRAC’s en sitios de alta prevalencia de IRA - EDA.
- Búsqueda activa de gestantes para captación en el primer trimestre de embarazo en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS-, Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP- instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Identificación de poblaciones vulnerables y canalización hacía los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar y citología cérvico uterina, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS-, Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP- e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Implementación del modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia.
- Impulsar el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para control prenatal, atención del parto y posparto, las emergencias obstétricas, e interrupción voluntaria del embarazo.
- Impulsar el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la Guía de Atención en VIH / SIDA.
- Desarrollo e implementación del Plan de Respuesta Intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS- y Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP-, los actores de otros sectores y la comunidad.

- Implementación de la estrategia de “Atención Primaria en Salud Mental” en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS-, Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP-, los actores de otros sectores y la comunidad.
- Desparasitación y suplementación con micronutrientes a grupos de más alta vulnerabilidad no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Canalización y seguimiento hasta lograr la recuperación nutricional de los menores de dos (2) años con algún grado de desnutrición, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> *Ibíd.*

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio es retrospectivo puesto que se aplico el instrumento para valorar las prácticas de cuidado consigo mismo y con el hijo por nacer de las usuarias que asisten al programa de madres consentidas de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata durante el mes de enero de 2010.

Según el tiempo de recolección de datos es transversal; ya que el instrumento (encuesta) se aplico a cada usuaria inscrita al programa de madres consentidas de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata durante el mes de enero de 2010 y en un solo momento. Además se aplicaron entrevistas semi-estructurada al profesional que coordina dicho programa, a una madre que fue usuaria del programa y una madre gestante que asiste actualmente al programa.

Según el nivel de conocimiento este estudio es de tipo descriptivo puesto que se valoro las prácticas de cuidado consigo mismo y con el hijo por nacer de las usuarias que asisten al programa de madres consentidas de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata durante el mes de enero de 2010.

### **6.2 POBLACION Y MUESTRA**

Usuarias que asistieron al programa de madres consentidas de la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata durante el mes de enero de 2010; para el mes de enero se tenía una población de 135 gestantes inscritas al programa. La muestra es de tipo no probabilístico, conformado por dos grupos, donde el primer grupo lo conforman gestantes que han recibido el programa completo (15 gestantes) y el segundo grupo lo conforman gestantes que no asisten al curso psicoprofiláctico (61 gestantes) para un total de 76 participantes en el presente estudio.

Para las entrevistas no estructuradas se seleccionó: una enfermera jefe, una usuaria y el director del programa, todos directamente relacionados con el programa, retomando una metodología pluralista.

## 6.3 VARIABLES

**Cuadro 1. Variables**

VARIABLES	DEFINICION	SUB-VARIABLES	INDICADOR O CATEGORIA	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICE	
CARACTERÍSTICA SOCIOECONOMICA	Caracterizar la Población	Edad	Numero de años	-Numérico	-% grupo atareó en años	
		Procedencia	Departamento	Cualitativo Nominal	Porcentajes	
		Ocupación	Rol que desempeña el usuario	Cualitativo Nominal	En áreas	
		Estado civil	Soltera		-Cualitativo Nominal	Porcentajes
			Casada			
			Separada			
			Viuda			
			Unión libre			
		Residencia actual	Rural		-Cualitativo Ordinal	Porcentajes
			Urbana			
Seguridad social	EPS-S		-Cualitativo nominal	Porcentajes		
	Pobre no asegurado					
Estrato económico	1, 2, 3, 4, 5, 6		Cualitativo ordinal	Porcentajes		
PRACTICAS DE CUIDADO	Creencias y prácticas que las mamás tienen para cuidarse así mismas y a sus hijos por nacer y recién nacidos,	Estimulación Prenatal	Le habla a su bebé	Cualitativa, ordinal	porcentajes	
			Evita colocarle música cerca de su abdomen			
			Estimula a su bebé con luz a través de su abdomen			
		Ejercicio Y Descanso:	Evita acariciar al bebé a través de las paredes de su abdomen		Cualitativo ordinal	Porcentajes
			Realiza ejercicio por treinta minutos tres veces a la semana			
			Realiza actividades domésticas que le produzcan cansancio			
			Duerme más de seis horas durante la noche			
			Realiza actividades laborales que le produzcan cansancio			
		Higiene Y Cuidados Personales	Dedica tiempo para descansar durante el día		Cualitativo ordinal	Porcentajes
			Realiza actividades recreativas por lo menos una vez a la semana?(ir al cine, caminar, ir de visita)			
Se cepilla los dientes después de cada comida.						
Deja de asistir a la consulta odontológica durante la gestación						
Cuándo va al baño realiza limpieza de los genitales de adelante hacia atrás						
Alimentación	Acostumbra a realizarse duchas vaginales internas		Cualitativo ordinal	Porcentajes		
	Utiliza ropa que le permite libertad de movimiento					
	Consume 3 o 4 veces leche o derivados al día					
	Consume al día dos porciones, bien sea de carne, pollo, pescado o vísceras					
	Consume al día dos porciones de hortalizas o verduras					
	En su alimentación diaria las frutas no están presentes					
	Consume 4 a 5 cucharadas de leguminosas al día					
Consume al día más de dos porciones de tubérculos						
Sistemas De Apoyo	Toma al día entre 7 a 8 vasos de líquido		Cualitativo ordinal	Porcentajes		
	Busca apoyo económico de su, familia, amigos o conocidos cuando usted lo requiere					
	Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende					
	No acostumbra solicitar a su familia o amigos ayuda en los trabajos de la casa cuando lo requiere					
	Necesita que las personas de su familia o sus amigos, le demuestren que la quieren					
Sustancias No Beneficiosas	Asiste a todos los controles prenatales programados		Cualitativo ordinal	Porcentajes		
	Toma más de tres tasas de café al día					
	Evita fumar durante la gestación					
	Evita consumir licor durante la gestación					
		Consume alguna sustancia que le produzcan adicción durante la gestación?				

## 6.4 INSTRUMENTOS

El instrumento que se aplicó para este trabajo de investigación, se realizó en la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, como parte de la Sublínea de investigación prácticas del cuidado materno perinatal, instrumento que se fundamenta en una investigación metodológica para el diseño del instrumento cuyo objetivo es valorar las Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal. Se le aplicaron los criterios de confiabilidad y validez, dando lugar a un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado para el estudio de las prácticas de cuidado en el área materno prenatal. (Anexo C)

El instrumento está conformado por 31 ítems, dispuestos en una escala tipo Likert, cuya construcción se realizó a partir de una exhaustiva revisión de la evidencia científica y la literatura que incluyó revisiones sistemáticas, resultados de investigaciones previas y revisiones de la literatura de seis dimensiones que reflejan las prácticas de cuidado que realizan las gestantes durante la etapa prenatal.

Cada dimensión tiene un número determinado de ítems que lo conforman. Las dimensiones son:

- ✓ **Estimulación prenatal (4 ítems):** Acciones que realiza la gestante para estimular al feto antes de nacer
- ✓ **Ejercicio y descanso (6 ítems):** Actividades relacionadas con el ejercicio y con el descanso que realiza la madre durante la gestación.
- ✓ **Higiene y cuidado personal (5 ítems):** Acciones que realiza la gestante con el fin de mantenerse limpia y cómoda y prevenir problemas infecciosos de salud para ella y su hijo.
- ✓ **Alimentación (7 ítems):** Alimentos y micro nutrientes que ingiere la mujer durante la gestación.
- ✓ **Sistemas de Apoyo (5 ítems):** Búsqueda de ayuda emocional, afirmativa, informativa y tangible o instrumental durante la gestación
- ✓ **Sustancias no beneficiosas (4 ítems):** No consumo de sustancias psicoactivas que perjudica el estado de salud y el bienestar de la madre y del hijo.

La consistencia interna se determinó a través del coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor para el instrumento total fue de 0.66. Este valor debe considerarse

como significativo teniendo en cuenta que el instrumento mide seis dimensiones según Nunnally y Berstein <sup>54</sup>.

Los ítems están formulados en sentido positivo y negativo o inverso, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. Los ítems positivos corresponden a las preguntas 1,3,5,7,9,10,11,13,15,16,17,18,20,22, 23,24,26,27,29,30 y 31; Los ítems negativos o inversos corresponden a las preguntas 2, 4, 6, 8, 12, 14 19,21, 25 y 28.

Cada uno de los ítems de la escala, tiene tres opciones de respuestas (NUNCA , ALGUNAS VECES Y SIEMPRE ), a las que se les asigna un valor numérico entre 0 y 2 para los de sentido positivo, y de 2 a 0 para los de sentido negativo, lo que permite obtener un rango de puntuación de 0 a 62 puntos.

Los puntajes totales obtenidos deben clasificarse en tres categorías: MALA PRACTICA, REGULAR PRÁCTICA Y BUENA PRACTICA de acuerdo a los siguientes criterios:

MALA PRACTICA: Desde el valor mínimo posible en la escala = 0 hasta 22.

REGULAR PRÁCTICA: De 23 a 44

BUENA PRÁCTICA: De 45 a 62

De esta forma se puede realizar la clasificación de cada gestante y reportar las frecuencias absolutas obtenidas.

Se aplicaron tres entrevistas donde se observo el conocimiento y manejo que los encuestados tienen hacia el programa, se realizó una a la coordinadora del programa madres consentidas, otra a una usuaria actual del programa y otra a una usuaria asistente al programa en el 2009. (Anexo A)

## **6.5 ANALISIS DE RESULTADOS**

Posterior a la recolección de la información con el instrumento, se ingresó la información en una hoja de cálculo del programa Microsoft office Excel 2007. El análisis de realizo en el programa SPSS versión 15.

Dentro del análisis se aplicaron estadísticos descriptivos, específicamente distribuciones de frecuencias, para realizar las comparaciones se utilizó el estadístico  $\chi^2$  donde el valor de relación significativa está dado por  $p < 0,05$  y para

---

<sup>54</sup> NUNNALLY y BERNSTEIN. Teoría Psicometrica. III edición. McGraw- Hill. 1995 p. 296

confirmar las diferencias significativas se aplicó una prueba de contraste (U de Mann-Whitney), debido a que se encontró que la distribución de las muestras no eran normales.

## **6.6 MODELO ADMINISTRATIVO**

Se inició con la aplicación de las entrevistas por parte de las investigadoras, al coordinador del programa, a una madre gestante que asistió al programa de madres consentidas y a una usuaria que asiste actualmente a dicho programa.

Posteriormente con la previa capacitación al personal sobre el consentimiento informado y el instrumento de prácticas de cuidado, se aplicó el instrumento a la población objeto, para así continuar con el respectivo análisis y divulgación de los resultados del estudio.

El personal requerido para el desarrollo de la investigación, fueron dos investigadores que tuvieron como misión, recolectar la información, tabularla y sistematizarla.

Investigador 1: coordinó la elaboración del anteproyecto con la revisión bibliográfica y formulación del marco teórico.

Investigador 2: coordinó la elaboración del anteproyecto, codificación, tabulación y análisis de la información colección de datos, para finalmente presentar resultados del trabajo de investigación.

## **6.7 CONSIDERACIONES ETICAS**

La presente investigación ha sido concebida y diseñada atendiendo a lo estipulado por la RESOLUCIÓN No. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, atendiendo a lo planteado en el TITULO II relacionado con LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, en su CAPITULO I, sobre LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS:

La presente metodología se desarrollo contemplando los aspectos éticos y operativos necesarios para proteger la integridad del paciente, sus derechos y bienestar (Art. 5). En particular evaluando de cuidado en la población de madres gestantes atendiendo lo estipulado en la política nacional de sexual y reproductiva. Resolución 425 de 2008 por la cual se define la metodología para la elaboración,

ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectiva a cargo de entes territoriales, Resolución 425 de 2008 artículo 15 del eje programático de promoción social que incluye las siguientes áreas subprogramáticas: Acciones de promoción de salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales entre ellas mujeres gestantes y en el título 4 Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas art.16 y 17.

