

FACTORES RELACIONADOS CON LA OCURRENCIA DE LAS MUERTES
PERINATALES DEL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS PUTUMAYO EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL
AÑO 2010

CLAUDIA MARCELA PLAZAS ROBLES

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - HUILA
2014

FACTORES RELACIONAD CON LOCURRENCIA DE LAS MUERTES
PERINATALES DEL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS PUTUMAYO EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL
AÑO 2010

CLAUDIA MARCELA PLAZAS ROBLES

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

Asesores

Dra. NOHORA MONTERO GARCÍA
Especialista en Salud Familiar

Dr. DAGOBERTO SANTOFIMIO
Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - HUILA
2014

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Abril del 2014.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso

A la memoria de Mi Padre

A Luz Miriam (Mi madre)

A mis Hermanos

A Ediver (Mi esposo)

A Luisa Fernanda (Mi hija)

Claudia Marcela

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

A la Dra. Nohora Montero García y el Dr. Dagoberto Santofimio, asesores quienes con todo sus conocimientos y dedicación, realizaron las sugerencias y recomendaciones acertadas que permitieron el desarrollo y conclusión del presente trabajo.

A la Doctora Yivy Salazar Parra, Coordinadora EGSSYSS, por su apoyo.

A la Señora María Eugenia Rojas Castro, secretaria, por su colaboración permanente, suministrándome sugerencias y por todos los buenos momentos compartidos.

A los profesores de la especialización, por impartir esos conocimientos tan valiosos e importantes para poder aportar soluciones a situaciones problemáticas de mi hermoso municipio Puerto Asís.

Al personal de la ESE Hospital Local de Puerto Asís Putumayo, por la colaboración prestada para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente mis más sinceros agradecimientos y apoyo a las madres con pérdida perinatal que a pesar de su gran tristeza compartieron su experiencia conmigo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. JUSTIFICACIÓN	17
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. ANTECEDENTES	20
4.1 MORBILIDAD MATERNA Y PERINATAL	20
4.1.1 Legislación internacional	21
4.1.2 Legislación nacional	22
5. MARCO TEORICO	24
5.1 MORTALIDAD PERINATAL	24
5.2 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	25
6. DISEÑO METODOLÓGICO	26
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
6.2 POBLACIÓN	26
6.2.1 Definición de caso	26
6.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO	26
7. CAPITULO I: CONDICIONES DE CALIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS – PUTUMAYO	27

		Pág.
7.1	ASPECTOS DE ORDEN ADMINISTRATIVO	27
7.1.1	Historia	27
7.1.2	Misión	27
7.1.3	Visión	27
7.1.4	Políticas	27
7.1.5	Servicios	28
7.2	INFRAESTRUCTURA	29
7.3	PRINCIPIOS CORPORATIVOS Y CODIGO DE ÉTICA	30
7.4	DESARROLLO DE PERSONAL	32
7.5	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	33
7.6	LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA	33
7.7	ESTANDARES DE CALIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS – PUTUMAYO	38
8.	CAPITULO II. CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO A LA ATENCIÓN Y LA LOGISTICA DE REFERENCIA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS	56
9.	CAPITULO III. OPORTUNIDAD EN LA DECISIÓN Y LA ACCIÓN DE SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA	67
9.1	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PACIENTE QUE SOLICITA LA ATENCIÓN MÉDICA EN PUERTO ASÍS-PUTUMAYO	67
9.1.1	Edad	67
9.1.2	Raza	68
9.1.3	E.P.S. o Seguridad Social	69
9.1.4	Régimen en salud	70
9.1.5	Institución de salud más utilizada	71
9.1.6	Tipo de enfermedades	72
9.2	IDENTIFICACIÓN DE LAS TENDENCIAS DE DECISIÓN Y SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA POR PARTE DE LOS PACIENTES DE PUERTO ASIS – PUTUMAYO	73
9.2.1	Opción basada en la relación médico - paciente	73
9.2.2	Opción basada en el consentimiento informado	75
9.2.3	Opción basada en la confidencialidad	79

	Pág.	
10.	CAPITULO IV. FACTORES RELACIONADOS CON EL RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA POR PARTE DE LA MADRE Y/O FAMILIA	82
10.1	APRECIACIONES CONCEPTUALES	82
10.2	LAS DEMORAS QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN EL CASO DE PUERTO ASIS	86
10.2.1	Recomendaciones que el personal psicosocial del Hospital de Puerto Asís debe tener en cuenta para el manejo de las muertes peri natales	96
10.3	ESTUDIOS DE CASO DE MADRES CON PÉRDIDA PERINATAL EN EL HOSPITAL DE PUERTO ASIS DURANTE EL AÑO 2010	98
10.3.1	Discusión de los casos	103
11.	CAPITULO V. PROPUESTA DE ESTRATEGIA GERENCIAL PARA INTERVENIR LAS CARACTERÍSTICAS RELEVANTES IDENTIFICADAS EN LAS MUERTES PERINATALES OCURRIDAS	105
11.1	PRINCIPIOS DEL PLAN ESTRATÉGICO	105
11.2	LINEAMIENTOS, OBJETIVOS, METAS, LINEAS DE ACCION Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	106
11.2.1	Lineamientos	106
11.2.2	Objetivos	106
11.3	RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES DE RESULTADO	107
11.3.1	Objetivo estratégico 01	107
11.3.2	Objetivo estratégico 02	108
11.3.3	Objetivo estratégico 03	109
11.3.4	Objetivo estratégico 04	110
12.	CONCLUSIONES	112
	BIBLIOGRAFIA	114
	ANEXOS	118

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Servicios	28
Tabla 2	Distribución del personal por género	41
Tabla 3	Clasificación del personal por edades	41
Tabla 4	Antigüedad del personal	42
Tabla 5	Tipo de vinculación laboral	42
Tabla 6	Clasificación del personal por género	42
Tabla 7	Clasificación del personal por especialidades	43
Tabla 8	Causales de ausentismo laboral	43
Tabla 9	Causas de retiro de personal	44
Tabla 10	Rotación del personal	44
Tabla 11	Sugerencias al plan de mejoramiento interno	46
Tabla 12	Clasificación del personal por lugar de origen	46
Tabla 13	Categorías clasificación socio económica	47
Tabla 14	Inversión social	49
Tabla 15	Puerto Asís - Putumayo. Indicadores de Acceso a la atención y la logística de referencia según afiliación y estatus socioeconómico, 2010	60
Tabla 16	Puerto Asís – Putumayo: determinantes frente al acceso a los servicios de Salud, de acuerdo a los indicadores de la E.S.E. local para el año 2010.	63

Tabla 17	Puerto Asís – Putumayo: determinantes frente al acceso a Servicios de Prevención, de acuerdo a los indicadores de la E.S.E. local para el año 2010
----------	--

64

LISTA DE FIGURA

		Pág.
Figura 1	Diagrama conceptual modelo estándar de control interno ESE Local Puerto Asís	32

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1	Distribución de edad de las madres en atención prenatal de la E.S.E de Puerto Asís	68
Grafica 2	Raza de las madres en atención prenatal de la E.S.E. de Puerto Asís	69
Grafica 3	Distribución de las E.P.S. que poseen las madres en atención prenatal de la E.S.E de Puerto Asís	70
Grafica 4	Régimen de salud que presentan las madres en atención prenatal de la E.S.E. de Puerto Asís	71
Grafica 5	Instituciones de salud comúnmente más utilizadas por las madres en atención prenatal en Puerto Asís	72
Grafica 6	Tipo de enfermedades que presentan las madres en atención prenatal de la E.S.E de Puerto Asís	73

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Instrumento de recolección de información visita de campo	119
Anexo B	Consolidado análisis ruta de la vida, camino a la supervivencia	123

RESUMEN

Título: Factores relacionados con la ocurrencia de las Muertes Perinatales del Municipio de Puerto Asís – Putumayo, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2010.

Descripción: Las muertes perinatales siguen siendo en los últimos años un problema de salud a nivel mundial. Se estima que todos los años mueren cerca de 3,3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida.

Colombia presenta cifras de mortalidad perinatal con tendencia creciente y a pesar que las cifras de mortalidad materna en los últimos años han disminuido, estas son aun altas. Esta situación deja ver que existen fallas en la atención de la maternidad y la promoción de vida segura.

Desde un análisis de las causas de muerte se evidencia que estas son resultado de fallas en los procesos bio-psico-sociales previos a la concepción, del control prenatal, de la atención del parto y de la atención posnatal, mostrando mayores índices de mortalidad materna en las mujeres procedentes de zona rural, o sin acceso al sistema de salud. Lo anterior hace necesario mirar con mayor detalle los procesos de atención de la maternidad y la promoción de vida segura, de modo que permitan identificar en qué puntos en el proceso de la maternidad y los primeros días de vida del niño hay fallas. Esto a través de la construcción y operativización de herramientas para un monitoreo ágil y evaluación continuos de la ruta de la vida, con la adecuada gestión en las diferentes instancias de la información encontrada y con esto lograr tomar medidas con los actores responsables dentro del proceso con oportunidad y eficacia.

Por esta razón y la situación de las muertes perinatales en el municipio de Puerto Asís Putumayo se hace necesario realizar el presente estudio de tipo serie de casos que permita reconocer, describir, analizar y priorizar factores de riesgos que lleven a ejecutar planes de acción para disminuir el número de muertes perinatales prevenibles.

Palabras Claves. Muerte perinatal, Ocurrencia, Mortalidad, Maternidad, bio psicosocial, factores de riesgo.

ABSTRACT

Title. Factors related to the occurrence of the deaths perinatal of the municipality of Puerto Asís - Putumayo; in the period from January to December 2010.

Description of contents. Perinatal deaths continue to be a global health problem in recent years. It is estimated that about 3.3 million children die every year, 2 million do not reach 24 hours and more than 4 million die within the first 28 days of life. So Colombia presents figures for perinatal mortality with a tendency to increase and although the figures of maternal mortality in recent years have declined, for the development of the country, these figures are still high. Situations that indicate something wrong with the processes for motherhood and the first spent in life insurance.

These deaths by analysing them according to cause are the result of faults in the bio psycho social processes prior to the conception of prenatal control, care delivery and the postnatal care, noting important differences according to access demonstrating the greatest reasons for maternal mortality in women from rural area, or without access to the health system. This makes necessary looking in greater detail the processes for motherhood and the first step in the life insurance to identify at what points on the maternity process and the first step in life there are faults, through the construction and implementation of tools for a continuous route of life agile and evaluation monitoring, with the appropriate management in different instances of the information found and take measures with the responsible actors in the process with opportunity and efficiency achieved with this.

For this reason and the situation of perinatal deaths in the municipality of Puerto Asís Putumayo it is necessary to carry out this study of type series of cases that let recognize, describe, analyze, and prioritize risk factors that allow implementing action plans to reduce the number of perinatal deaths preventable.