La responsabilidad ética que implica para el investigador este tipo de estudio se clasifica como un riesgo bajo puesto que no influye en la privacidad de los participantes en la medida que respeta los principios básicos los cuales son: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

Se solicito permiso formal a la gerencia de la institución, además del acuerdo de salvaguardar los registros e información que se obtenga posterior a la aplicación del instrumento. Se aplicara un formato de consentimiento informado a cada una de las gestantes objetos de estudio.

Solo participo un sujeto (madre gestante) en la presente investigación después de haber sido informada acerca de:

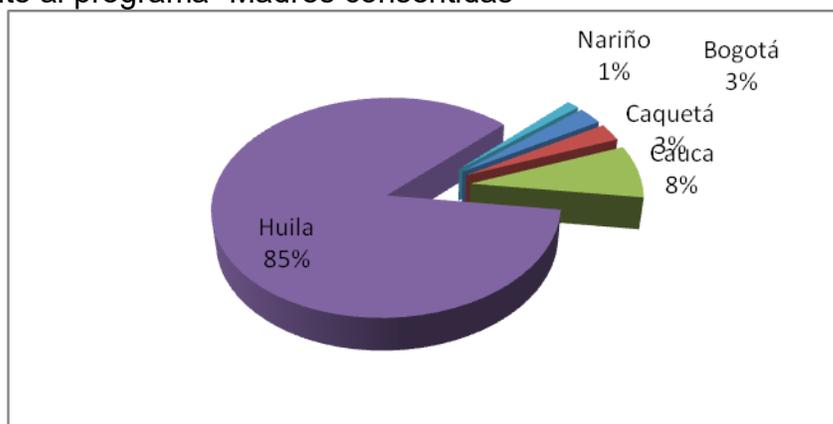
- a. El propósito de la investigación.
- b. Los procedimientos que se utilizarán.
- c. Los beneficios que puedan obtenerse.
- d. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- f. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

## 7. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se desarrollaron según los objetivos específicos propuestos, aplicándose los estadísticos mencionados en el plan de análisis, observándose los siguientes resultados:

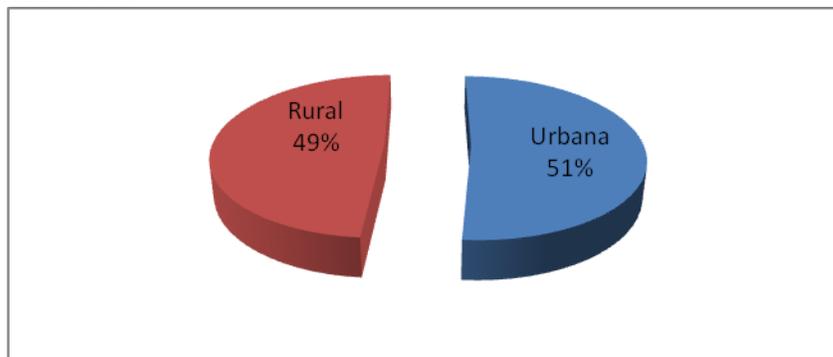
### 7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES QUE ASISTENTE AL PROGRAMA “MADRES CONSENTIDAS”.

**Gráfico 1.** Distribución según la procedencia por Departamento de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”



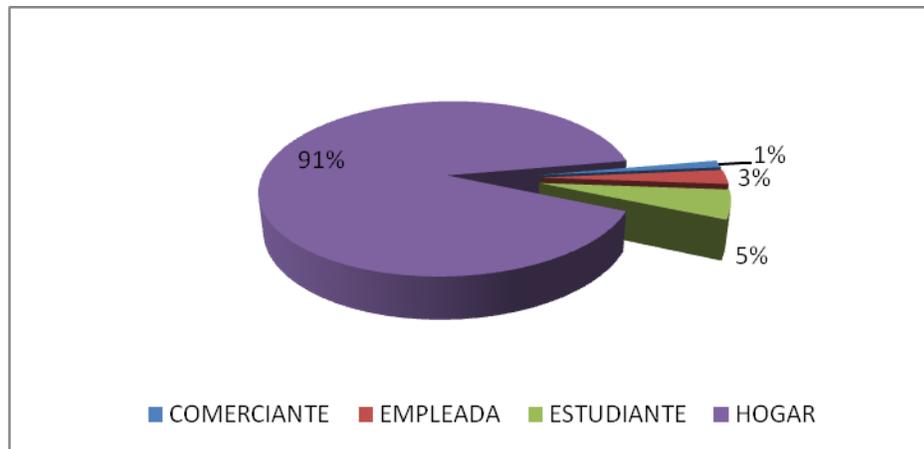
De las madres que conformaron la muestra para este estudio, el 85% son del Departamento del Huila, el 8% son del Cauca, el 3% de Caquetá, 3% de Bogotá y el 1% refieren haber nacido en el departamento de Nariño.

**Gráfico 2.** Distribución según la zona de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”



La edad promedio de las gestantes es de 23,34 ( $\pm 5,9$ ) años, actualmente el 51% viven en zona urbana y el 49% en la zona rural.

**Gráfico 3.** Distribución según ocupación de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”



Con respecto a la ocupación, se observa que el 90,8% de las gestantes tienen como ocupación las labores del Hogar, también se encuentran estudiantes (4 gestantes), empleadas (2 gestantes) y una comerciante.

**Tabla 1.** Distribución según el Estado civil de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	CASADA	9	11,8
	SOLTERA	14	18,4
	UNION LIBRE	53	69,7
	Total	76	100,0

Con respecto al estado civil, el 69,7% conviven en unión libre, mientras que el 18,4% son solteras y solo un 11,8% son casadas.

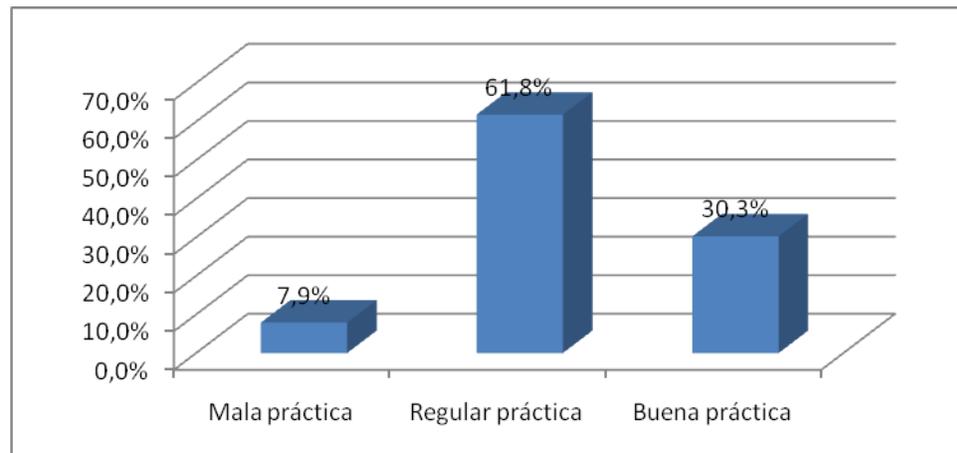
**Tabla 2.** Distribución según el Estrato Socioeconómico de las madres que asistente al programa “Madres consentidas”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	57	76,7
	2	17	23,3
Total		73	100,0

Al momento de indagar por el estrato socioeconómico, se observa que el 76,7% de las gestantes se encuentran en estrato 1, mientras que el 23,3% son de estrato 2; un porcentaje muy bajo (3,9%) no reportan ó no saben en qué estrato se encuentran.

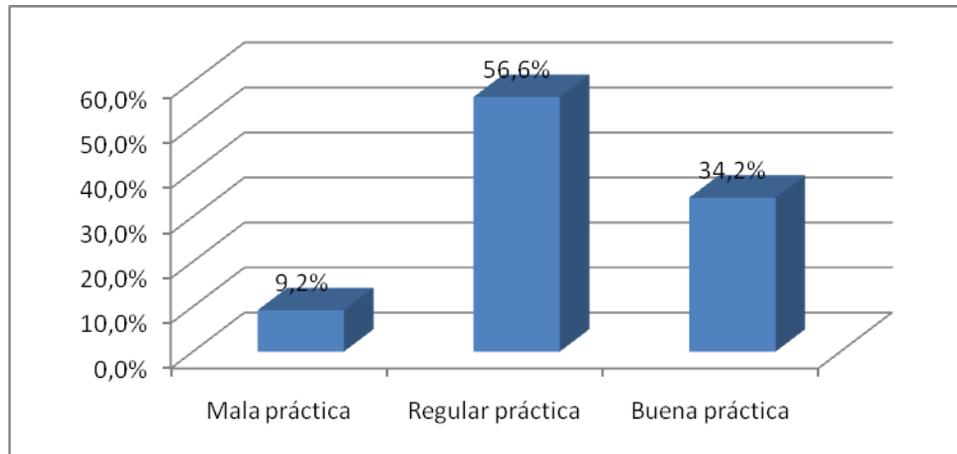
## 7.2 PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS Y CON SUS HIJOS POR NACER, DURANTE LA GESTACIÓN, EN GESTANTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE “MADRES CONSENTIDAS” DE LA ESE SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA HUILA.

**Gráfico 4.** Distribución según la práctica de Estimulación prenatal



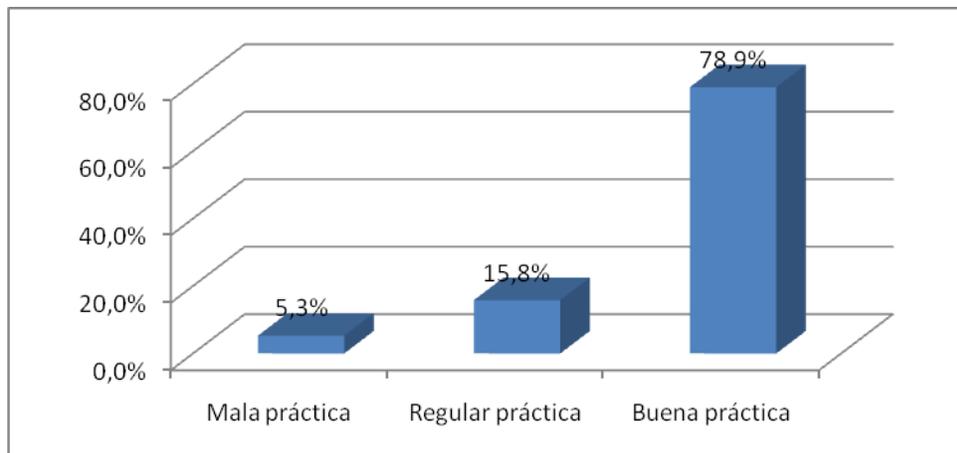
Con respecto al componente estimulación prenatal, el 61,8% de las gestantes refieren tener una práctica regular de cuidado, mientras que el 30,3% reportan una buena práctica en la estimulación prenatal; finalmente el 7,9% de las gestantes participantes en el programa tienen una mala práctica en el componente de estimulación prenatal.

**Gráfico 5.** Distribución según la práctica de ejercicio y descanso



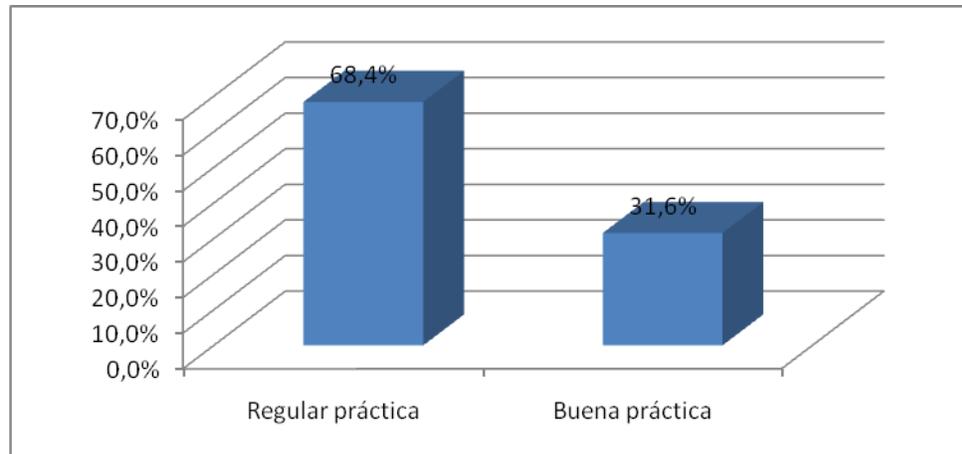
Las gestantes que asisten al programa, presentan una práctica regular (56,6%) en el componente de ejercicio y descanso, por otra parte el 34,2% refieren una buena práctica, mientras que un 9,2% refieren tener una mala práctica de cuidado con respecto al ejercicio y al descanso.