Key words. Occurrence, mortality, maternity, perinatal death, bio-psychosocial, risk factors.

INTRODUCCION

El evento de Mortalidad Perinatal es considerado un problema de Salud Pública a nivel mundial. En el mundo la ocurrencia es de 6,9 millones de muertes perinatales anuales. En América Latina, la mayor ocurrencia está en el Caribe Latino con 52,8 /1.000 nacidos vivos. En Colombia para el año 2010 la tasa de mortalidad perinatal fue de 19,6 /1.000 nacidos vivos¹. El Municipio de Puerto Asís Putumayo en los últimos años, se ha evidenciado un aumento de este evento; En el año 2005 se presentaron 20 casos, en el 2006 19 casos, en el 2007 16 casos, en el 2008 17 casos, en el 2009 15 casos, y desde enero a diciembre 31 de 2010 es de 20 casos reportados².

De acuerdo con la OMS, los factores relacionados a la presencia del evento están; el bajo nivel socioeconómico, las condiciones geográficas al acceso, el desconocimiento de signos de alarma y los relacionados con la prestación del servicio de salud (calidad, oportunidad, accesibilidad, eficiencia de recursos)³. El Ministerio de Salud y Protección Social prioriza al Binomio madre e hijo como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud a éste grupo catalogado como vulnerable⁴.

Por esta razón y la situación de las muertes perinatales en el municipio de Puerto Asís Putumayo se hace necesario realizar el presente estudio de tipo serie de casos que permita reconocer, describir, analizar y priorizar factores de riesgos que lleven a ejecutar planes de acción para disminuir el número de muertes perinatales prevenibles.

¹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de Mortalidad Perinatal Y Neonatal, 2010.

² SIVIGILA. Informe Secretaria de salud Municipal Puerto Asís – Putumayo, 2010.

³ INTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Epidemiológico Nacional, 2009. Disponible en: www.ins.gov.co

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informes Epidemiológicos, 2010.

1. JUSTIFICACIÓN

La muerte perinatal es un problema de salud Pública que afecta a países en desarrollo (99% de la mortalidad perinatal). De acuerdo con la OMS, los factores relacionados a la presencia del evento están el bajo nivel socioeconómico, las condiciones geográficas al acceso, el desconocimiento de signos de alarma y los relacionados con la prestación del servicio de salud (calidad, oportunidad, accesibilidad, eficiencia de recursos)⁵. Estos últimos por ser prevenibles, son los de mayor impacto en el indicador de mortalidad perinatal. La OMS y la OPS han propuesto estrategias que permitan identificar y mitigar factores de riesgos para disminuir este indicador de mortalidad perinatal. El Ministerio de Salud y Protección Social adopta estas estrategias y da prioridad al Binomio madre e hijo en el sistema de salud como una estrategia para mejorar la accesibilidad en esta población⁶.

En el municipio de Puerto Asís Putumayo se conoce el número de casos de mortalidad perinatal sin embargo no se describen los factores de riesgo prevenibles, no se han priorizado de acuerdo a los planes de mejoramiento y no se ejecutan⁷.

El conocer los factores de riesgo prevenibles (relacionados con la atención) garantiza una mejor intervención y un mayor impacto en la calidad del servicio prestado por lo cual se hace necesario la identificación de estas fallas, priorizarlas y plantear estrategias que permitan disminuir el indicador.

⁵ Óp. cit., ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS, 1995.

⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Informe Mortalidad Perinatal y Neonatal, 2010.

⁷ Óp. cit., IVIGILA, 2010.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad perinatal es un problema de Salud Pública que deja en el mundo alrededor de 6.9 millones de muertes al año.

La Organización Mundial de la salud y la Organización Panamericana de la salud han planteado estrategias para identificar, analizar e intervenir factores de eventos potenciales en la población vulnerable representada en las cuatro demoras. El Ministerio de Salud y Protección Social adopta estas medidas ante los sistemas de vigilancia sin embargo han sido poco ejecutadas en algunos departamentos a nivel nacional.

En el municipio de Puerto Asís Putumayo no se han realizado estudios que describan la mortalidad perinatal en cuestión de factores de riesgos y no se conoce realmente el comportamiento de los problemas frente a la población vulnerable.

Dada esta situación en el Municipio de Puerto Asís Putumayo, se ha visto la necesidad de identificar los factores relacionados con las muertes perinatales y se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores relacionados con la ocurrencia de las muertes perinatales en el Municipio de Puerto Asís Putumayo durante el periodo de enero a Diciembre el 2010?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores relacionados con la ocurrencia de las muertes perinatales en el municipio de Puerto Asís Putumayo en el periodo de enero a diciembre del 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer las condiciones de calidad durante el proceso de atención en la IPS.

Identificar las características del acceso a la atención y la logística de referencia.

Determinar la oportunidad en la decisión y la acción de solicitar atención médica.

Identificar los factores relacionados con el reconocimiento del problema por parte de la madre y/o familia.

Formular estrategias gerenciales para intervención de las características relevantes identificadas en las muertes perinatales ocurridas.

4. ANTECEDENTES

4.1 MORBILIDAD MATERNA Y PERINATAL

Las muertes perinatales sigue siendo en los últimos años un problema de salud a nivel mundial. Se estima que todos los años mueren cerca de 3,3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. En total las muertes perinatales se estiman en 6,9 millones anualmente. En América Latina, el área geográfica que presenta una mayor tasa es el Caribe Latino (52,8 /1.000 nacidos vivos), conformado por Cuba (4.8), Haití (70,8%), Puerto Rico (3,23%) y República Dominicana (21,0%) entre otros⁸.

La Organización Mundial de la Salud refiere que el 99% de la mortalidad perinatal mundial se presenta en los países en vías de desarrollado. A pesar de que únicamente entre 1 y 2 % de las muertes perinatales se presentan en los países desarrollados, allí se generan auditorias y análisis para buscar las causas y tomar los correctivos, en contraste con lo que sucede en los países en vías de desarrollo donde en ocasiones ni se cuentan los muertos y el esfuerzo para identificar al menos las causas médicas es mínimo, es decir que donde más se necesita la información, ésta no existe o es de deficiente calidad⁹.

Colombia presenta cifras de mortalidad perinatal con tendencia al aumento y a pesar que las cifras de mortalidad materna en los últimos años han disminuido, para el desarrollo del país estas cifras son aun altas. Situaciones que indican que algo falla en los procesos para la maternidad y el primer pasó en la vida seguros.

Según causas de muerte en mujeres en embarazo, parto y puerperio se han identificado unos departamentos y municipios con una problemática aún más crítica que otros, encontrándose en algunos municipios cifras inaceptables de mortalidad materna mayores a 1000 muertes por cada 100.000 nacidos vivos¹⁰.

⁸ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de Mortalidad Perinatal Y Neonatal, 2010.

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) y el fondo de Población de Naciones Unidas.1995.

¹⁰ DANE. Estadísticas Vitales. Disponible en: www.Dane.gov.co

Estas muertes analizándolas según causa son resultado de fallas en los procesos biopsicosociales previos a la concepción, del control prenatal, de la atención del parto y de la atención postnatal, observándose diferencias importantes según acceso evidenciándose las mayores razones de mortalidad materna en las mujeres procedentes de zona rural, o sin acceso al sistema de salud.

Lo anterior hace necesario mirar con mayor detalle los procesos para la maternidad y el primer paso en la vida seguros para identificar en qué puntos en el proceso de la maternidad y el primer paso en la vida hay fallas.

La maternidad y primer paso en la vida seguros son fundamentales para todos los departamentos del país, ya que con ello se logra mejorar la calidad de vida de los habitantes, de evitar muertes prevenibles, que marcan de por vida tanto a la madre, como los hijos y sus familias¹¹.

A la fecha de hoy existe suficiente legislación internacional y nacional hacia la garantía de derechos de la mujer y de la infancia, la primera infancia inicia en el vientre materno (DOCUMENTO TOYOTA DNP) y por lo tanto al garantizar estos derechos se mejora la garantía de una maternidad y primer paso en la vida seguros.

4.1.1 Legislación internacional

- Declaración Universal de los derechos Humanos.
- Conferencia del Cairo 1994. Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Convención internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belem do Para Brasil, 1994, Ley 248 de 1995 Colombia.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Copenhague 1980.

¹¹ Resolución 412 del 2002 Con las normas técnicas: detención alteraciones en el embarazo, atención del parto, atención al recién nacido, planificación familiar control del crecimiento.

- Asamblea general naciones unidas, la mujer en el año 2000.

4.1.2 Legislación nacional

- Constitución Política del 1991
- Política Nacional de Salud Sexual u Reproductiva. Ministerio de la protección Social 2004.
- Ley 1098 del 2006 código de la infancia y la adolescencia.
- Resolución 412 del 2000 Con las normas técnicas: detención alteraciones en el embarazo, atención del parto, atención al recién nacido, planificación familiar control del crecimiento.
- Código de procedimientos penal colombiano ley 906 de 2004.
- CONPES 91. Metas del Milenio en Colombia.
- Ley 100 de 1993 Sistema General de seguridad Social en Salud.
- Resolución 3384 de 2000 Promoción y Prevención indicador de gestión.
- Decreto 1011/06 y resolución 1441 de 2013 sistema obligatorio garantía de la Calidad.
- Resolución 425 del 2008. Plan de Salud Territorial
- Resolución 3442 de 2006

- Ley 1122 de 2007, por la que se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Guías de Promoción de la salud y prevención de Enfermedades en la Salud Pública. Basadas en evidencia-PARS 2007.
- Carta circular de lineamientos nacionales para la reducción de mortalidad materna MPS, 2007.
- Decreto 3039 de 2008 Plan Nacional de Salud Pública.
- Resolución 1740 de 2008 Sistema de administración de riesgos para EPS del régimen contributivo.
- Resolución 769 de 2008
- Resolución 1973 de 2008
- Ley 1295 de 1994, atención integral de niños y niñas en la primera infancia de los sectores como nivel 1,2 y 3 del SISBEN.

5. MARCO TEORICO

5.1 MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia¹². Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud. Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación¹³.

El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud¹⁴. Como muerte perinatal se considera todas las muertes ocurridas entre la vigésima octava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento.

Se reconocen las siguientes definiciones alrededor de la muerte fetal y neonatal:

Muerte fetal desconocida: Aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional.

Muerte fetal espontánea: La que ocurre antes de la vigésima semana de gestación.

Muerte fetal temprana: Aquella que ocurre entre el vigésima y el vigésimo séptima semanas de gestación.

Muerte fetal tardía: La que ocurre después de la vigesimooctava semana de gestación.

¹² SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Informe dirección de salud pública, 2010.

¹³ Óp. cit., MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, 2010.

¹⁴ SABOYA, Martha Idali. Mortalidad Materna en Colombia - Tesis de grado, 2009.

Muerte perinatal: Agrupa la muerte fetal tardía y neonatal temprana; es decir, aquella que ocurrió entre la vigesimoctava semana de gestación hasta el séptimo día posparto.

5.2 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En Colombia no se conoce la incidencia exacta de la mortalidad perinatal, porque no se registra en forma rutinaria la muerte fetal tardía. Sin embargo, el análisis de la mortalidad infantil permite un acercamiento a la gravedad del problema¹⁵. En 1996, la razón de mortalidad infantil fue de 28 por 1.000 nacidos vivos, de la cual 8,2 corresponde a mortalidad neonatal temprana, 10,8 a neonatal tardía y 9 a mortalidad postnatal. A pesar del plan de reducción, en los últimos cinco años no se ha observado mejoría en los indicadores.

Según el Ministerio de Salud, las cinco primeras causas de mortalidad perinatal en el país son:

- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Afecciones respiratorias.
- Hipoxia y asfixia al nacer.
- Trastornos digestivos.
- Complicaciones de la placenta y el cordón.

¹⁵ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE PUERTO ASIS PUTUMAYO. Informe dirección de salud pública, 2010.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue Descriptivo Retrospectivo de tipo Serie de Casos

6.2 POBLACIÓN

La población requerida para la realización del estudio fueron todas las muertes perinatales del municipio de puerto Asís en periodo de 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2010.

6.2.1 Definición de caso. Toda muerte del producto de la gestación que ocurre en el periodo de 28 semanas de gestación hasta los primeros siete días posterior a su nacimiento.

6.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO

Primer momento: La captación se realizó en el Hospital Local de Baja Complejidad y en la ESE San Francisco de Asís de Mediana Complejidad mediante Historias clínicas de control prenatal, Historias clínicas de atención del parto, Reportes del SIVIGILA como Unidades de Análisis y Fichas de Notificación.

Segundo Momento: Teniendo en cuenta la falta de datos en las fichas de control prenatal, historias clínicas y reportes presentados por el SIVIGILA se realizaron visitas domiciliarias a las mujeres que presentaron muertes perinatales.

7. CAPITULO I: CONDICIONES DE CALIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS – PUTUMAYO

7.1 ASPECTOS DE ORDEN ADMINISTRATIVO

7.1.1 Historia. La E.S.E. Hospital Local de Puerto Asís nace en junio del año 2000. Surge como una institución descentralizada del orden Municipal, con régimen especial, autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica.

7.1.2 Misión. Prestar servicios de primer nivel de atención en salud, con eficiencia y calidez orientados a la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con talento humano capacitado y comprometido con el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, familia y comunidad Asisense.

7.1.3 Visión. En el 2014 el Hospital Local de Puerto Asís Instalara una nueva estructura de tecnología avanzada, moderna y ágil en la aplicación de todos los procesos administrativos y asistenciales en rutada en la acreditación de sus servicios asistenciales con solidez financiera y posesionada en la región como la mejor prestadora de servicios de salud.

7.1.4 Políticas. Dentro de las principales políticas que maneja la ESE Hospital Local de Puerto Asís se encuentran:

- Satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- Calidad en la prestación de nuestros servicios.
- Desarrollo integral de nuestros empleados.
- Mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales.
- Trabajo en equipo.
- Equidad en la prestación de nuestros servicios.

7.1.5 Servicios

Tabla 1. Servicios.

<i>Servicio</i>	<i>Descripción</i>
<i>Medicina General</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y Diagnóstico • Procedimientos Menores: Inyectología, nebulizaciones, curaciones.
<i>Odontología</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta general • Operatoria • Endodoncia • Periodoncia • Cirugía oral • Higiene oral • Rayos X • Consulta de urgencias
<i>Promoción y Prevención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual • Detección temprana del cáncer de seno • Detección temprana del cáncer de cuello uterino • Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años • Detección temprana de las alteraciones del embarazo • Detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años • Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años • Atención en planificación familiar • Atención del recién nacido • Atención del parto
<i>Promoción y Prevención Odontología</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene oral • Sellantes • Flúor • Detartraje • Educación en salud oral • Control de placa bacteriana.
<i>Promoción y</i>	Prevención diagnóstico y tratamiento de

<i>prevención en Salud Pública</i>	<p>enfermedades de interés en salud pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Diabetes • H. T. A. • Dengue • Malaria • V.I.H.- SIDA • Leishmaniasis • Lepra • Asma • Sífilis.
<i>Vacunación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis: Antituberculosa • BCG: • Poliomiелitis: anti poliomiелítica VOP • Hepatitis tipo B: antihepatitis B • Difteria, tosferina y tétanos: DPT • Sarampión, rubéola, paperas y rubéola congénita: triple viral (SRP), • Tétanos neonatal y difteria: toxoide tetánico/diftérico • Neumonías y meningitis por haemophilus: Influenza • Fiebre amarilla: antiamarilica
<i>Farmacia</i>	<p>Suministramos medicamentos ambulatorios altamente eficientes y confiables los cuales cumplen con las especificaciones técnicas exigidas por el INVIMA.</p>
<i>Apoyo Diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio Clínico • Citologías • Ecografías • Radiografías odontológicas P.A. • Rayos X

7.2 INFRAESTRUCTURA

En la actualidad la ESE cuenta con un Centro de Promoción y Prevención, cuatro Unidades Periféricas y cuatro centros de salud:

Santana, El Jardín, 20 de Julio y Carmelita.

Los centros de salud cuentan respectivamente con consultorios médicos, odontológicos y área de enfermería. Adicionalmente se dispone de 19 puestos de salud, ubicados en el sector rural de Puerto Asís. En los mismos se presta el servicio de Laboratorio Clínico, (Barrio Allende) y Saneamiento básico (Barrio Allende) y de una Unidad médico odontológica, para cubrir veredas de la malla vial del Municipio, como una ambulancia a disposición del sector rural en el corredor Puerto Vega – Teteyé

7.3 PRINCIPIOS CORPORATIVOS Y CODIGO DE ÉTICA

Dentro de los principales principios corporativos que se manejan en la ESE, se encuentran:

Compromiso: Conozco los objetivos estratégicos del hospital y me apropio de ellos, participo en actividades como comités institucionales, procesos de calidad y demás actividades que propendan por el mejoramiento continuo del hospital.

Economía: Soy un servidor público económico cuando apago las luces y equipos electrónicos al salir de mi oficina, utilizo papel reutilizable para documentos internos.

Eficiencia: Soy un servidor público eficiente cuando soy puntual con los horarios laborales además de cumplir con las metas establecidas y haciendo un seguimiento periódico de los indicadores de mi proceso.

Equidad: Cuando respeto a nuestros compañeros y acepto sugerencias.

Honestidad: No me aprovecho de los demás, ni de los bienes ni recursos ajenos, no abuso de la confianza de mis compañeros y mis jefes, soy coherente entre lo que digo y lo que hago, me expreso con la verdad.

Legalidad: Conozco las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones y documentos internos que regulan las actividades que realizo y cumpla y hago cumplir los mismos.

Liderazgo: Cuando con mi buen ejemplo influyo positivamente en los demás, cuando me esfuerzo por adquirir continuamente nuevos conocimientos.

Participación: Tengo en cuenta las sugerencias y necesidades de los usuarios, brindo información oportuna a la comunidad, presento informes oportunos a los entes de control y acepto sugerencias de los mismos.

Pertenencia: Entiendo la misión, visión, objetivos institucionales y política de calidad, acepto y practico los valores y principios institucionales.

Publicidad: Participó activamente de la rendición de cuentas a la comunidad, utilizo adecuadamente los medios de comunicación de la E.S.E., aprovecho la plataforma tecnológica para suministrar información oportuna.

Responsabilidad: Cumplo con mis obligaciones con excelente calidad, en el menor tiempo y costo, acepto con madurez las consecuencias positivas o negativas de mis acciones.

Respeto: Evito las ofensas y las ironías, cuando doy a conocer mi criterio, sin desacreditar el de los demás y acepto mis errores, asumiendo las consecuencias, sin acusar a los demás.

Sensibilidad: Trato con humanidad a mis compañeros y usuarios, me pongo en los zapatos de los demás, no soy indiferente al dolor de los demás.

Solidaridad: Ayudo a mis compañeros de trabajo en alguna dificultad, colaboro con alguna actividad para lograr un objetivo en común, asumo la carga laboral de un compañero que se encuentre en calamidad y/o enfermedad.

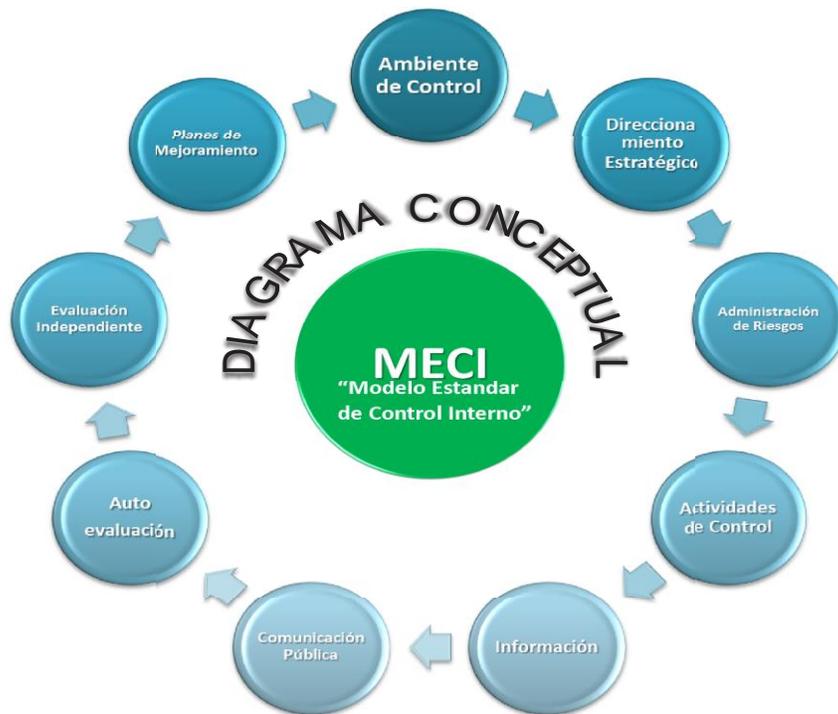
Trabajo en equipo: Uno mis esfuerzos para un fin común, no solo pienso en mis funciones, si no en el cumplimiento de las metas de mi proceso, me relaciono y conozco a todos mis compañeros de trabajo.