**Gráfico 6.** Practica de autocuidado, higiene y cuidados personales



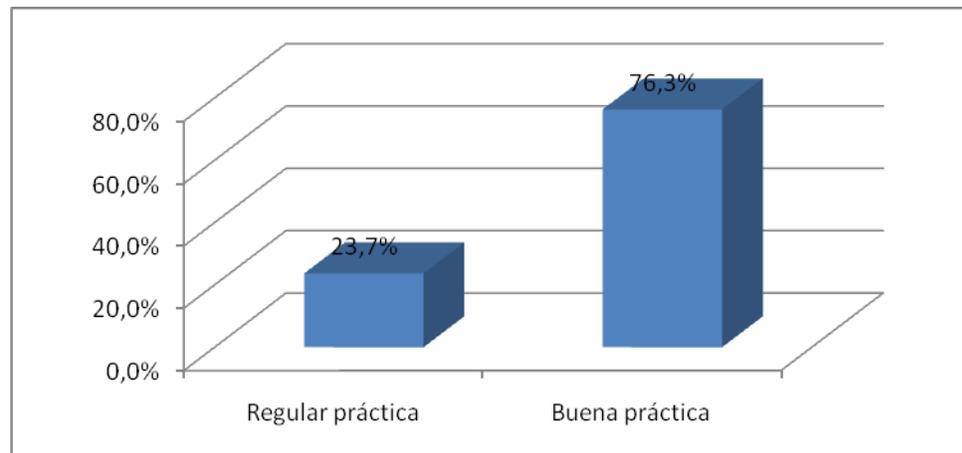
Con respecto a las prácticas de cuidado en la higiene y cuidados personales las gestantes refieren tener buenas practicas (78,9%), mientras que el 5,3% tiene malas prácticas en este componente.

**Gráfico 7.** Distribución según la práctica de alimentación



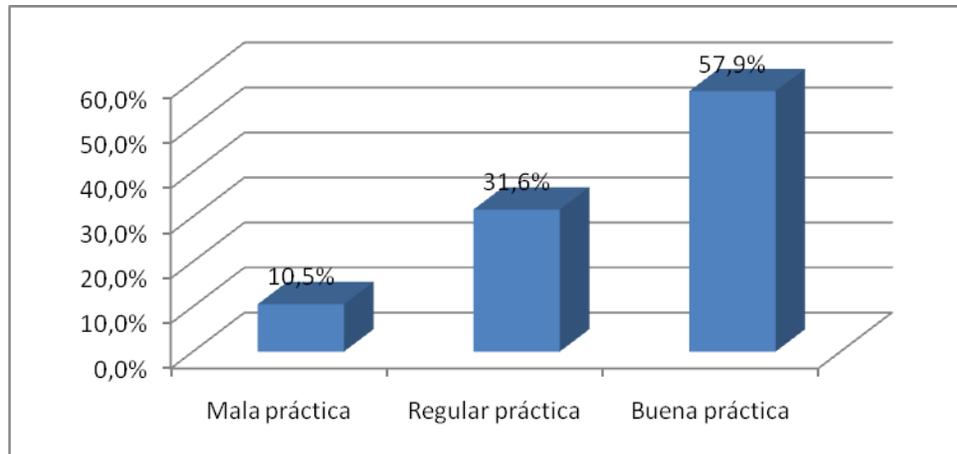
El 68,4% de las gestantes refieren tener una regular práctica de cuidado con respecto a la alimentación, mientras que el 31,4% restante refieren una buena práctica de cuidado.

**Gráfico 8.** Distribución según la práctica Sistema de apoyo



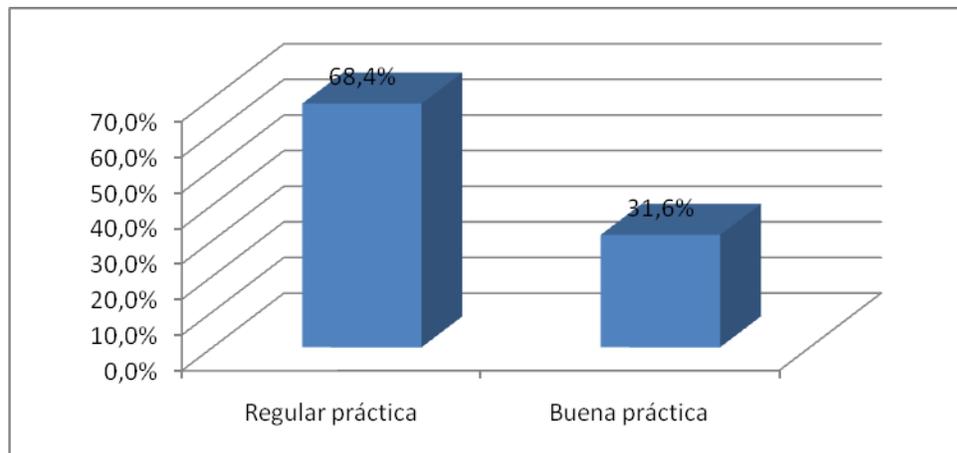
Con respecto al sistema de apoyo, el 76,3% las gestantes refieren tener un buen sistema de apoyo, mientras que el 23,7% posee un practica regular en este aspecto.

**Gráfico 9.** Distribución según la práctica de uso de sustancias no beneficiosas



Las gestantes se caracterizan por tener una buena práctica (57,9%) en relación a las sustancias no beneficiosas, mientras que el 31,6% tienen una práctica regular y finalmente el 10,5% refieren tener malas prácticas en relación a las sustancias no beneficiosas.

**Gráfico 10.** Distribución según la práctica cuidado total



Al momento de analizar el cuidado en general de las gestantes, el instrumento arroja que el 68,4%, poseen una práctica regular mientras que solo el 31,6% de las gestantes refieren una buena práctica.

### 7.3 EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA PROMOVIDA POR EL PROGRAMA DE “MADRES CONSENTIDAS ESE EN LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS Y CON SUS HIJOS POR NACER, DURANTE LA GESTACIÓN

**Tabla 3.** Tabla de contingencia, asistencia al curso psicoprofiláctico

		Final			
		Regular práctica	Buena práctica	Total	
Grupo	Programa Completo	Recuento	6	9	15
		% de Grupo	40,0%	60,0%	100,0%
	Programa sin curso psicoprofiláctico	Recuento	46	15	61
		% de Grupo	75,4%	24,6%	100,0%
Total		Recuento	52	24	76
		% de Grupo	68,4%	31,6%	100,0%

Se evidencia que a pesar de que el grupo de gestante que asisten al programa completo es mas pequeño, presentan una mejor practica en los cuidados prenatales con ellas mismas y con su hijo ( $r=6,9$ ;  $p=0,011$ ) frente a las gestantes que no asisten al curso psicoprofiláctico. Es importante tener en cuenta que para lograr identificar esta diferencia se aplicó el estadístico  $ji^2$  como se propone en el análisis de la información.

**Tabla 4.** Tabla de contingencia, practica de estimulación prenatal

		Estimulación prenatal			Total	
		Mala práctica	Regular práctica	Buena práctica		
Grupo	Programa Completo	Recuento	0	13	2	15
		% de Grupo	,0%	86,7%	13,3%	100,0%
	Programa sin curso psicoprofiláctico	Recuento	6	34	21	61
		% de Grupo	9,8%	55,7%	34,4%	100,0%
Total		Recuento	6	47	23	76
		% de Grupo	7,9%	61,8%	30,3%	100,0%

En relación a la estimulación prenatal, se encuentran diferencias significativas ( $r=5,18$ ;  $p=0,039$ ), donde el grupo de gestantes que no asistieron al curso psicoprofiláctico tienden a tener una mejor estimulación que el grupo de gestantes que recibieron el programa completo.

**Tabla 5.**Tabla de contingencia, ejercicio y descanso

		Ejercicio y descanso				
			Regular	Buena		
			Mala práctica	práctica	práctica	Total
Grupo	Programa	Recuento	0	6	9	15
	Completo	% de Grupo	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
Programa sin curso psicoprofiláctico	Programa sin curso	Recuento	7	37	17	61
		% de Grupo	11,5%	60,7%	27,9%	100,0%
Total		Recuento	7	43	26	76
		% de Grupo	9,2%	56,6%	34,2%	100,0%

Con respecto a la práctica de ejercicio y descanso, se encuentra una diferencia significativa ( $r=6,262$ ;  $p=0,027$ ), donde el grupo de las gestantes que recibieron el programa completo tienen unas mejores prácticas en el componente ejercicio y descanso que las gestantes que no asistieron al curso de psicoprofilaxis.

**Tabla 6.**Tabla de contingencia, higiene y cuidados personales

		Higiene y cuidados personales				
			Regular	Buena		
			Mala práctica	práctica	práctica	Total
Grupo	Programa	Recuento	0	1	14	15
	Completo	% de Grupo	,0%	6,7%	93,3%	100,0%
Programa sin curso psicoprofiláctico	Programa sin curso	Recuento	4	11	46	61
		% de Grupo	6,6%	18,0%	75,4%	100,0%
Total		Recuento	4	12	60	76
		% de Grupo	5,3%	15,8%	78,9%	100,0%

No se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de estudio ( $r=3,4$ ;  $p=0,180$ ), sin embargo se observa una tendencia de mejor practica de higiene y cuidado personales en el grupo que recibió el programa completo.

**Tabla 7.** Tabla de contingencia, alimentación

		Alimentación			
		Regular	Buena		
		práctica	práctica	Total	
Grupo	Programa	Recuento	9	6	15
	Completo	% de Grupo	60,0%	40,0%	100,0%
	Programa sin curso	Recuento	43	18	61
	psicoprofiláctico	% de Grupo	70,5%	29,5%	100,0%
Total		Recuento	52	24	76
		% de Grupo	68,4%	31,6%	100,0%

No se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de estudio ( $r=0,61$ ;  $p=0,320$ ), sin embargo se observa una tendencia de mejor practica de alimentación en el grupo que recibió el programa completo.

**Tabla 8.** Tabla de contingencia, sistemas de apoyo

		Sistema de apoyo			
		Regular	Buena		
		práctica	práctica	Total	
Grupo	Programa	Recuento	1	14	15
	Completo	% de Grupo	6,7%	93,3%	100,0%
	Programa sin curso	Recuento	17	44	61
	psicoprofiláctico	% de Grupo	27,9%	72,1%	100,0%
Total		Recuento	18	58	76
		% de Grupo	23,7%	76,3%	100,0%

No se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de estudio ( $p=0,075$ ), sin embargo se observa una tendencia de mejor practica de higiene y cuidado personales en el grupo que recibió el programa completo.

**Tabla 9.**Tabla de contingencia, consumo de sustancias no beneficiosas

		Sustancias no beneficiosas				
			Regular	Buena		
			Mala práctica	práctica	práctica	Total
Grupo	Programa	Recuento	0	1	14	15
	Completo	% de Grupo	,0%	6,7%	93,3%	100,0%
Programa sin curso psicoprofiláctico	Programa sin curso	Recuento	8	23	30	61
		% de Grupo	13,1%	37,7%	49,2%	100,0%
Total		Recuento	8	24	44	76
		% de Grupo	10,5%	31,6%	57,9%	100,0%

Se observa una buena práctica en el manejo de sustancias no beneficiosas en el grupo de gestantes que recibieron el programa completo, encontrándose una diferencia significativa ( $r=9,6;p=0,002$ ) con respecto al grupo que no recibió curso psicoprofiláctico.

**Tabla 10.** Estadísticos de contraste

	Final	Estimulación prenatal	Ejercicio y descanso	Higiene y cuidados personales	Alimentación	Sistema de apoyo	Sustancias no beneficiosas
U de Mann-Whitney	295,500	400,000	289,500	373,500	409,500	360,500	251,500
Z	-2,626	-,875	-2,485	-1,544	-,778	-1,719	-3,057
Sig. asintót. (bilateral)	,009	,382	,013	,123	,437	,086	,002

a Variable de agrupación: Grupo

Al momento de aplicar un estadístico de comparación ó contraste (U de Mann-Whitney) de los puntajes brutos, se evidencia que existen diferencias significativas entre los grupos estudiados en las categorías de ejercicio y descanso ( $p=0,013$ ), sustancias no beneficiosas ( $p=0,002$ ) y en el puntaje total ( $p=0,009$ ), donde los puntajes favorecen a las gestantes que asistieron al programa completo.

#### **7.4 ENTREVISTA A LAS GESTANTES Y COORDINADORA DEL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA MADRES CONSENTIDAS DE LA ESE SAN SEBASTIÁN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA.**

Se aplicaron tres entrevistas donde se observó el conocimiento y manejo que los encuestados tienen hacia el programa, se realizó una a la coordinadora del programa madres consentidas, otra a una usuaria actual del programa y otra a una usuaria asistente al programa en el 2009. (Anexo A)

El objetivo del programa es reducir la muerte materna y la muerte perinatal de la población del municipio de la plata, básicamente mejorar los servicios que se le ofrecen a ellas de forma integral. Las metas propuestas son disminuir en un 100% muerte materna y perinatal, reducir las enfermedades de transmisión madre e hijo como lo es sífilis gestacional, sífilis congénita y el VIH sida perinatal; garantizar una atención oportuna a la población gestante de zona urbana, urbano marginal y rural de la población del municipio de La Plata, todo ello con la estrategia que coordina el grupo APS atención primaria en salud de la ESE san Sebastián que están en la zona extramural, haciendo seguimiento a las gestantes y notificando las que abandonan el control en zona rural y urbana. Además se tiene implementada la estrategia IAMI institución amiga de la mujer madre y el infante la cual llega a la población gestante para ofrecer un servicio integral a esta como a su hijo brindando una atención con calidad y calidez.

La oportunidad de la consulta está a 0.9 días, ubicándose en el estándar máximo, pero hay condiciones como la concientización de la madre gestante especialmente en la población adolescentes que interfiere para el inicio temprano del control prenatal.

En cuanto a la eficiencia busca alcanzar un estándar de excelencia, mejorando la cobertura en zona rural puesto que es donde hay mayor número de embarazo, de igual forma después de realizar la notificación de los gravíndex positivos a través de oficio el cual es entregado al coordinador de APS con una frecuencia semanal, esta actividad se realiza a través de visitas domiciliarias tanto en la zona urbana como rural con el fin de asegurar el ingreso al programa, orientando a la paciente sobre qué centro de atención es más cómodo para su atención, sobre los signos de alarma, importancia de los multivitamínicos, importancia de la realización de Paraclínicos, adherencia al programa, dificultades y dudas que presente en relación al programa.

En la parte educativa el apoyo del grupo interdisciplinario ha sido claro, se hace a través de la capacitación por profesionales a las gestantes en temas diferentes, que buscan la concientización. En una evaluación que realiza la UNICEF refleja

que los profesionales no educan a las gestantes, la atención se centra en la parte física, dejan a un lado la parte educativa cuando realizan los controles prenatales. Falta empoderamiento por parte de los profesionales en la tarea educativa. El curso de psicoprofilaxis responde a las dudas que tienen las gestantes pero este no abarca ni el 10% de la población gestante por la accesibilidad al mismo la mayoría de las gestantes son del área rural.

## 8. DISCUSION

Los resultados se desarrollaron según los objetivos específicos propuestos para la investigación, y donde podemos observar los siguientes resultados:

Según **características sociodemográficas** de las madres asistentes al programa Madres Consentidas, se caracterizan por ser en su mayoría del Departamento del Huila, sin embargo también se encuentran gestantes de los departamentos como del Cauca, Caquetá, Nariño y de la ciudad de Bogotá, lo que demuestra una ventaja ante el programa ya que la mayoría de las gestantes son del mismo municipio y comparten las mismas costumbres, creencias y cultura, facilitando de esta forma la adaptación a la estrategia de madres consentidas; La edad promedio encontrada en las gestantes es de 23,34 ( $\pm 5,9$ ) años, datos que se pueden observar que no alteran significativamente las prácticas de autocuidado y su comportamiento, puesto que se encuentran en una edad que refleja una madurez estructurada y un proyecto de vida claro; La población objeto de estudio actualmente habita en un 51% en la zona urbana y el 49% en la zona rural, favoreciendo el acceso al programa de madres consentidas a las gestantes que residen en el municipio, al contrario de las que residen en la zona rural donde se dificulta su desplazamiento y a su vez limita la participación completa al programa.

Con respecto a la ocupación, se observa que las gestantes con un 91% tienen como ocupación las labores del Hogar, desde el punto de vista positivo favorece por que será una gestante que tendrá más tiempo para dedicarse a su proceso de gestación, y desfavorece a la gestante en su crecimiento personal puesto que están en edad productiva; Las gestantes amas de casa prevalecieron en el tipo de ocupación lo que refleja la situación económica por el desempleo imperante y el bajo nivel cultural por cuanto en la zona urbana la mujer sigue relegada al papel de crianza y cuidado de los hijos.

Según el estado civil se evidencia que en un 69.7% conviven en unión libre, mientras que el 18.4% son solteras y un solo 11.8% son casadas, lo que refleja en las gestantes en unión libre y solteras, la ambigüedad a los sistemas de apoyo, generando en ellas mayor ansiedad, poca habilidad para afrontar los inconvenientes y solución de los problemas, aun que las gestantes conciben la tenencia de un hijo, como el objetivo principal en la vida, el embarazo en este grupo etareo en general se presenta como un evento no programado lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente; según el estrato socioeconómico de las madres gestantes se evidencia que el 76.7% pertenecientes al estrato 1, y en un 23.3% al estrato dos, lo que nos indica que las gestantes del régimen subsidiado participan más al programa, beneficiándose en las prácticas de autocuidado en su

proceso de gestación y disminuyendo las barreras de accesibilidad, por otro lado se considera que se encuentran en desventaja ante las satisfacción de sus necesidades básicas, frente la limitante que genera estar clasificado en un estrato socioeconómico bajo.

Con respecto a las **Prácticas de Cuidado**, las gestantes participantes en el presente estudio, poseen una práctica regular ó no adecuada en la estimulación prenatal, donde siempre le hablan al bebe, donde algunas veces estimula al bebe por medio de la música, pero nunca lo estimula con luz a través del abdomen y finalmente falta acariciar mas al bebe a través de las paredes del abdomen, lo que evidencia la falta de conocimiento de las técnicas de estimulación prenatal y sus beneficios.

De igual manera las prácticas de ejercicio y descanso no son las mejores en las gestantes, especialmente por la falta de ejercicio, por la carga laboral que tienen en el hogar y la falta de organización y planeación de su tiempo para el ejercicio y descanso, evidenciándose que las gestantes no tienen un conocimiento amplio sobre los beneficios que tienen el desarrollar actividad física, como las practicas de ejercicio suave que favorecen el proceso circulatorio, la preparación de grupos musculares específicos para el momento del parto, el control del peso, recuperar la figura en el postparto, facilitar la relajación cuando la gestante esta expuesta a la sobrecarga del hogar.

Las gestantes que asisten al programa, presentan buenas prácticas de higiene y cuidados personales, se evidencian que la mayoría practican un correcto cepillado como mínimo tres veces al día, asisten periódicamente a la consulta odontológica, la utilización de ropa cómoda que facilite sus movimientos, a pesar de que la aplicación de duchas vaginales en las gestantes encuestadas fue alto. El conocimiento de las prácticas de cuidado que las personas y las comunidades realizan, exige el entendimiento de los estilos de vida, creencias y prácticas culturales, conocer sobre diferentes culturas y comunidades en las cuales viven las personas, para brindar un nivel alto de cuidado.

Con respecto a la alimentación las gestantes reflejan una regular práctica, esto va ligado a la parte socioeconómica y cultural, puesto que la mayoría de las gestantes no tienen accesibilidad a ciertos grupos alimenticios prioritarios en la gestación, y consumen lo que esta a su alcance.

En cuanto a los sistemas de apoyo, las gestantes refieren tener un buen sistema de apoyo, puesto que tienen un apoyo de sus seres queridos como esposo, hijos, desempeñan roles en hogar que la hacen sentir útil y tienen mas tiempo para compartir con la familia, las gestantes tienen una buena practica ya que buscan apoyo en estos aspectos para su propio beneficio y para el de su hijo a través de

la interacción con la familia, los amigos, y conocidos además del personal de salud que la atiende.

Al igual que las buenas prácticas en el manejo de sustancias no beneficiosas, se evidencia que la mayoría evita el consumo de estas sustancias puesto que conocen los efectos adversos que estas sustancias traen a sus hijos por nacer como a ellas.

Al momento de analizar el cuidado en general de las gestantes, el instrumento arroja que ellas poseen una práctica regular, mientras que solo el 31,6% de las gestantes refieren una buena práctica.

El presente programa cuenta con el curso psicoprofiláctico, componente importante al igual que el componente medico asistencial, desde el punto de vista operativo se deben atender en dos días diferentes lo cual produce que no todas las gestantes por diversas razones no asistan al curso psicoprofiláctico, pero si al componente médico, motivo por el cual se dividió la muestra en el presente estudio y se usó como mecanismo para evaluar el programa.

En relación a la **Estimulación Prenatal**, se encuentran diferencias significativas donde el grupo de gestantes que no asistieron al curso psicoprofiláctico tienden a tener una mejor estimulación que el grupo de gestantes que recibieron el programa completo; situación diferente sucede en las prácticas de ejercicio y descanso, donde el grupo de las gestantes que recibieron el programa completo tienen unas mejores prácticas.

Por otra parte, no se encuentran diferencias entre los dos grupos de estudio en las prácticas de higiene y cuidado personal sin embargo se observa una tendencia de mejor práctica en el grupo que recibió el programa completo. De igual manera no hay diferencias en las prácticas de alimentación en los grupos estudiados.

En el último componente se observa una buena práctica en el manejo de sustancias no beneficiosas en el grupo de gestantes que recibieron el programa completo, encontrándose una diferencia con respecto al grupo que no recibió curso psicoprofiláctico.

Los estadísticos demuestran la importancia que tiene el curso psicoprofiláctico en la practicas de cuidado de la gestante consigo misma y con el bebe, demostrándose nuevamente la importancia del componente psicológico y social en el proceso de control prenatal, teniendo en cuenta que el valor de la  $p$  ( $p < 0,05$ ) y del estadístico  $\chi^2$ .

Por otra parte las gestantes perciben como beneficioso estar dentro del programa de madres consentidas. En el año 2009 no se presentaron muertes maternas, lamentablemente si 18 muertes perinatales, sin embargo aumento la adherencia al programa, aumentó la cifra de controles prenatales en primer trimestre de 45% a 57%. En lo corrido del presente año no se han reportado muertes perinatales en el municipio de La Plata, este tipo de programas hacen un aporte para el cumplimiento de los objetivos del milenio y las metas propuestas en la política pública de salud pública, específicamente en las enfermedades no trasmisibles y en este caso en la muerte perinatal.