7.4 DESARROLLO DE PERSONAL

Dentro de las políticas de calidad del Hospital Local, no solo en la prestación de sus servicios, sino también en lo que corresponde al ambiente de trabajo y a las condiciones humanas, y profesionales de todos y cada uno de sus funcionarios. La Institución cuenta con una serie de estrategias para cumplir con el objetivo de calidad (Ver Figura 1), estas son:

- Planes, Programas y Procesos Institucionales para el desarrollo del Talento Humano
- Planta de Personal
- Plan de Capacitación Talento Humano

Figura 1. Diagrama conceptual modelo estándar de control interno ESE Local Puerto Asís.



Fuente: Tomado de: Plan Estratégico ESE Local Puerto Asís, 2007

7.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



7.6 LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

Hoy en la salud colombiana, se ha considerado por la ley que los hospitales y clínicas en general se encuentran en la responsabilidad y compromiso de ofrecer al paciente, a la familia y a la comunidad, servicios médicos oportunos y de óptima calidad. Teniendo en cuenta que se deben seguir unos criterios de habilitación en donde se indican los parámetros fundamentales con que se debe contar al poner en funcionamiento una clínica u hospital.

Para ello se debe contar con un grupo humano profesional encaminado hacia la salud de los pacientes y con el servicio que se presta. Es así de la misma manera que se debe contar también con las instalaciones físicas óptimas para la prestación del servicio y con tecnología que permita establecer un diagnóstico confiable para el paciente, que le permita de esta forma ejecutar un tratamiento adecuado¹⁶.

Las variables que permite la normatividad regida a través del proceso de habilitación de clínicas y hospitales en Colombia, facilita las condiciones generales que se tienen que dar de manera exponencial, favoreciendo siempre a los pacientes en cuanto a un servicio eficiente, eficaz y de excelente calidad¹⁷. Es claro analizar que frente a las actividades que se realicen en pro del servicio que prestan las clínicas y hospitales se pueden enfocar los procesos medibles desde el punto de vista de indicadores que facilitan el mejoramiento continuo de los procesos de atención de los clientes y la recuperación del mismo.

Es sabido que el Sistema Único de Habilitación se fundamenta dentro de la Resolución N°.1441 de 2013, por el cual se determinan las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, pauta principal para desarrollar el proceso de Habilitación.

Cabe denotar, que el proceso de habilitación implica una orden cultural de mejoramiento continuo a partir del ajuste y medición al cumplimiento de objetivos y alcances. Dichos procesos deben ser auditados de manera permanente garantizando siempre el cumplimiento de un servicio seguro y óptimo. Es decir que la habilitación le permite a las clínicas y demás entidades prestadoras de salud, obtener un alto estándar en donde todas las variables de análisis son de igual importancia, para ello exige un nivel adecuado de cumplimiento y seguimiento de los procesos, fortalecimiento al trabajo en equipo y una concienzuda mirada hacia adentro de las organizaciones a partir de una manera objetiva estableciendo planes de acción con medición, buscando siempre el mejoramiento continuo¹⁸.

¹⁶ CASTAÑO, R. A.; ARBELÁEZ, J.; GEIDIÓN, U. y MORALES L. G., Evolución de la equidad en el Sistema colombiano de salud. Cepal. Serie Financiamiento del Desarrollo. N. 108. Santiago de Chile. Mayo. 51 páginas. 2001.

¹⁷ ECHEVERRY, L. María Esperanza, La salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la desigualdad y la violencia. Folleto publicado por la Corporación Viva la Ciudadanía, como documento preparatorio del Primer congreso nacional por la salud: el derecho a la salud, una vía hacia la paz. Bogotá. Agosto 2001.

¹⁸ ÁLVAREZ C, Luz S. El derecho a la salud en Colombia: Una propuesta para su fundamentación moral. Revista Panamericana de Salud Pública 18(2). 2005.

El proceso organizativo del sector salud los últimos años en Colombia, facilitó, que el antiguo sistema nacional de salud se enfocara en un sistema moderno de seguridad social en salud, el cual ha tenido que llevarse a cabo en una crisis hospitalaria progresiva, junto con la demanda excesiva de servicios de la población de orden vinculada¹⁹, dando como resultado el aumento de quejas, demandas y tutelas por malos servicios e inadecuados procedimientos.

Es así, que cuestiones como el retraso en la asignación de citas de especialistas, sus costos, la dificultad en la consecución de medicamentos y la falta de información al usuario, son algunas de las fallas que se han analizado en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, que van en contra de la estabilidad de la justicia social y sanitaria.

De otro lado, la no orientación en áreas tales donde no hay acciones tendientes a los servicios de salud, las diferencias en los niveles de desarrollo de la red de Instituciones prestadoras de servicios a nivel municipal, el bajo nivel de programas específicos, constante inequidad en la distribución de personal médico, desviación de recursos a favor de intermediarios financieros, dan una perspectiva no muy favorable del mejoramiento de la calidad en los servicios de salud²⁰.

En relación a lo anterior es importante tener en cuenta el enfoque legal que en Colombia tienen los procesos de calidad en los servicios de todas y cada una de las entidades de salud. Trascurría el año de 1991, en el cual se llevó a cabo la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

Es así, que este nuevo enfoque legislativo modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley

¹⁹ HERNÁNDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. En Cuadernos de Salud Pública 18(4). PP 991-1001. Río de Janeiro, (Jul-Ago.) 2002

²⁰ Óp. cit., ÁLVAREZ C., 2005.

100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Habilitación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

De la misma forma, durante este tiempo, el Ministerio de Salud, bajo el concepto de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto. Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación.

Pero a pesar de todos estos enfoques legislativos, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue postpuesto y el manual no fue difundido. En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos para prestación de servicios de salud.

Trascurrieron cuatro años para que el Ministerio de Protección Social contratara la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in HealthCare), con su programa ALPHA, (Agenda for Leaders hip in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial. Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el

ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS.

Es así, que el denominado Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó bajo la Resolución 1445 de 2006 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 1011 de 2006, en el que se dispone:

“El Sistema único de habilitación Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”

Y define sus características así:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Por otro lado, en el último Decreto que se mencionó a su vez se establecieron como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes: La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

Es claro que los estándares del sistema deben estar sometidos de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud. El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema. Para divulgar esta decisión, el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC realizaron varios eventos en las ciudades de Bogotá, Medellín, Manizales, Barranquilla y Cali, con la asistencia de representantes de los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Sociedades Científicas y Agremiaciones, durante los meses de febrero y marzo del 2004. Durante los meses de abril a junio del 2004 se diseñó el servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación.

7.7 ESTANDARES DE CALIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS – PUTUMAYO

Dentro del enfoque que establece las condiciones frente al propósito de los medios tecnológicos y científicos del proceso de la atención se encuentra el otorgar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de los servicios de la ESE.

Establecer estándares esenciales establece que no son procesos exhaustivos ni deben abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio.

Es decir, que si los estándares son realmente esenciales, la no obligatoriedad radica en que el Estado permita la prestación de un servicio de salud a conciencia de que el usuario está recibiendo servicios que generan un riesgo. Por ende, los estándares que se manejan en la ESE de Puerto Asís, atiende tres principios básicos:

Fiabilidad: Entendida como la forma de aplicación y verificación de cada estándar que debe ser explícita y clara, lo que permite una verificación objetiva y homogénea por parte de los verificadores.

Esencialidad: Reúne a todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica constituyendo requerimientos que protegen la vida, la salud y la dignidad de los usuarios, de los riesgos que atentan contra dichos derechos, durante la prestación de servicios de salud.

Dentro del grupo de los estándares esenciales se coordina el proceso que implica que no son exhaustivos ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de la E.S.E., incluyen únicamente aquellos cuya ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio.

Se estableció, que durante la estructuración de los estándares, se identificó que no solo el enfoque preventivo, sino también es de especial relevancia contemplar los riesgos derivados de la inoperancia del servicio prestado. La mejor manera de explicar este tema es con los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Es así, que el llevar a cabo los requisitos, tanto por los prestadores como por los funcionarios de vigilancia y control, resulta incluso más importante que el mismo requisito identifica el riesgo que se pretende prevenir y la pertinencia del requisito que se esté aplicando.

Basado en la Resolución 1441 de 2013, la ESE de Puerto Asís establece los siguientes Estándares de calidad:

Estándar 1. Recursos Humanos. Se le define para el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

Estándar 2. Infraestructura - Instalaciones Físicas – Mantenimiento. Se le denomina a las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Estándar 3. Dotación – Mantenimiento. Hace parte de los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.

Estándar 4. Medicamentos y Dispositivos Médicos- Gestión de Medicamentos y Dispositivos. Se enfoca en el diseño y aplicación de los procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Estándar 5. Procesos Prioritarios Asistenciales. En él se encuentra documentados todos los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Estándar 6. Historia Clínica y Registros Asistenciales. Establece los procesos a través de un diseño que garantice que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

Estándar 7. Interdependencia de Servicios. Se le consideran a todos aquellos servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización

oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Estándar 8 – Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Se definen las guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

- **Características Socio Laborales de la E.S.E.** La E.S.E de Puerto Asís, contaba en el 2010 con un equipo de trabajo que presento las siguientes características:

Tabla 2. Distribución del personal por género.

CLASIFICACION DEL PERSONAL POR GENERO			
VARIABLE	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Vinculación Laboral	34	94	128
Porcentaje	26%	74%	100%

Fuente: ESE Puerto Asis

Se puede observar que el personal que laboro en la ESE era predominante el género femenino; las funciones asistenciales en su gran mayoría eran realizadas por Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería y Área administrativa en general.

Tabla 3. Clasificación del personal por edades.

CLASIFICACION DE PERSONAL POR EDADES									
VARIABLE	- 20	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	+ 50	TOTAL
Vinculación Laboral	2	33	37	28	17	7	2	2	128
Porcentaje	1.9	25.5	28.7	21.6	13.2	5.6	1.9	1.6	100

Fuente: ESE Puerto Asís.

Podemos resaltar que el 56.1% del total de los trabajadores tienen una edad inferior a 30 años, debido a que es una empresa joven la cual ha vinculado preferiblemente gente de pocos años de experiencia laboral con el objetivo de formarla y desarrollarla.

Tabla 4. Antigüedad del personal.

INGRESO PERSONAL POR AÑO			
AÑOS	2008	2009	2010
Personas	35	47	46
Porcentaje	27%	37%	36%

Fuente: ESE Puerto Asis

Tabla 5. Tipo de vinculación laboral.

CLASIFICACION DE TRABAJADORES POR CONTRATOS	
TIPO DE CONTRATO	PORCENTAJE
Carrera Administrativa	11%
Libre nombramiento y remoción	88%
Provisionales	1%
TOTAL	100%

Fuente: ESE Puerto Asis

Tabla 6. Clasificación del personal por género.

CLASIFICACION PROFESIONALES DE LA SALUD POR SEXO		
MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
21	11	32
65.6%	34.4%	100%

Fuente: ESE Puerto Asís.