## 9. CONCLUSIONES

- Las gestantes que asisten al programa de madres consentidas tienen una práctica regular de cuidados con ellas y con sus hijos al nacer.
- Las gestantes que asisten al programa de madres consentidas incluyendo el componente del curso psicoprofiláctico presentan mejores prácticas de cuidado que las gestantes que solo asisten al componente medico asistencial.
- El programa madres consentidas hace un aporte importante al proceso de alcance de los objetivos del milenio, disminuyendo el riesgo de mortalidad materna y perinatal en las gestantes del municipio de La Plata - Huila.
- La evaluación del programa Madres Consentidas del Municipio de La Plata, tiene alto impacto ante la comunidad y ha ayudado a disminuir los índices de morbimortalidad materno perinatal, facilitando de esta forma el cumplimiento a las metas proyectadas por la ESE San Sebastián.
- El programa de madres consentidas ayuda a la adherencia y aumenta la asistencia al control prenatal, disminuyendo los casos de tolerancia al maltrato y a la violencia domestica entre las mujeres que asisten al programa de madres consentidas.
- Se concluye que el componente manejado por el grupo de apoyo medico asistencial, carece de mayor promoción de la parte educativa para este tipo de población.
- Se evidencia que la limitante que existe para el acceso a una alimentación adecuada en esta etapa, la cual esta sujeta a aspectos socioeconómicos y culturales de las gestantes.
- Con el manejo actual del curso psicoprofiláctico, se evidencia que las gestantes no están siendo beneficiadas en su totalidad por el programa de madres consentidas, el curso aporta el componente teórico-practico respecto a la gestación, parto y puerperio, siendo la mayoría de las gestantes beneficiadas en el componente medico-asistencial.

## 10. RECOMENDACIONES

- El componente del curso psicoprofiláctico representa un factor protector para las gestantes del municipio de La Plata, siendo importante el componente psicosocial que allí se implementa, logrando una atención integral a las gestantes, no solo el componente medico.
- Se recomienda realizar una investigación de corte longitudinal ó sistematizar el seguimiento a todas las gestantes, para tomar medidas gerenciales en el programa. Y puede convertirse en un modelo a seguir por otras instituciones en departamento.
- Se recomienda indagar sobre los factores que impiden la asistencia del 100% de las gestantes al programa completo para mejorar.
- Socializar los resultados de esta investigación entre el Gerente de la ESE San Sebastián y profesionales de la salud encargados de este programa, con el fin de que se tomen elementos que puedan servir en otras entidades para aumentar coberturas y disminuir los índices de morbi-mortalidad.
- Se recomienda que los profesionales de la salud que continuamente atienden a las madres gestantes orientarlas hacia la promoción de salud y cuidados durante la gestación, como estimulación prenatal, alimentación, descanso y ejercicio, higiene y cuidado personal y sustancias no beneficiosas.
- Considerando que hay una limitante en el aspecto nutricional de la gestante, se recomienda reforzarlo mediante estrategias que permitan el acceso de un aporte alimenticio periódico para el grupo que asiste al programa de madres consentidas.
- Se recomienda programar el curso psicoprofiláctico el mismo día en que asisten las gestantes al control prenatal y así poder asistir simultáneamente y obtener ambos beneficios.
- Incentivar a las gestantes del área rural con un bono de transporte, facilitando de esta forma el acceso a los servicios integrales del programa madres consentidas.

## BIBLIOGRAFIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, Secretaria de salud Bogotá sin indiferencia, Cartilla conozcamos nuestros derechos y deberes en salud ley 100.

ALCALDÍA MUNICIPAL, Plan de Atención Básica (PAB), Año 2008, informe de gestión 2008, Secretaria de Desarrollo Social La Plata Huila,

ARISTIZÁBAL SALAZAR, Ana; VÁSQUEZ TRUISSI, Martha Lucía, Colombia Médica. Mortalidad materna en Cali: ¿Una década sin cambios? Vol. 27 N° 3-4, 1996.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (CIPD). 7.2. 2003. En: Colombia, política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá: 9.

CUARTAS, Juan David; MESA, Clara; OCHOA, Germán. Factores asociados a mortalidad materna. Medellín, 2001-2003. Instituto de Ciencia de la Salud (CES).Facultad de Medicina. Medellín: 51.

DECRETO 3039 DEL 2007, Diario oficial. Año CXLIII. N. 46716. 10, Agosto, 2007. PAG 8

DATOS DE INFORMES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS AÑOS 2007. 2008, 2009, de la E.S.E. SAN SEBASTIAN

DATOS ESTADÍSTICOS Y EPIDEMIOLOGICOS DE SIVIGILA de la E.S.E. SAN SEBASTIAN.

DEFUNCIONES MATERNAS POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA Y LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 (basada en la lista 6/66 de OPS). DANE, 2001.

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN MEDELLÍN 2001-2003, Gineco-CES, 2004.

HACIA UNA COLOMBIA EQUITATIVA E INCLUYENTE, informe de Colombia sobre los objetivos del milenio 2005, objetivo cinco mejorar la salud sexual y reproductiva.

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. MINISTERIO DE SALUD". 1ª. Edición 1994. Editorial Carrera Séptima Ltda. Santafé de Bogotá.

MARRINERTOMEY, Ann; RAILE ALLIGOW, Martha. Modelos y teorías en Enfermería. 4ª. ed. España: Ed. Harcourt Brace, p. 428.

MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. Sublínea de investigación Prácticas de cuidado materno perinatal. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos, septiembre de 2001, pp. 363-365.

MINISTERIO DE SALUD RESOLUCIÓN 0412 del 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA E.S.E. SAN SEBASTIAN

NUNNALLY y BERNSTEIN. Teoría Psicometrica. III edición. McGraw- Hill. 1995 p. 296

PALACIO, Magda. El estancamiento de la mortalidad maternal en Colombia., 2002.

PLAZAS G., Germán; PLAZAS M., Germán Alonso. La nueva seguridad social, Quinta Edición, edición especial consultores de Colombia, editorial Linotipia Bolívar, Enero de 1998 Santafé de Bogotá.

PRADA SALAS, Elena. Mortalidad materna en Colombia: evolución y estado actual., 2001.

PROTOCOLOS DE MANEJO DE LA GESTANTE Y NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS E.S.E. SAN SEBASTIAN.

RANSOM, Elizabeth; YINGER, Nancy. Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Population Reference Bureau. 2001.

RESOLUCIÓN 425 DEL 2008, Diario oficial, N° 46.902, del 14 de febrero de 2008

RUIZ DE CÁRDENAS, Carmen Helena; FAJARDO PEÑA, María Teresa; MORALES VELANDIA, Judith Patricia. Validez y confiabilidad del instrumento "Prácticas de cuidado que realizan las gestantes con ellas mismas y sus hijos por nacer". Revista Avances de Enfermería. Vol. 24, No. 1. Enero a junio, 2006.

REEDER, Sharon; MARTIN L., L. y KONIAK, D. Preservación de la salud general en el embarazo en Enfermería materno infantil, 16a. ed. México: McGraw-Hill, Interamericana 1995, p. 421.

RODRÍGUEZ D, ACOSTA J, Panorama de la mortalidad materna en Colombia. INS, 2002

ROTH DEUBEL, André- Noel. Políticas Públicas, formulación, implementación y evaluación, como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde, sexta edición, Ediciones Aurora.

SALGUERO RUIZ, Magda. La mortalidad materna en Colombia 1998-2001 ¿Cuánto ha mejorado su estimación? Versión premilitar, 2004.

\_\_\_\_\_, La mortalidad materna en Colombia, estimaciones departamentales y municipales, 1992-1996, DANE, abril 2001.

SICAPS 2000, sistema de la información de base comunitaria para la atención primaria en salud, CIMDER, Cali Colombia, pág. 52 – 57.

VILLARRAGA, Liliana. Maternidad vivida, una alternativa para la salud mental. Bogotá: Trazo Ltda., 1990, pp. 37-39.

### **Referencias Electrónicas**

LACTANCIA MATERNA. Tomado de:  
<http://www.unicef.org.co/Lactancia/gestante.htm>

TAFUR, Luis Alberto, controversia a la reforma de la ley 100 del 1993, ley 1122 del 2007, revista Colombia medica, ISSN 1657-9534 versión online: [www.Univalle.edu.co](http://www.Univalle.edu.co)

# ANEXOS

## **Anexo A. ENTREVISTAS**

### **ENTREVISTA: COORDINADOR DEL PROGRAMA DE MADRES CONSENTIDAS DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA**

1. Cual fue la razón de la creación del programa y cuando fue creado?.
2. Cual es la finalidad del programa?
3. Que metas se pretenden con el programa y cuales son las estrategias para lograrlas?
4. Considera que el programa es oportuno, accesible y eficiente?
5. Considera que el programa tiene la cobertura suficiente tanto en el área rural como urbano de La Plata Huila, para el logro de sus objetivos?
6. Considera que hay aspectos por mejorar y cuales?
7. En la parte educativa el apoyo del grupo interdisciplinario ha sido claro?
8. Como se refleja en las madres la educación dada por ustedes en la disminución de las muertes maternas y perinatales?
9. considera usted q las practicas de cuidado han cambiado cuando las usuarias entran al programa

### **ENTREVISTA: USUARIA ACTUAL DEL PROGRAMA DE MADRES CONSENTIDAS DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA**

- 1- Que conoce del programa de Madres Consentidas de la ESE San Sebastián?
- 2- Desde cuando esta inscrita al programa?
- 3- Que beneficios tienen las usuarias inscritas al programa?
- 4- Que actividades se desarrollan y con que frecuencia?
- 5- Que profesionales son los responsables del programa?
- 6- Considera que el programa cumple con las expectativas que tienen las maternas respecto a la preparación y educación para el proceso de embarazo, parto, pos- parto, y cuidados con el recién?  
SI\_\_NO\_\_ Por que?
- 7- Está satisfecho con los servicios recibidos por este programa?  
SI\_\_NO\_\_ Por que?
8. las charlas que les han dado en el programa de madres consentidas han sido claras?
9. asiste usted al curso de psicoprofilaxis?

ENTREVISTA: USUARIA 2009 DEL PROGRAMA DE MADRES CONSENTIDAS DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA

1. Que conoce del programa de Madres Consentidas de la ESE San Sebastián?
2. Asistió a todas las actividades desarrolladas en el programa?
3. Que actividades se desarrollan y con que frecuencia?
4. Que profesionales son los responsables del programa?
5. Considera que el programa cumple con las expectativas que tienen las maternas respecto a la preparación y educación para el proceso de embarazo, parto, pos- parto, y cuidados con el recién?
  - a. SI\_\_NO\_\_ Por que?
6. Está satisfecho con los servicios recibidos por este programa?
  - a. SI\_\_NO\_\_ Por que?
7. considera que la preparación y educación brindada en el programa fue suficiente y oportuno para su embarazo, parto y cuidado con su Bebe?
8. recomienda el programa de madres consentidas a sus amigas o familiares?
9. Que falencias cree usted que puede mejorar el programa de madres consentidas?

**Anexo B. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Registro No: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado con  
C.C. No. \_\_\_\_\_ o quien me represente:  
\_\_\_\_\_ identificado con C.C.

No. \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido bien informada sobre el estudio de investigación que está realizando la Universidad Surcolombiana a través de la facultad de salud, sobre la EVALUACION DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA MADRES CONSENTIDAS EN LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MADRES GESTANTES DE LA ESE SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA, y autorizo para participar en ésta importante investigación aportando los datos que sean necesarios para la encuesta, los cuales he sido también informado que no representan ningún riesgo para mi integridad y además que dicha información aportada hará parte del sigilo profesional y no irá a hacer utilizada para otros fines diferentes a los objetivos de la investigación.