Contrario al personal que se encuentra vinculado laboralmente a la ESE, el género masculino en los profesionales de la salud es el más representativo con un 65.6% debido a condiciones externas de selección en el género masculino.

Tabla 7. Clasificación del personal por especialidades.

PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD	
ESPECIALIDAD	NUMERO
Anestesiología	2
Oftalmología	1
Cirugía General	6
Ginecología	2
Pediatría	3
Internista	2
Ortopedia	2
Odontología	3
Otorrinolaringología	1
Fisioterapia	4
Bacteriología	4
Médicos Generales	12
TOTAL	42

Fuente: ESE Puerto Asis.

Tabla 8. Causales de ausentismo laboral.

AUSENTISMO POR CAUSAS				
VARIABLE	ENFERMEDAD COMUN	ACCIDENTE DE TRABAJO	LICENCIAS DE MATERNIDAD	ENFERMEDAD PROFESIONAL
No. de Personas	402	65	26	0
Tiempo (días)	4.443	71	2.184	0
Índices	1.92	0.03	NO APLICA	0
Costos	\$ 16.626.745	\$ 1.493.562	\$ 50.615.399	0

Fuente: ESE Puerto Asis.

Durante el año de 2010 la enfermedad común causó el mayor índice de ausentismo laboral llegando a ser el 1.92. El costo por ausentismo en el periodo de 2010 fue de \$ 68.735.706; el cual lo asume la empresa, los trabajadores y las instituciones de seguridad social.

Tabla 9. Causas de retiro de personal.

RETIRO DE PERSONAL POR CAUSAS		
RETIROS	CAUSAS	PORCENTAJE
10	Renuncias Voluntarias	32.9
20	Terminación de Contrato	64.5
1	Despido por justa causa	2.62
TOTAL		100

Fuente: ESE Puerto Asis.

La renuncia voluntaria sigue siendo una de las causas más predominantes de los retiros de personal de la Institución (32.9%). Analizando los motivos que pueden llevar a esta situación se encuentran la falta de vocación hacia el sector salud y la búsqueda de nuevas oportunidades en otras empresas.

Tabla 10. Rotación del personal.

ROTACION DE PERSONAL		
VARIABLE	No. DE PERSONAS	INDICE
Ingresos	31	23.9
Egresos	30	23.36

Fuente: ESE Puerto Asis.

El índice de ingreso es la relación entre el número de trabajadores que ingresaron en el año 2010 y el número de trabajadores promedio del mismo año. El índice de egreso es la relación entre el número de trabajadores salientes en el año de 2010 y el número de trabajadores promedio del mismo año. Se observa una diferencia poco significativa entre el índice de ingreso y egreso, esto representa que el personal que se retira por los diferentes motivos enunciados anteriormente ha sido remplazado en su totalidad, podemos decir

entonces que mantiene un equilibrio entre el personal saliente y entrante en la institución.

Comunicación para lograr el Sentido de Pertenencia a la Empresa. La información que se maneja en la Institución es en forma ascendente y descendente a través de los grupos primarios, reuniones mensuales y circulares.

Grupos Primarios. En cada reunión, los integrantes del grupo, plantean soluciones, aportan sugerencias de los inconvenientes que se generan, logrando con ello:

- Garantizar el trabajo en equipo
- Mayor integración del área
- Mayor compromiso con las decisiones del grupo
- Toma de decisiones objetivas

Reuniones con el Personal. Periódicamente se hace una reunión con todo el personal de la ESE, donde el director da información general sobre la situación actual de la Institución, sus cambios y sus proyecciones.

No. de reuniones durante el 2010: 5

Circulares. Son utilizadas en forma descendente es decir cuando el director, subdirector o jefes de departamento quieren transmitir una información de carácter general a sus trabajadores.

Plan Integral de Mejoramiento Interno. Sistema a través del cual todos los miembros de la Institución pueden presentar sugerencias que contribuyen a su mejoramiento.

Tabla 11. Sugerencias al plan de mejoramiento interno.

SUGERENCIAS PLAN INTEGRAL DE MEJORAMIENTO INTERNO DEL 2010				
PRESENTADAS	APROBADAS	NO APROBADAS	A MEJORAMIENTO	IMPLEMENTACION
113	75	34	4	51

Fuente: ESE Puerto Asis

Manejo de la Comunidad- Relaciones y Atención. Comprende las relaciones que la Institución establece con la Comunidad local, la sociedad y el sector en general.

Comunidad Local. Corresponde el compromiso de la ESE, en el deseo de contribuir a la solución de los problemas locales.

La ESE, en el 2010 vinculó el mayor número de personas pertenecientes al Departamento de Putumayo y sus alrededores. Igualmente se puede resaltar que el 8% de los empleados provienen de otros Departamentos de Colombia.

Tabla 12. Clasificación del personal por lugar de origen.

CLASIFICACION POR PROCEDENCIA		
PROCEDENCIA	No. DE TRABAJADORES	PORCENTAJE
Putumayo	118	92.1%
Otros departamentos	10	7.8%
Extranjeros	0	0
TOTAL	128	100

Fuente: ESE Puerto Asis.

En el 2010 el mayor número de personas vinculadas a la ESE, pertenecen al Departamento del Putumayo. Igualmente se puede resaltar que el 7.8% de los empleados provienen de otros departamentos de Colombia.

Servicios Prestados a la Comunidad. Dentro de los servicios que presta la institución está el de la clasificación socioeconómica en dos tipos: Fundacional D-E y el Institucional A-B-C, la cual se le aplica a los pacientes de Urgencias, Hospitalización y Consulta General y/o especializada, teniendo en cuenta las siguientes características:

- No deben tener seguridad social ni contribuyente, ni subsidiada
- El médico debe remitir al paciente sugerido, por la necesidad que esté presente.

Al paciente o al familiar directo se le realiza una entrevista social, para definir su capacidad socioeconómica. Las categorías que maneja la ESE, son las siguientes:

Tabla 13. Categorías clasificación socio económica.

PORCENTAJE CANCELADO				
CATEGORIA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C	CATEGORIA D	CATEGORIA E
100%	90%	80%	70%	60%

Fuente: ESE Puerto Asis

Durante el 2010 el mayor número de pacientes atendidos fueron por empresas representadas en un 87,1% es decir, por los regímenes contributivo y subsidiado, prepagado y particulares, seguido de los fundacionales D-E con un 8.12%. Es importante resaltar que los pacientes atendidos con clasificación socioeconómica durante el año de 2010, recibieron un subsidio de la Institución por un valor de \$ 58.184.638.

Características Demográficas de los Pacientes. La ESE, ofrece a sus usuarios diferentes áreas de servicios que le permiten el cubrimiento de casi todas las especialidades médicas, para garantizar una atención de calidad.

Edad de los Pacientes. Del total de usuarios que acudieron a los diferentes servicios ofrecidos por la Institución durante el 2010, la mayor parte de estos, se encuentran entre los 15 y los 44 años de edad; en total acudieron 4.580

personas en este grupo de edad. De igual forma el mayor número de pacientes atendidos se presentó en el servicio de consulta de los programas de la misma.

Clasificación Pacientes atendidos por Género. De la clasificación de usuarios por género se puede observar que el género femenino representa más del 50% del total con 5.661 atendidos durante el 2010, en comparación con el género masculino.

Procedencia de los Pacientes Atendidos. Un alto porcentaje de los pacientes atendidos en la Institución proceden de Puerto Asís y pueblos aledaños (54.9%), esto se explica por la ubicación geográfica de la ESE. Igualmente, se puede resaltar que hay un número significativo de pacientes provenientes de otras regiones del país (12.1%). Esto demuestra que los objetivos planteados con la Visión y la Misión de la Institución se están logrando.

Servicios Asistenciales. Los pacientes remitidos por otras instituciones de salud y del régimen subsidiado, al igual que los de las entidades prepagadas durante el 2010 es el número más alto que en los tres años se han tenido con un 61,8%, seguido de los particulares con un 26.7% y en menor proporción los que presentan clasificación. Es importante aclarar que un alto número de pacientes atendidos en Consulta General tuvo clasificación socioeconómica.

Proyección Social hacia la Comunidad. El grupo poblacional atendido en el 2010, la atención y cuidado especializados de la ESE, a través de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto en la zona rural como urbana del Departamento. Estas actividades se centraron principalmente en tres programas básicos que permitieron el cumplimiento de las metas propuestas.

Educación a la Comunidad: Programa a través del cual se brinda capacitación sobre los hábitos saludables, en aras de modificar los que generan riesgos para la salud.

Detección Precoz de Casos: Permite el diagnóstico de los problemas de salud existentes en la población antes de ser irremediables.

Atención Especializada: Brinda la posibilidad de acceder a los servicios de salud a quienes viven en lugares alejados, o no tienen la capacidad económica para obtener atención especializada.

Tabla 14. Inversión social.

RELACION DE LA INVERSION SOCIAL 2010	
Programas de Prevención	\$ 65.735.348
Programas de salud Escolar	\$ 8.086.296
Programa de Educación comunitaria	\$ 4.514.211
Programas Planificación Familiar	\$ 43.054.399
Programas de Entrega de Bienestarína	\$ 132.432
Programas de Tamizaje	\$ 411.480
Programas de Cirugía Social	\$ 288.569.959
Brigadas/campañas	\$ 4.978.173
Programas de Diabetes	\$ 42.072.230
Programa Cáncer de Mama	\$ 16.435.870
Programas de Vigilancia Epidemiológica	\$ 21.855.622
INVERSION 2010	\$ 512.245.125

Fuente: ESE Puerto Asis.

Dentro de la Inversión Social en los programas hacia la comunidad la ESE presentó en el 2010 los siguientes resultados:

Matriz DOFA, ESE de Puerto Asís, 2010.