Firma: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Relación con el sujeto \_\_\_\_\_

**Anexo C. INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS PRACTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS Y CON EL HIJO POR NACER LAS MUJERES EN LA ETAPA PRENATAL DE LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **No Consecutivo** \_\_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

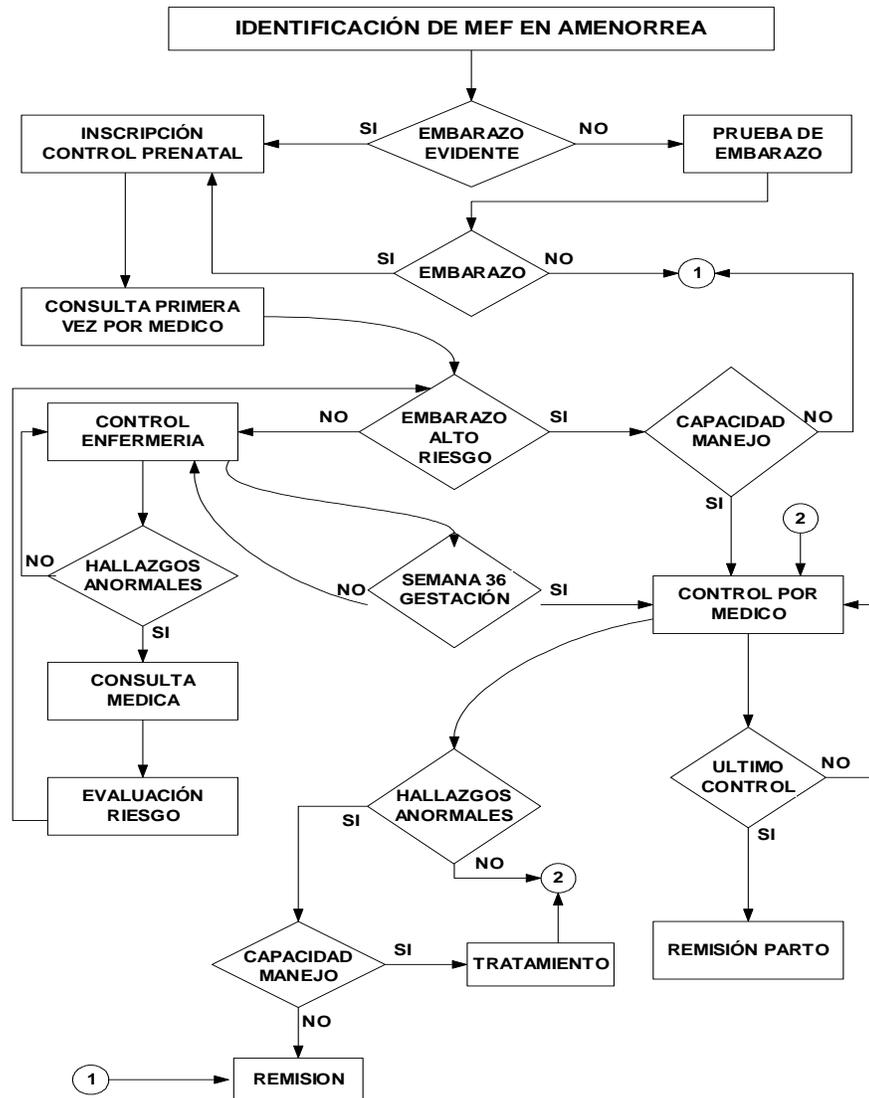
- CODIGO:
- NOMBRES:
- APELLIDOS:
- NUMERO DE IDENTIFICACION:
- EDAD:
- PROCEDENCIA:
- OCUPACION:
- ESTADO CIVIL:
- RESIDENCIA ACTUAL:
- TELEFONO:
- SEGURIDAD SOCIAL
- ESTRATO SOCIOECONOMICO:

A continuación usted encuentra una serie de preguntas relacionadas con las prácticas de cuidado que realizan las mujeres consigo mismas y con el hijo por nacer, durante la gestación. Marque Con una **X** la respuesta que refleje su situación:

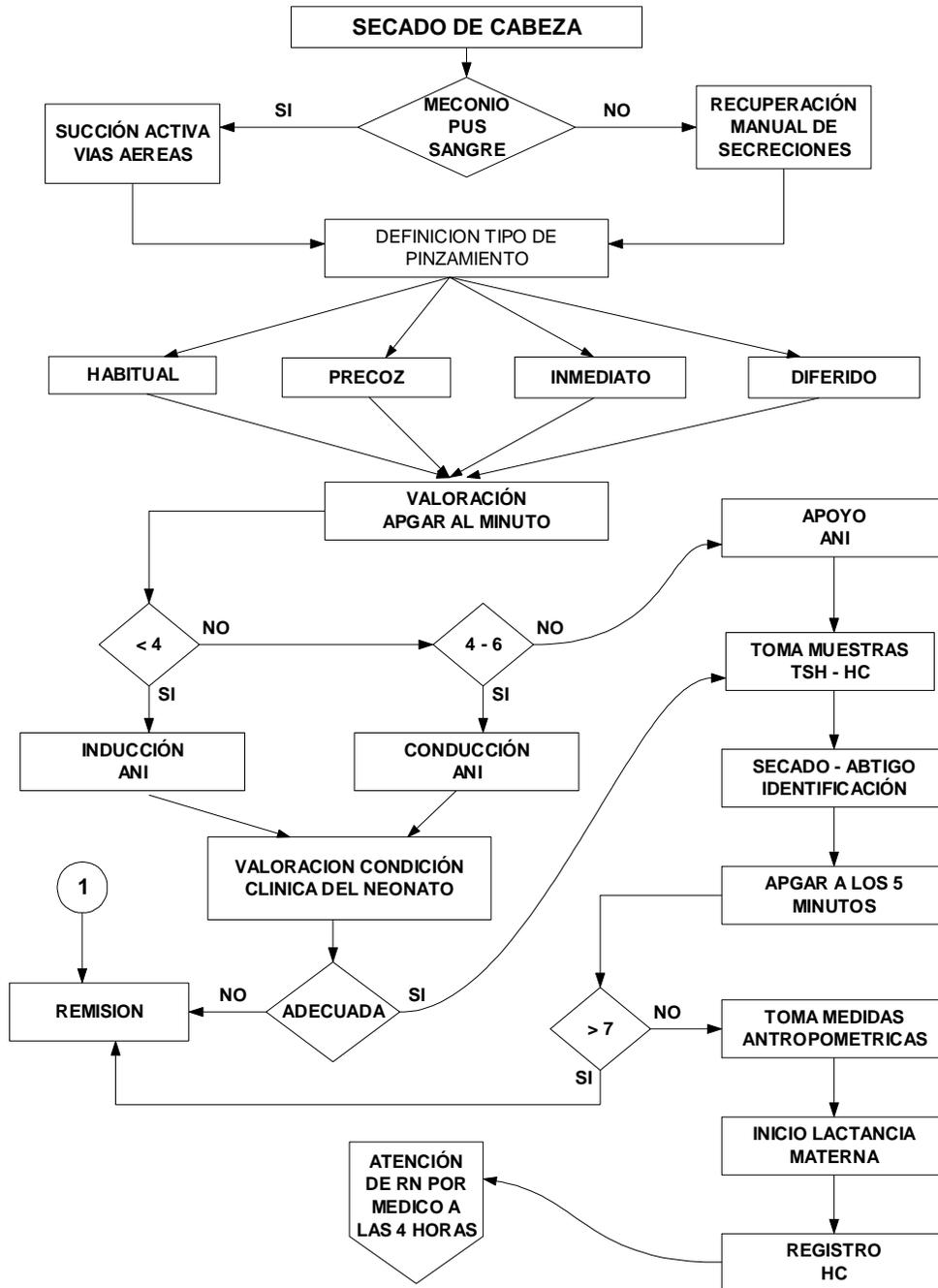
<b>PRÁCTICA DE CUIDADO</b>	<b>NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
<b>ESTIMULACION PRENATAL</b>			
1. ¿Le habla a su bebé?			
2. ¿Evita colocarle música cerca de su abdomen?			
3. ¿Estimula a su bebé con luz a través de su abdomen?			
4. ¿Evita acariciar al bebé a través de las paredes de su abdomen?			
<b>EJERCICIO Y DESCANSO</b>			
5. ¿Realiza ejercicio por treinta minutos tres veces a la semana?			
6. ¿Realiza actividades domésticas que le produzcan cansancio?			
7. ¿Duerme más de seis horas durante la noche?			
8. ¿Realiza actividades laborales que le produzcan cansancio?			
9. ¿Dedica tiempo para descansar durante el día?			
10. ¿Realiza actividades recreativas por lo menos una vez a la semana?(ir al cine o al parque caminar, visitar a familiares o amigos?)			
<b>HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES</b>			
11. ¿Se cepilla los dientes después de cada comida?			
12. ¿Deja de asistir a la consulta odontológica durante la gestación?			
13. ¿Cuándo va al baño realiza limpieza de los genitales de adelante hacia atrás?			
14. ¿Acostumbra a realizarse duchas vaginales internas?			
15. ¿Utiliza ropa que le permite libertad de movimiento?			
<b>ALIMENTACIÓN</b>			
16. ¿Consume 3 o 4 veces leche o derivados (queso, kumis, yogurt o cuajada) al día?			

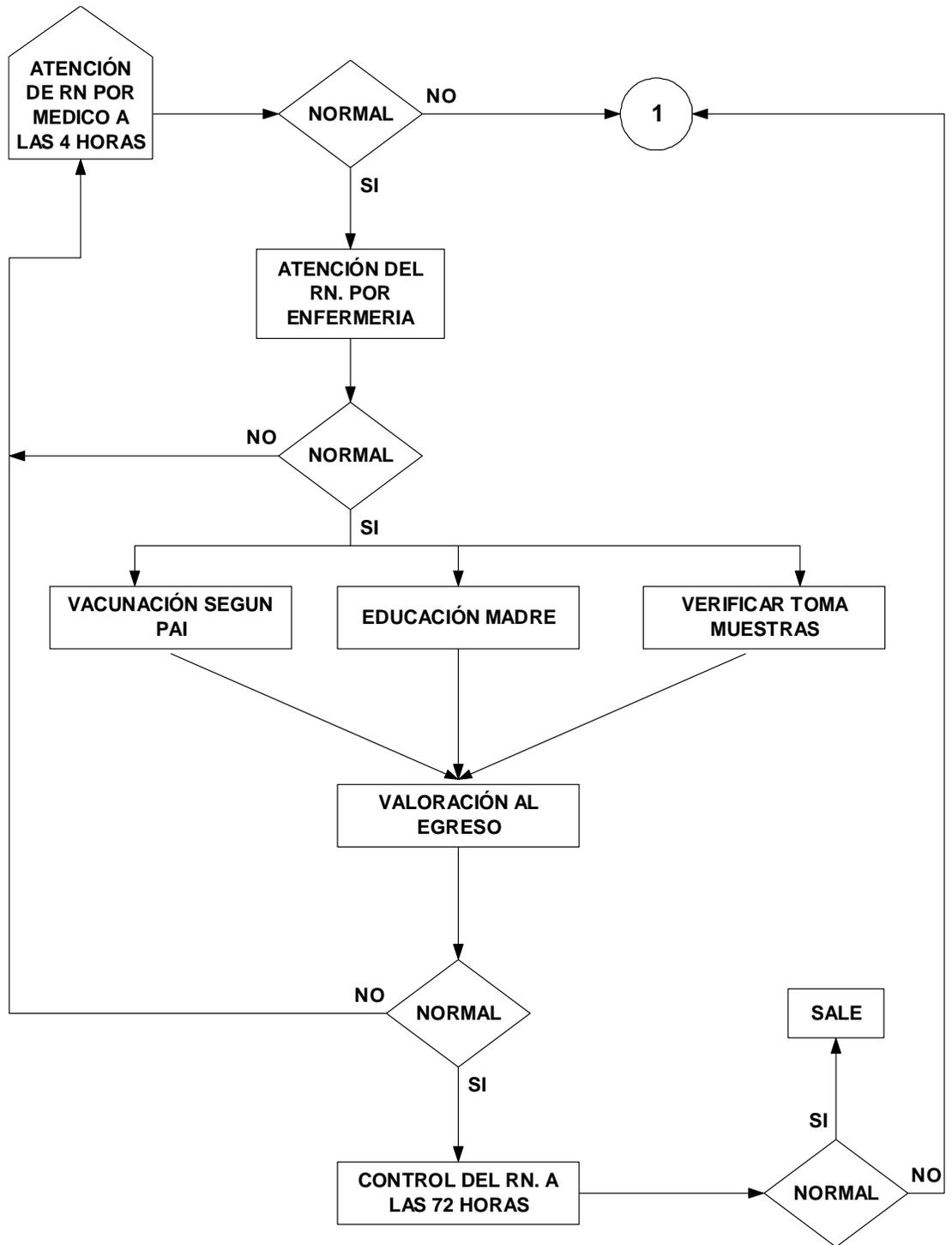
17. ¿Consume al día dos porciones, bien sea de carne, pollo, pescado o vísceras?			
18. ¿Consume al día dos porciones de hortalizas o verduras?			
19. ¿En su alimentación diaria las frutas no están presentes?			
20. ¿Consume 4 a 5 cucharadas de leguminosas (fríjol, lentejas, garbanzo) al día?			
21. ¿Consume al día más de dos porciones de tubérculos (papa, yuca o plátano)?			
22. ¿Toma al día entre 7 a 8 vasos de líquido?			
<b>SISTEMAS DE APOYO</b>			
23. ¿Busca apoyo económico de su, familia, amigos o conocidos cuando usted lo requiere?			
24. ¿Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?			
25. ¿No acostumbra solicitar a su familia o a sus amigos ayuda en los trabajos de la casa cuando usted lo requiere?			
26. ¿Necesita que las personas de su familia o sus amigos, le demuestren que la quieren?			
27. ¿Asiste a todos los controles prenatales programados?			
<b>SUSTANCIAS NO BENEFICIOSAS</b>			
28. ¿Toma más de tres tasas de café al día?			
29. ¿Evita fumar durante la gestación?			
30. ¿Evita consumir licor durante la gestación?			
31. ¿Consume alguna sustancia que le produzcan adicción durante la gestación? ( marihuana, cocaína o tranquilizantes)			