• **Identificación de Fortalezas y Debilidades**

A: ALTO M: MEDIO B: BAJO

CAPACIDAD DIRECCION ADMINISTRATIVA	FORTALEZA			DEBILIDAD			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
<ul style="list-style-type: none"> • Personal Profesionalizado e Idóneo • Acogida y buena imagen dentro de la población • Falta de organización funcional, manual de funciones y procedimientos • Falta de liderazgo para llevar a cabo planes y propuestas • Falta de gestión para la solución de problemas en el área • Poco sentido de pertenencia empresarial 	X							X	
	X							X	
					X		X		
				X				X	
					X			X	
					X			X	

CAPACIDAD TECNICA DEL AREA DE DIRECCION ADMINISTRATIVA	FORTALEZA			DEBILIDAD			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con instalaciones buenas y accesibles. • Cuenta con elementos instrumental suficiente. • Cuenta con todos los elementos para la labor • Ausencia de equipos tecnológicamente capaces para la labor del área 	X							X	
	X							X	
	X							X	
					X		X		

CAPACIDAD TALENTO HUMANO	FORTALEZA			DEBILIDAD			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
<ul style="list-style-type: none"> • Excelente equipo humano de profesionales honestos, responsables y especializados. • Capacitación continua de personal con respecto a los procesos de calidad • Selección de personal de acuerdo a su experiencia laboral e idoneidad. • Falta de Auditoría. • Incumplimiento de horarios por parte del personal administrativo 	X							X	
					X			X	
	X							X	
					X			X	
				X				X	

CAPACIDAD FINANCIERA	FORTALEZA			DEBILIDAD			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
<ul style="list-style-type: none"> • Propuestas de intervención financiera y administrativa para mejorar los procesos • No cuenta con presupuesto propio, existe déficit. 	X							X	
	X							X	

- Oportunidades y Amenazas- Factores Claves de Éxito:

CAPACIDAD DIRECCION ADMINISTRATIVA	OPORTUNIDAD			AMENAZA			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
• Asesoría de calidad por entidades externas(icontec)	X							X	
• Se tiene oportunidad de asistir a educación continua	X							X	
• La mayoría del recurso humano es excelente	X						X		
• Posibilidad de contratos inter-institucionales	X							X	
• La competencia existente en el área de influencia					X			X	
• Insatisfacción de los clientes por prestación de servicios de baja calidad.				X				X	
• La institución está estratégicamente ubicada		X						X	
• Inestabilidad económica del país.					X			X	
• Financiación por parte de entidades externas	X							X	
• Manejo de equipos por personal capacitado y experimentado.	X							X	
• Pueden llegar a ser insuficientes las instalaciones del área.					X			X	

• **Compilación Matriz DOFA**

	<p>OPORTUNIDADES(O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoría de calidad por entidades externas(Icontec) 2. Se tiene oportunidad de asistir a educación continua. 3. La institución está estratégicamente ubicada. 4. Posibilidad de contratos inter-institucionales 5. Financiación por parte de entidades externas. 	<p>AMENAZAS(A)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insatisfacción de clientes por prestación de servicios de baja calidad. 2. Inestabilidad política y económica del país. 3. Puede llegar a resultar ineficiente las instalaciones del área.
<p>FORTALEZAS(F)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con personal idóneo, honesto, responsable, experto y humano. 2. Cuenta con buenas instalaciones 3. Buenos elementos necesarios para prestar el servicio de salud. 4. Acogida y buena imagen dentro de la población 5. Tarifas competitivas 6. Alta, mediana y baja tecnología. 7. Convenios con las E.P.S. 	<p>ESTRATEGIAS(FO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación a personal, actualización permanente de normas. 2. Prestar servicios de salud con calidad a costo razonable. 3. Entrenar personal que brinde información al usuario. 4. Hacer mantenimiento constante a instalaciones y equipos. 5. Capacitación a empleados que utilicen tecnologías, equipos. 	<p>ESTRATEGIAS(FA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación a clientes sobre derechos del paciente. 2. Preparar personas que se encarguen de orientar e informar el proceso de atención. 3. Aumentar relaciones inter-institucionales 4. Mantener tarifas competitivas 5. Cumplir con la legislación actual.
<p>DEBILIDADES(D)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No existe auditoría por áreas 2. Falta de liderazgo para 	<p>ESTRATEGIAS(DO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar asesoría de calidad y certificación. 	<p>ESTRATEGIAS(DA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar la creación de auditoría médica.

llevar a cabo planes y propuestas. 3. Incumplimiento de horarios por parte de personal médico 4. Existe déficit, no cuenta con presupuesto propio.	2. El personal del área conozca la estructura funcional y orgánica. 3. Unir toda el área de consulta externa en un solo bloque. 4. Utilizar al máximo la demanda progresiva de servicios de salud.	2. Gestionar asignación de presupuesto para inversión en el área. 3. Adecuación y ampliación del área.
--	--	---

Análisis Estratégico proyectado 2010- 2014

- **Estrategias Ofensivas**

Prestar servicios de salud con calidad a costo razonable: la ESE, ofrece este servicio para que los usuarios de bajos recursos puedan acceder a ellos.

Buscar asesoría de calidad y certificación: la entidad cumpla con los requerimientos que exige el estado, para el mejoramiento de servicios en cuanto a salud y saneamiento ambiental.

Utilizar al máximo la demanda progresiva de servicios de salud: ofrecer los servicios a los usuarios para suplir sus necesidades.

- **Estrategias Defensivas**

Gestionar la puesta en marcha lo establecido por el área de auditoría por áreas: Esto se hace con el fin de brindar servicios con excelente calidad, así como se requiere exigencia del personal, para mejorar cada vez más.

Aumentar relaciones Inter. - institucionales: la entidad busca tener nuevos convenios con otras entidades, para ofrecer más servicios a sus clientes.

Buscar personas que se encarguen de orientar e informar el proceso de atención: Tener personal capacitado para poder orientar a la gente que recurra en ese momento al servicio.

- **Estrategias Genéricas**

Ampliar las áreas de servicio al cliente: Que haya variabilidad de servicios en la entidad para cubrir las necesidades de los clientes.

Capacitación permanente al personal: El personal se esté actualizando, para ofrecer una mejor atención.

Luchar por obtener mayores posibilidades financieras que hagan de la entidad una ESE, con éxito tanto médico, administrativo, como financiero.

8. CAPITULO II. CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO A LA ATENCIÓN Y LA LOGISTICA DE REFERENCIA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS

En Colombia actualmente la salud no es solo considerada como la ausencia de enfermedad sino también la capacidad de las personas para llevar a cabo todo tipo de potencialidades a lo largo de la vida, por ende desde dicha perspectiva se reconoce la salud como un activo que los individuos poseen y que a la vez se convierte en un favor importante para el desarrollo económico²¹; de tal forma que si los agentes pueden acceder a los recursos que les facilite aprovechar todo su potencial en salud las posibilidades de generar bienestar y rendimientos futuros en la economía se incrementan.

Dentro de la estructura que se maneja en el presente documento es importante identificar y analizar las diferentes características correspondientes al tema del acceso frente a la atención y la logística de referencia de la E.S.E. Hospital Local de Puerto Asís, obtenido a partir de la recolección de la información y los documentos emitidos por la institución durante el año 2010 respectivamente, como se puede determinar a continuación.

En Puerto Asís, el panorama actual en lo que respecta al desarrollo social en términos de equidad es preocupante, puesto que la iniciativa de la Alianza por la Equidad, establecida por el Gobierno nacional en la ley 100, se reconoce en este caso de Puerto Asís la inequidad y el bajo desarrollo humano integral de la población como el macro problema del Departamento²².

A raíz de lo anterior se ha entendido el acceso a los servicios de salud como el proceso mediante el cual se puede establecer la necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, y que satisfaga completamente, para lo cual se distinguen tres alcances para su estudio como son: lo estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta; el intermedio, que además de lo

²¹ GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Observatorio seguridad social 2005;(10):1-12.

²² TONO T. Acceso a los servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. Coyuntura Social 2000;(23):143-167

anterior, adiciona la continuación de la atención y el amplio, que agrega el deseo por la atención específica y por ende el proceso como tal²³.

En este orden de ideas, el caso de la salud en Puerto Asís-Putumayo, presenta grandes disparidades en materia de morbilidad evitable, nutrición, mortalidad infantil y esperanza de vida, según las estadísticas emitidas por la secretaria de Salud Departamental y el Ministerio de la Salud y la Protección Social, en su último informe nacional del 2011²⁴. De la misma forma, en el régimen subsidiado las barreras económicas y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a servicios de salud, de modo que aunque la persona pueda llegar a consulta médica, tiene dificultades para continuar y finalizar de forma adecuada el proceso.

A partir de la concepción teórica establecida por Aday y Andersen²⁵, se establecen niveles que determinan el acceso a los servicios de salud, de acuerdo a la relación que se vislumbra a través de determinantes individuales, institucionales y sociales, como son: a) Político: reconocidas como aquellas acciones planeadas y dirigidas por el Estado para definir un mejoramiento frente al acceso a los servicios de salud, ya que muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, identificadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; b) Acceso potencial: Se determina como la interacción entre las características del sistema de salud y las de los individuos, de la cual se establecen estrategias enfocadas a partir de los sistemas de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes; y c) Acceso real: entendido como los determinantes a partir de los objetivos establecidos en el sistema de salud que resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios y su satisfacción respectiva²⁶

²³ VARGAS I., VÁZQUEZ M, y JANÉ E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cuadernos de salud pública 2002;18(4):927-937

²⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Informe anual de Estadísticas en Salud Pública, 2011.

²⁵ ADAY L, y ANDERSEN R. A framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974;9(3):208-20.

²⁶ RESTREPO J, ; ECHEVERRI E,; VÁSQUEZ J, y RODRÍGUEZ S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.

Frente al análisis correspondiente al acceso a la atención y la logística de referencia de la E.S.E. de Puerto Asís, es necesario visualizar analíticamente algunos indicadores como son: gasto total agregado (desde los índices de alto, medio y bajo), tipo de afiliación a la seguridad social (régimen contributivo, régimen subsidiado y ninguna afiliación), edad, género, ubicación geográfica (zona urbana y zona rural), nivel de escolaridad,(ninguna, primaria, bachillerato y superior), estado de salud-desde un autoconcepto (malo o regular y bueno o muy bueno).

A partir de dichas estimaciones solo se tomaron los datos correspondientes a las atenciones realizadas en la institución durante el 2010 y a pacientes con más de 15 años, para evitar el problema de sesgo que se presenta con el indicador de nivel de escolaridad, debido a que los menores no han tenido la posibilidad de decidir hasta donde educarse y por lo tanto en esta cohorte no existe suficiente variación de esta variable explicativa para que sea de verdad un determinante, por otra parte las categorías de referencia para interpretar los valores expresados son: ninguna educación, gasto bajo, ubicación rural, no afiliado, estado de salud malo o regular y género femenino.

En lo que respecta al concepto del gasto total agregado que presenta la E.S.E., se puede determinar que es más alto el porcentaje de personas en el régimen contributivo (52,7%), y al mismo tiempo, conforme aumenta el estatus socioeconómico decrece el aseguramiento en el régimen subsidiado (66,4% para el nivel bajo y 9,5% para el nivel alto), acompañado de una disminución significativa de la población no asegurada (44,3% para el nivel bajo y 20,4% para el alto).

Dentro de los valores que se identifican más bajos se encuentra aproximadamente la mitad de la población la cual no cuenta con ningún tipo de seguro, demostrando la inequidad en la afiliación en el Departamento, de la misma forma se observa que las estrategias de focalización no han sido lo suficientemente efectivas, pues un 9,5% de las personas del percentil superior de gasto se encuentran afiliadas en el régimen subsidiado. Estos datos anteriormente descritos se encuentran definidos en la Tabla 2.