**Anexo D. PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO (MADRES CONSENTIDAS)**

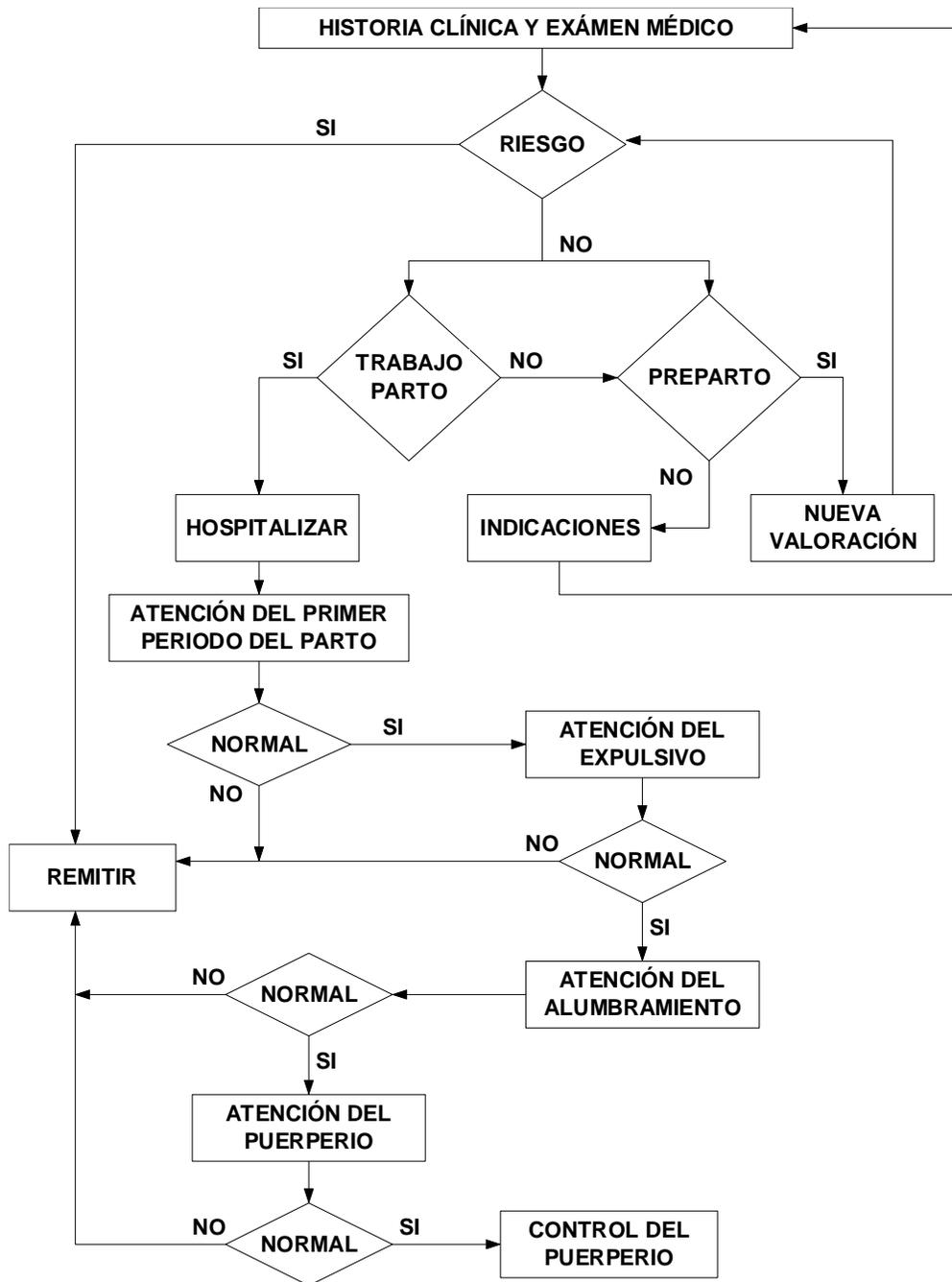


## Anexo E. ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

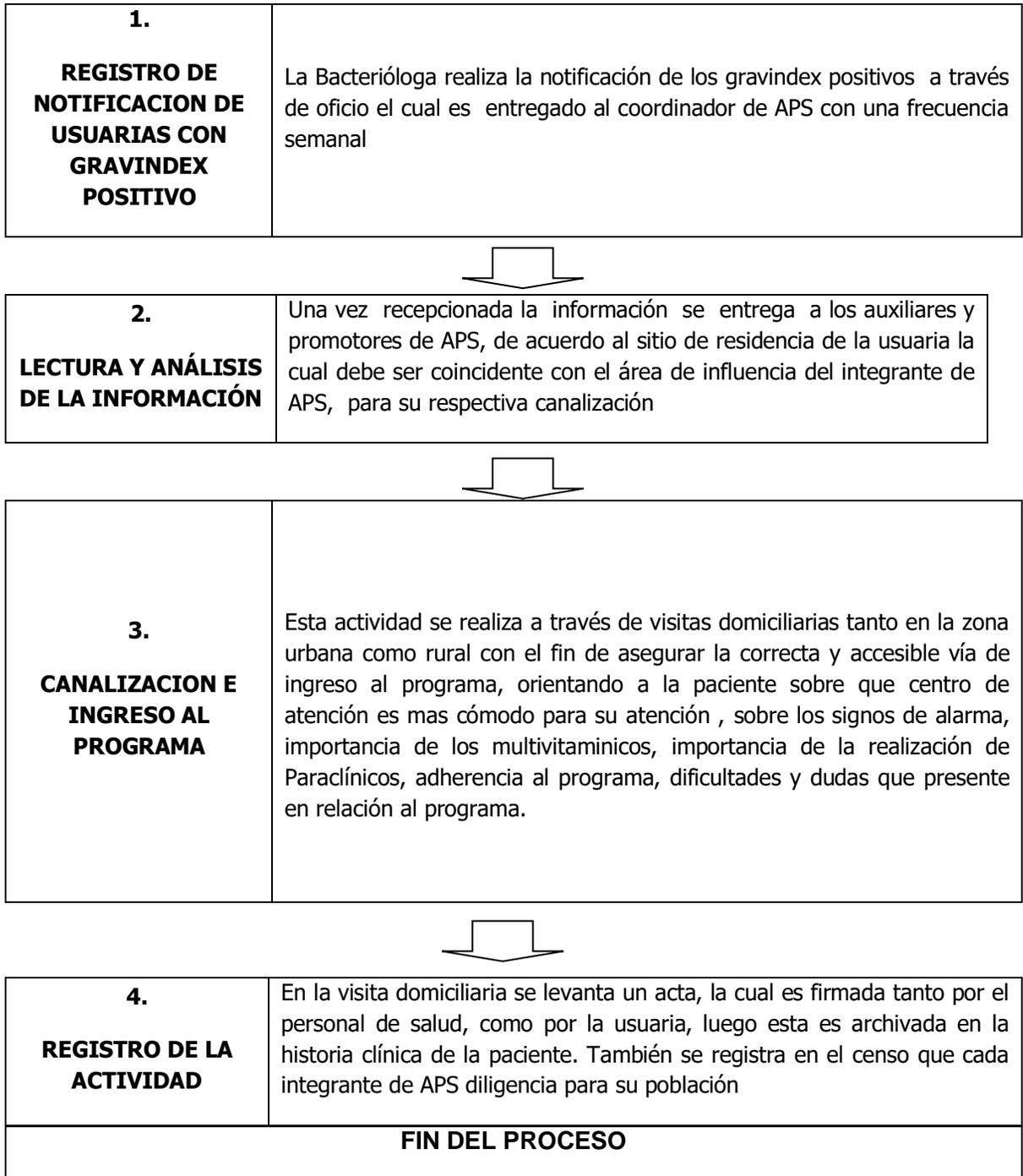




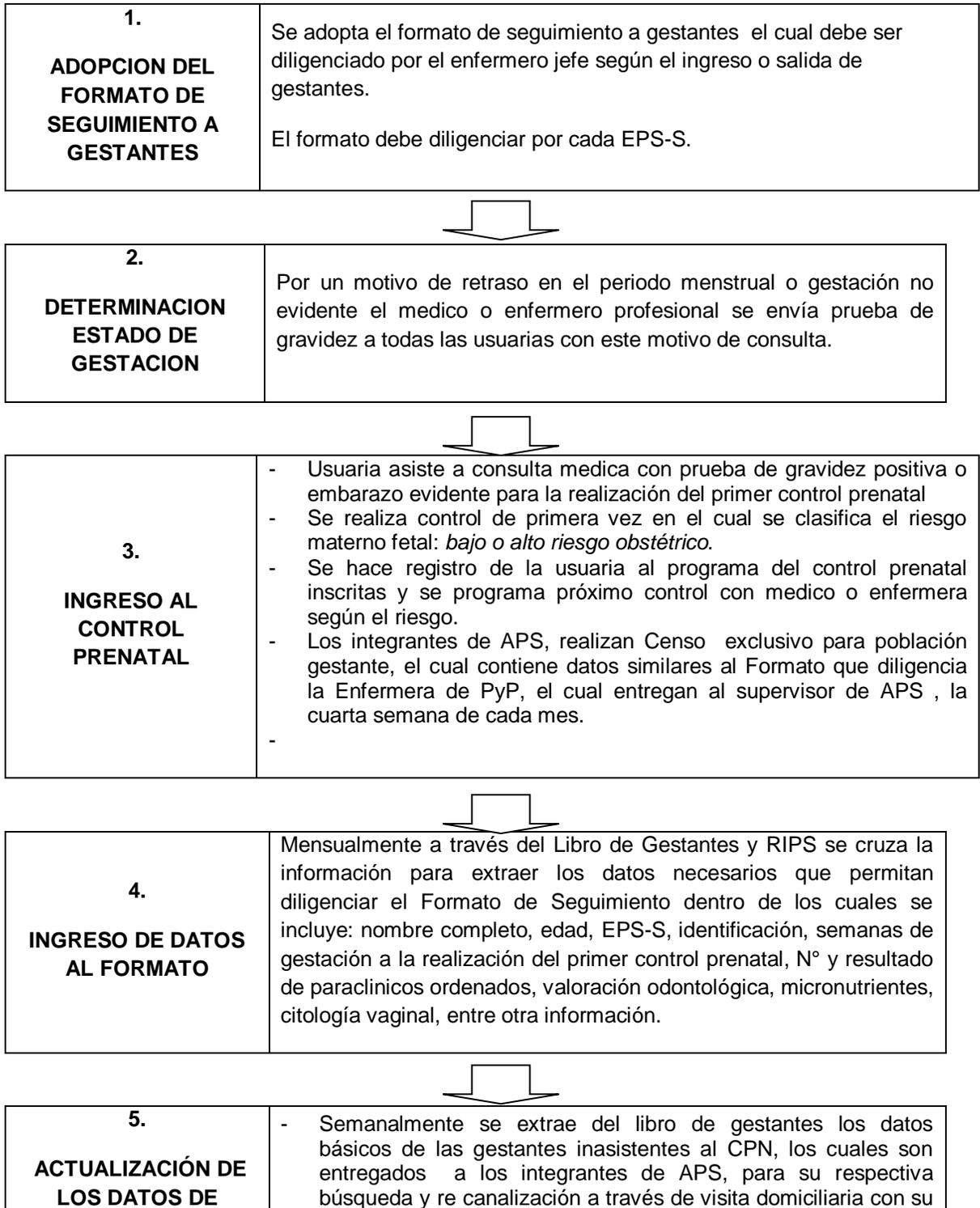
## Anexo F. ATENCIÓN DEL PARTO



## Anexo G. PROCESO SEGUIMIENTO USUARIAS CON GRAVINDEIX POSITIVO



## Anexo H. PROCESO SEGUIMIENTO A GESTANTES



<b>SEGUIMIENTO</b>	<p>respectiva acta en donde tanto la usuaria como el integrante firman los compromisos adquiridos, posterior a esta se archiva el la H. Clínica de cada usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De la misma forma anterior se realiza el procedimiento para las usuarias inasistentes al control por GO, para que esto pueda ser realizado la coord..Médica envía oficio de reporte de gestantes remitidas a GO al Subgerente de la ESE de mediana complejidad, quien contra refiere listado de inasistentes y se procede como el punto anterior.</li> </ul>
--------------------	--