En lo que respecta al grado en el estado de salud visualizado por cada una de las personas, el 75% de la población reporta un estado de salud bueno o muy bueno, mientras el 22% reporta un estado regular y 3% asegura que es malo, de la misma forma se determina la existencia de diferencias entre la percepción sobre el estado de salud del individuo y el régimen al cual pertenece; así, las personas afiliadas al régimen contributivo tienen una mayor probabilidad de

tener un muy buen estado de salud, mientras las pertenecientes al régimen subsidiado o sin ningún tipo de afiliación tienen mayor probabilidad de reportar regular o mal estado de salud comparado con el contributivo, cabe mencionar la presencia de una mayor proporción de personas que padecen enfermedades crónicas en el régimen contributivo, aunque en el subsidiado es mayor frente a la proporción que padece algún tipo de enfermedad crónica pero que desafortunadamente no consultan periódicamente.

Cabe mencionar, que la población que hace parte del percentil inferior del gasto presenta una mayor probabilidad de sentirse con un estado de salud regular o malo, por lo cual son aquellos que emplean en mayor medida los servicios de salud, y, como consecuencia llevan a cabo más pagos como porcentaje de su renta en forma de copagos o pólizas de seguro, puesto que en regulación respectiva, el efecto que produce es que las personas que no tienen afiliación presentan un mayor gasto de bolsillo en hospitalización, consultas y medicamentos comparados con quienes se encuentran en el régimen contributivo ya que con los afiliados al subsidiado no existe diferencia significativa, lo cual es evidencia de rezagos en la equidad en Puerto Asís - Putumayo, en lo relacionado con financiamiento.

Tabla 15. Puerto Asís - Putumayo. Indicadores de Acceso a la atención y la logística de referencia según afiliación y estatus socioeconómico, 2010.

INDICADOR	AFILIACION			NIVEL DE GASTO		
	Contributivo	Subsidiado	Ninguna	Alto	Medio	Bajo
Estado de salud						
Muy bueno/Bueno	0,7847	0,6672	0,7529	0,8193	0,7506	0,6837
Regular/Mal	0,2153	0,3328	0,2471	0,1807	0,2494	0,3163
Problemas de acceso y Logística en el 2010						
Si	0,1666	0,0952	0,1004	0,1592	0,1327	0,0878
No	0,8394	0,9048	0,8996	0,8408	0,8673	0,9122
Logística de Referencia frente a la Consulta						
Si	0,6208	0,3914	0,2992	0,6471	0,4341	0,3065
No	0,3792	0,6086	0,7008	0,3529	0,5659	0,6935
Acceso a los Servicios						
Si	0,8224	0,8291	0,5739	0,8250	0,6820	0,7313
No	0,1776	0,1709	0,4261	0,175	0,318	0,2687
Remisión Especializada						
Si	0,2597	0,1416	0,1835	0,2665	0,2233	0,106
No	0,7403	0,8584	0,8165	0,7335	0,7767	0,894
Entrega de Medicamentos						
Todos	0,5510	0,4303	0,0116	0,4373	0,47	0,1834
Algunos	0,2130	0,2756	0,0000	0,2005	0,1221	0,2107
Ninguno	0,2360	0,2942	0,9884	0,3622	0,4079	0,6059
Proporción Gasto en Salud/Gasto Total de	0,0664	0,1386	0,1815	0,0820	0,0523	0,2254

Inversión						
Razones de No Acceso						
Causales leves	0,5661	03555	0,2062	0,4805	0,3262	0,3154
Falta de Dinero	0,1294	0,4059	0,6569	0,2583	0,4927	0,4590
Otras Causas	0,3045	0,2387	0,1368	0,2612	0,1810	0,2258

Fuente: Autoría Propia con base en fundamentación otorgada por la E.S.E. de Puerto Asís – Putumayo.

Frente al acceso en la atención, se puede determinar que no se presenta la existencia de diferenciación en la probabilidad de acceder a un médico o institución de salud entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero cabe mencionar sin embargo, que se presenta un sesgo positivo en el acceso que favorece a las personas en mejor posición socioeconómica y a los afiliados con respecto a los no asegurados.

Si se analizan y evalúan las razones por las cuales las personas no acuden al médico, en Puerto Asís – Putumayo la principal causa está asociada con la falta de dinero (41,6%), seguida por considerar el caso como causales leves con un 36,9%, de la misma forma el 46% de las personas del percentil inferior del gasto perciben que la falta de dinero es el principal obstáculo al acceso al servicio de salud.

En el mismo orden de ideas, al diferenciar la falta de dinero por estrato económico, se encuentra que a medida que éste aumenta dicha razón empieza a disminuir, llegando a representar un 26% para los de mejor posición socioeconómica, y dentro del grupo de otras razones por las que las personas reportaron haber estado enfermas y no accedieron al servicio, se debe a la ubicación y el desplazamiento al centro de atención de salud, y a su vez los trámites excesivos para la cita, de la misma forma que se había consultado antes y no encontró solución del problema, no confía en los médicos representa el 21,6% restante.

De la misma forma según el tipo de afiliación, el motivo principal por el cual no acudieron al médico los no asegurados se explica en gran medida por la falta de dinero, mientras en el régimen contributivo la principal razón es por tratarse de un caso leve seguida de la falta de dinero, para llegar finalmente a determinar

que la barrera de las personas afiliadas al régimen subsidiado es la falta de dinero.

En lo que tiene que ver con la continuidad en el servicio no se evidencian diferencias significativas especialmente en lo que respecta a la remisión a especialista entre grupos socioeconómicos; además, si se vislumbra analíticamente el promedio que corresponde al número de días que transcurrieron entre el momento de pedir la cita y la consulta con el especialista, no se reconocen diferencias importantes, claro está que si se observa que entre más bajo es el nivel de gasto de las personas, más probable que se presente el indicador de que no reciba los medicamentos por parte de la institución.

Desde dicha óptica, en lo que respecta al panorama social es distinto cuando se discrimina por régimen de afiliación, pues se favorece la continuidad de las personas del contributivo puesto que se establece un mecanismo de facilidad a consulta con el especialista, de la misma forma entre regímenes tampoco se identifican diferencias significativas en la demora en la remisión, aunque el período de espera tiende a ser menor en el régimen contributivo y tienen mayor probabilidad de recibir todos los medicamentos recetados por parte de la institución, facilitando de esta forma la continuidad en el servicio.

Para finalizar cabe mencionar que respecto al dominio amplio del accionar de la E.S.E, se observa que la búsqueda de servicios por prevención está bastante sesgada al régimen contributivo, ya que las diferencias son más marcadas en la población que presenta un ingreso inferior del gasto, quienes en un 69 % no realizan ningún tipo de consulta preventiva.

Por otro lado, frente a los resultados que se observan en las Tablas No.01 y 02, nos indica que no se puede dejar a un lado la idea de que en el modelo de determinantes del acceso a servicios curativos de la E.S.E. y de la región en general, se observa que la probabilidad de acceder a servicios de salud aumenta cuando mayor es el grado de escolaridad alcanzado por persona, ya que de acuerdo con la Tabla 2, una persona con educación superior tiene una probabilidad 6,3 veces mayor de acceder que aquella que no tiene, lo anterior de la mano de la idea de que el sistema de afiliación tiene un efecto positivo sobre el acceso, ya que el seguro remueve barreras para que las personas tengan contacto con el sistema de salud a la hora de demandar servicios y de esta forma la probabilidad de acceso es mayor para las personas que tienen seguro sobre las que no lo tienen: alrededor de tres veces más para el asegurado, pero sin diferencias significativas entre quienes pertenecen al régimen subsidiado y al contributivo.

Tabla 16. Puerto Asís – Putumayo: determinantes frente al acceso a los servicios de Salud, de acuerdo a los indicadores de la E.S.E. local para el año 2010. (Número de datos como muestra a analizar: 449 personas, tamaño total de la población atendida en la E.S.E., durante el 2010, 5.608.829)

INDICADOR	Razón de Disparidad	Valor Estadístico	Intervalo de Confianza (95%)
Gasto			
Medio	1,148	0,37 (0,712)	(0,551 - 2,392)
Alto	1,027	0,00 (0,998)	(0,433 – 2,316)
Edad	1,027	2,82 (0,0005)	(1,008 – 1,046)
Educación			
Primaria	1,585	1,01 (0,312)	(0,648 – 3,873)
Secundaria	3,454	2,30 (0,022)	(1,2 – 9,942)
Superior	6,269	2,61 (0,009)	(1,573 – 24,989)
Afiliación			
Contributivo	3,287	3,91 (0,000)	(1,806 – 5,981)
Subsidiado	3,465	3,22 (0,001)	(1,621 – 7,405)
Ubicación			
Zona Urbana	1,33	0,88 (0,379)	(0,704 – 2,513)
Género			
Femenino	0,892	-0,40 (0,687)	(0,51 – 1,559)
Estado de Salud			
Bueno/muy bueno	0,976	-0,80 (0,935)	(0,543 – 1,754)

Fuente: E.S.E. de Puerto Asís – Putumayo

El indicador demostrable de género es significativo y su efecto sobre el acceso después de superados los 15 años es positivo, es decir que a medida que aumenta la edad se incrementa la probabilidad de acceso dado que las personas en edad avanzada presentan mayores deterioros físicos, mentales, así como enfermedades características del envejecimiento que conducen a una demanda amplia en lo que respecta a los servicios de salud frente a la demanda respectiva que realizan los jóvenes. Indicadores que de una u otra forma teóricamente se asocian al acceso de servicios de salud como el gasto per cápita, la ubicación geográfica y el género no resultaron ser significativas en esta estimación, es decir que la variable estado de salud autor reportado de una u otra forma tampoco es demostrablemente en forma significativa.

En lo que respecta a la tabla No. 03, los indicadores considerados en la misma son de carácter significativo, a excepción de lo que se reconoce como ubicación

geográfica. En este mismo orden de ideas lo que respecta a las personas de mayor nivel socioeconómico son quienes más utilizan los servicios de prevención, tal que, una persona del nivel alto tiene el doble de probabilidad de acceder que una del nivel bajo.

Por otro lado lo que respecta a la afiliación se tienen en cuenta datos observables como impactos positivos sobre el uso de servicios preventivos para las personas que tiene seguro sobre las que no, es decir que en este sentido, se analiza que las personas que hacen parte del contributivo tienen una probabilidad 2,6 veces superior de acceder que aquellos que no tienen ninguna afiliación, mientras que en el subsidiado esta probabilidad es de 1,8 veces superior, lo que confirma que el aseguramiento es una estrategia importante para obtener atención.