<p><b>6.</b></p> <p><b>ENVIO MENSUAL DE INFORMES A EPS-S</b></p>	<p>Una vez realizado las visitas domiciliarias, supervisión de historias clínicas, Cruce de RIPS vrs Libro, se hace consolidado por EPS-S y envío a las mismas los primeros 10 días de cada mes.</p>
<p><b>FIN DEL PROCESO</b></p>	

## Anexo I. PROCESO SEGUIMIENTO A INASISTENTES

<p><b>1. IDENTIFICACION DE LOS USUARIOS INASISTENTES A LOS PROGRAMAS DE P y P</b></p>	<p>Se define como inasistente al control de detección temprana de las alteraciones del embarazo a toda gestante quien ha incumplido como mínimo a un control sea por medico o por enfermería.</p> <p>Se define como inasistente al programa de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo a aquel niño que ha incumplido su cita ya programada.</p>
---	--



<p><b>2. RELACION DE USUARIOS INASISTENTES</b></p>	<p>Construcción de Formato semanal con información básica para búsqueda de inasistentes</p>
<p><b>3. UBICACIÓN DE LOS USUARIOS INASISTENTES</b></p>	<p>Con formato de inasistentes: Realización de visita domiciliaria por parte de APS, a fin de reasignar nueva consulta y se informar sobre la importancia del cumplimiento de los controles en pro de mejorar o conservar un excelente nivel de salud. De lo anterior quedaran soportes para sustentar la actividad realizada en los formatos de visita domiciliaria, para el caso de programas especiales, dicha visita se archivara en la Historia clínica del usuario ( Gestantes, CCV alteradas)</p>



<p><b>4. MEDICIÓN DE IMPACTO</b></p>	<p>Se construirá un informe de los usuarios que nuevamente se vincularon a los programas vs aquellos que pese a las actividades realizadas no consultaron</p> <p>Con los programas especiales : CPN.CCV alteradas, Mujeres en edad fértil con factores de riesgo para nuevas gestaciones se le informa a su EPS-S para su respectivo manejo.</p>
<p><b>5. ACTIVIDAD EDUCATIVA</b></p>	<p>Registrar en todas las historias clínicas la educación impartida sobre la importancia del cumplimiento en los controles.</p>



<p><b>FIN DEL PROCESO</b></p>
-------------------------------

**Anexo J. CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES CURSO PSICOPROFILACTICO ESE SAN SEBASTIAN – ESTRATEGIA IAMI- GRUPO PIC 2010**

<b>FECHA</b>	<b>DIRIGIDO A</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>
25 febrero 2:00 – 4:00	FAMILIAS GESTANTES	-BIENVENIDA -PROYECCIÓN VIDEO DESARROLLO EMBRIONARIO	-PSICOLOGIA
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
4 Marzo 2:00 – 4:00	FAMILIAS GESTANTES	- GENERALIDADES DE LACTANCIA MATERNA. -DERECHOS Y DEBERES DE LAS Y LOS USUARIOS EN LA ATENCION EN SALUD -EJERCICIOS PRENATALES.	- AUX. ENFERMERIA -COORDINACION SIAU - PSICOLOGA FISIOTERAPEUTA
18 Marzo	FAMILIAS GESTANTES	- SOCIALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE LA POLITICA IAMI INTEGRAL	-ENFERMERA JEFE
		-DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	-PSICOLOGIA
		-EJERCICIOS PRENATALES Que es el curso de psicoprofilaxis? Cuando se debe iniciar? En qué consiste el curso?	-FISIOTERAPEUTA
25 Marzo	FAMILIAS GESTANTES	-LEY DE INFANCIA -DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS -ENFOQUE DE GÉNERO E IMPLICACIONES EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LAS MADRES, NIÑAS Y NIÑOS	-PSICOLOGIA
		-IMPORTANCIA DEL NOMBRE Y REGISTRO CIVIL	- AUX. ENFERMERIA
		EJERCICIOS PRENATALES	- FISIOTERAPEUTA
8 Abril	FAMILIAS GESTANTES	-PAPEL DEL PADRE DURANTE LA GESTACION	-PSICOLOGIA

		- EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
15 Abril	FAMILIAS GESTANTES	-ALIMENTACION DURANTE LA GESTACION Y EL PERIODO DE LACTANCIA -EJERCICIOS PRENATALES	-NUTRICIONISTA -FISIOTERAPEUTA
22 Abril	FAMILIAS GESTANTES	-CUIDADOS DURANTE LA GESTACION -SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	-PSICOLOGIA MEDICO JEFE
		-IMPORTANCIA DEL CARNET MATERNO -EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
29 Abril	FAMILIAS GESTANTES	IMPORTANCIA DE LA ASESORIA PRE Y POS PARA VIH, FORMAS DE TRANSMISION Y REALIZACION DE LA PRUEBA. -CUIDADOS DURANTE EL PUERPERIO PARA LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO -SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO	-PSICOLOGIA JEFE - MEDICO
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
6 Mayo	FAMILIAS GESTANTES	-PLANIFICACION FAMILIAR -EJERCICIOS PRENATALES	-PSICOLOGIA -FISIOTERAPEUTA JEFE MEDICO
13 Mayo	FAMILIAS GESTANTES	-CONTACTO PIEL A PIEL E INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA.	-PSICOLOGIA -JEFE DE ENFERMERIA
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
20 Mayo	FAMILIAS GESTANTES	-PROCESO DE ATENCION DEL PARTO -CONSEJERIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO POR PERSONA SIGNIFICATIVA	-ENFERMERIA
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA

27 Mayo	FAMILIAS GESTANTES	-SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LOS RN. -IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN EL RN : TSH, SEROLOGIA Y HEMOCLASIFICACION	-ENFERMERIA MEDICO
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
3 Junio	FAMILIAS GESTANTES	-ESQUEMA DE VACUNACION	-ENFERMERIA
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
10 Junio	FAMILIAS GESTANTES	-CUIDADOS DURANTE EL PUERPERIO PARA LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO -SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO	-ENFERMERIA
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
17 Junio	FAMILIAS GESTANTES	-ACCIONES PARA FAVORECER EL DESARROLLO PSICOMOTOR, COGNITIVO Y AFECTIVO DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS.	-PSICOLOGIA
		EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
24 Junio	FAMILIAS GESTANTES	-PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO: VINCULO AFECTIVO, MITOS Y CREENCIAS DE LA CRIANZA-IMPORTANCIA DEL JUEGO -FACTORES PROTECTORES DEL MALTRATO	-PSICOLOGIA
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
24 Junio	FAMILIAS GESTANTES	-GRUPOS Y /O REDES DE APOYO	-TRABAJO SOCIAL COORDINADORA IAMI
		-EJERCICIOS PRENATALES	-FISIOTERAPEUTA
1 Julio		EJERCICIOS DE RESPIRACION POSICION PARA EL PARTO	

## Estadísticos descriptivos

Edad

N	Válidos	76
	Perdidos	0
Media		23,34
Mediana		21,50
Desv. típ.		5,900

Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bogotá	2	2,6
	Caquetá	2	2,6
	Cauca	6	7,9
	Huila	65	85,5
	Nariño	1	1,3
	Total	76	100,0

### Zona

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Urbana	39	51,3
	Rural	37	48,7
	Total	76	100,0

### Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	COMERCIANT E	1	1,3
	EMPLEADA	2	2,6
	ESTUDIANTE	4	5,3
	HOGAR	69	90,8
	Total	76	100,0

### Estimulación prenatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válidos	Mala práctica	6	7,9	7,9	7,9
	Regular práctica	47	61,8	61,8	69,7
	Buena práctica	23	30,3	30,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

### Ejercicio y descanso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala práctica	7	9,2	9,2	9,2
	Regular práctica	43	56,6	56,6	65,8
	Buena práctica	26	34,2	34,2	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

### Higiene y cuidados personales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala práctica	4	5,3	5,3
	Regular práctica	12	15,8	21,1
	Buena práctica	60	78,9	100,0
	Total	76	100,0	

### Alimentación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e	válido	acumulado
Válidos	Regular práctica	52	68,4	68,4	68,4
	Buena práctica	24	31,6	31,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

### Sistema de apoyo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular práctica	18	23,7	23,7
	Buena práctica	58	76,3	100,0
	Total	76	100,0	

### Sustancias no beneficiosas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala práctica	8	10,5	10,5
	Regular práctica	24	31,6	42,1
	Buena práctica	44	57,9	100,0
	Total	76	100,0	

### Final

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular práctica	52	68,4	68,4
	Buena práctica	24	31,6	100,0
	Total	76	100,0	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,987(b)	1	,008		
Corrección por continuidad(a)	5,444	1	,020		
Razón de verosimilitudes	6,555	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,011
Asociación lineal por lineal	6,895	1	,009		
N de casos válidos	76				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,74.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,108(a)	2	,078
Razón de verosimilitudes	6,480	2	,039
Asociación lineal por lineal	,454	1	,500
N de casos válidos	76		

a 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,18.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,262(a)	2	,044
Razón de verosimilitudes	7,207	2	,027
Asociación lineal por lineal	6,078	1	,014
N de casos válidos	76		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,38.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,459(a)	2	,293
Razón de verosimilitudes	3,427	2	,180
Asociación lineal por lineal	2,380	1	,123
N de casos válidos	76		

a 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,613(b)	1	,434		
Corrección por continuidad(a)	,224	1	,636		
Razón de verosimilitudes	,595	1	,440		
Estadístico exacto de Fisher				,537	,312
Asociación lineal por lineal	,605	1	,437		
N de casos válidos	76				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,74.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,994(b)	1	,084		
Corrección por continuidad(a)	1,936	1	,164		
Razón de verosimilitudes	3,670	1	,055		
Estadístico exacto de Fisher				,102	,075
Asociación lineal por lineal	2,955	1	,086		
N de casos válidos	76				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,55.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,694(a)	2	,008
Razón de verosimilitudes	12,146	2	,002
Asociación lineal por lineal	8,474	1	,004
N de casos válidos	76		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,58.

### Estadísticos de grupo

	Grupo	N	Media
Total	Programa	15	45,67
	Programa sin curso psicoprofiláctico	61	40,21
Estimulación prenatal	Programa	15	4,7333
	Programa sin curso psicoprofiláctico	61	4,6885
Ejercicio y descanso	Programa	15	8,7333
	Programa sin curso psicoprofiláctico	61	7,2131
Higiene y cuidados personales	Programa	15	8,7333
	Programa sin curso psicoprofiláctico	61	7,3607
Alimentación	Programa	15	9,0667
	Programa sin curso psicoprofiláctico	61	8,4754
Sistema de apoyo	Programa	15	8,2000
	Programa sin curso psicoprofiláctico	61	7,6230
Sustancias no beneficiosas	Programa	15	6,2000
	Programa sin curso psicoprofiláctico	61	4,8525