Tabla 17. Puerto Asís – Putumayo: determinantes frente al acceso a Servicios de Prevención, de acuerdo a los indicadores de la E.S.E. local para el año 2010. (Número de datos como muestra a analizar: 3856 personas, tamaño total de la población atendida en la E.S.E., durante el 2010, 5.608.829)

INDICADOR	RAZÓN DE DISPARIDAD	VALOR ESTADÍSTICO	INTERVALO DE CONFIANZA (95%)
Gasto			
Medio	1,278	2,28 (0,022)	(1,035 – 1,572)
Alto	2,254	6,32 (0,000)	(1,752 – 2,901)
Edad	1,009	2,78 (0,006)	(1,002 – 1,015)
Educación			
Primaria	1,098	0,62 (0,533)	(0,818 – 1,474)
Secundaria	2,001	4,08 (0,000)	(1,434 – 2,794)
Superior	2,892	4,79 (0,000)	(1,872 – 4,487)
Afiliación			
Contributivo	2,557	8,59 (0,000)	(2,064 – 3,168)
Subsidiado	1,795	5,1 (0,000)	(1,433 – 2,247)
Ubicación			
Zona Urbana	1,002	0,02 (0,987)	(0,838 – 1,196)
Género			
Femenino	0,604	-5,69 (0,000)	(0,508 – 0,719)
Estado de Salud			
Bueno/muy bueno	1,189	1,71 (0,088)	(0,975 – 1,451)

Fuente: E.S.E. de Puerto Asís – Putumayo.

En relación a los indicadores de orden explicativo, en lo correspondiente a educación se identifica que entre más alto sea el nivel alcanzado mayor es el impacto sobre la probabilidad de poder acceder a los servicios de orden preventivo, es decir que dependiendo del estado de salud se logra cumplir el postulado de que las personas con un buen estado de salud demandan con mayor probabilidad servicios de prevención, que puede interpretarse como el deseo de evitar el deterioro del capital salud. Cabe mencionar en este aspecto que las mujeres presentan mayor tendencia a utilizar todo lo correspondiente a los servicios de orden preventivo, como se esperaría debido a la atención prenatal y a la asistencia a programas de detección temprana de cáncer cervical y de mama.

El acceso a la atención y la Logística de referencia en Puerto Asís – Putumayo, específicamente en la E.S.E. Local, presenta una estructura desde el punto de vista cuantitativo, que se enmarca desde la situación de equidad en el acceso a servicios de salud desde una perspectiva regional, considerando el acceso como un proceso más allá del contacto inicial con el sistema de salud e incluyendo la continuidad del tratamiento y el deseo por la atención, en este sentido, se enmarca en una política de salud en el Departamento, permitiendo conocer los factores que inciden sobre las decisiones de las personas respecto al uso de servicios, lo cual facilita el diseño de mecanismos que buscan lograr una mayor cobertura y reducir las inequidades más apremiantes.

Los datos analizados anteriormente permitieron definir que ante la necesidad de buscar atención no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí existen grandes diferencias entre éstos y los no afiliados; además, las personas de mejor nivel socioeconómico tienden a acceder con mayor facilidad.

Y al momento de analizar los motivos por los cuales no se asiste a un médico o institución de salud, las barreras de orden económico constituyen el principal obstáculo para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados y en cuanto a la continuidad del tratamiento, se evidencian inequidades entre afiliados y no afiliados, en tanto los afiliados al régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención.

Adicionalmente, los no afiliados y los que presentan un nivel bajo de gastos establecen un mayor gasto en lo que respecta a medicamentos y hospitalización como porcentaje del mismo, por lo cual se reconoce como uno de los mayores generadores de inequidad, mientras que en cuanto a la atención preventiva, existe un sesgo positivo que favorece los de mejor situación económica, lo cual

puede ocasionar graves consecuencias en cuanto a estado de salud de las clases más pobres.

Una vez estimado el modelo de acceso y de logística de referencia frente a la situación de salud, se indica que el seguro es una estrategia importante para facilitar el acceso a los servicios de salud, ya que se remueven barreras frente al contacto con el sistema de salud, en este orden de ideas. En este sentido, no es fácil establecer bases significativas entre regímenes para el contacto inicial con el sistema. Así, la mayor equidad en el acceso y uso de los servicios de salud puede asociarse con los efectos del subsidio de salud traído por la reforma del sistema de seguridad social, que sirve a los grupos de menor nivel socioeconómico, conclusión coherente obtenida.

Estadísticamente del gasto per cápita, se puede analizar que la ubicación geográfica y el género en este caso específico indican que en Puerto Asís – Putumayo, estos indicadores no son determinantes para explicar el primer contacto de las personas con el sistema de salud y otros indicadores como la afiliación o la educación se encuentren capturando el efecto del gasto, aunque dichos resultados deben corroborarse, ya sea empleando métodos alternativos de estimación u otras fuentes de información.

9. CAPITULO III. OPORTUNIDAD EN LA DECISIÓN Y LA ACCIÓN DE SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA

9.1 DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PACIENTE QUE SOLICITA LA ATENCIÓN MÉDICA EN PUERTO ASÍS- PUTUMAYO

En primera instancia, se presenta un análisis estadístico basado en la información obtenida de las historias clínicas de atención al parto, historias clínicas de control prenatal, estudios de caso, unidades de análisis y fichas de notificación de las madres que presentaron muerte perinatal.

El objetivo de este análisis estadístico es otorgar al lector una caracterización básica del tipo de paciente que se atiende y se atendió en la E.S.E., en relación a la atención prenatal y en general en las Instituciones de Salud de Puerto Asís, para de esta manera, entender a profundidad la identificación de las tendencias frente a la decisión y solicitud de atención médica por parte de los pacientes a dichas instituciones, pues teniendo como base un concepto más claro del tipo de paciente se tendrá más fundamentos analíticos y una aproximación conceptual más clara.

Los datos obtenidos son concernientes a los casos de las madres en atención prenatal de la E.S.E. de Puerto Asís, pero es importante tener en cuenta que no existen datos totalmente precisos por las dificultades de consecución de la información anteriormente descritas en la introducción y el planteamiento de la situación problema, pero que en definitiva otorgan una realidad a la situación a analizar, sin desconocer que son pertinentes por el tema tratado.

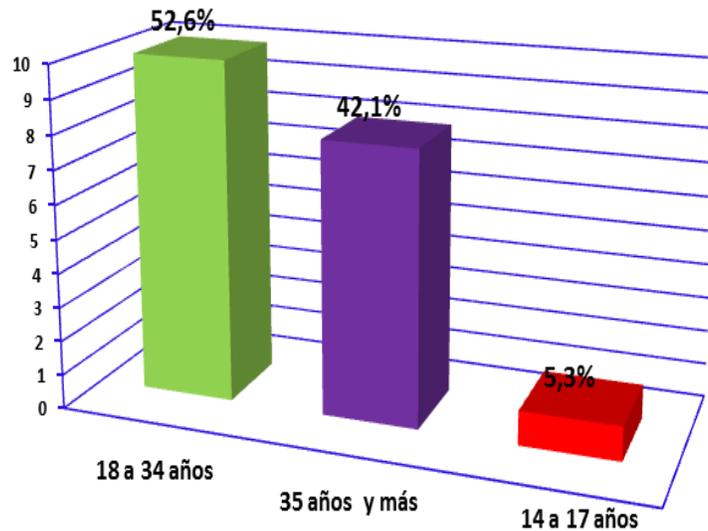
9.1.1 Edad. La edad promedio de las madres que asistieron a la atención prenatal de la E.S.E. del Hospital de Puerto Asís, comprendió los rangos entre 18 a 34 años respectivamente, con un porcentaje de 52,6% y un rango de 35 años y mas con un 42,1% y en un pequeño porcentaje de 5,3% en el rango de 14 a 17 años; como se puede observar en la gráfica 1, donde se representa la distribución de las edades de las pacientes del estudio por años.

La distribución de las edades no reporta ningún dato diferente a los que se manejan en otras Instituciones de Salud de la Región, pero desde el aspecto médico el dato correspondiente a las mujeres entre 35 y más años representa un riesgo frente al desarrollo prenatal, puesto que es un rango donde se reportan los mayores problemáticas prenatales (como la preeclampsia), y a su

vez el rango entre 14 y 17 años que es el polo opuesto al rango de 35 años y más que representa por su baja edad biológica, los mismos riesgos de salud tanto para la madre como para su embarazo.

En lo que respecta a la oportunidad en la decisión y la acción de solicitud de atención médica, el rango correspondiente entre 18 a 34 años, ofrece mayor autonomía y control frente a las decisiones de la atención médica, de la misma forma el rango entre 35 años y más, pero en lo que respecta al rango entre 14 a 17 años, existe por parte de la Institución un grado de incertidumbre, puesto que esta edad poblacional, presenta un cierto grado de ignorancia frente al tema de la concepción y a su vez no poseen en todos las oportunidades el apoyo familiar o de amigos que les permitan acceder fácilmente a atención médica, llegando a un grado de riesgo en la salud de las mujeres y su embarazo.

Grafica 1. Distribución de edad de las madres en atención prenatal de la E.S.E de Puerto Asís.

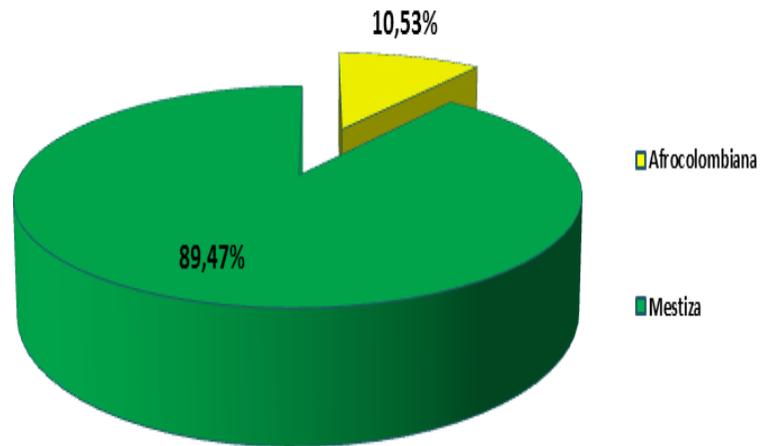


Fuente: ESE de Puerto Asís.

9.1.2 Raza. La zona geográfica de Puerto Asís, como se determinó en capítulos anteriores, se encuentra directamente influenciada por los diferentes fenómenos culturales de los indígenas del país, con sus diferentes tendencias en atención en salud y manejo de enfermedades. Esto ha permitido que la raza sea un factor preponderante en los diferentes planes de intervención en salud de las Instituciones de la región, puesto que de ello depende su accesibilidad y la

opción que los mismos pacientes tomen la decisión de acceder o no a un servicio médico específico dejando a un lado las creencias culturales de su fundamento en salud.

Gráfica 2. Raza de las madres en atención prenatal de la E.S.E. de Puerto Asís.

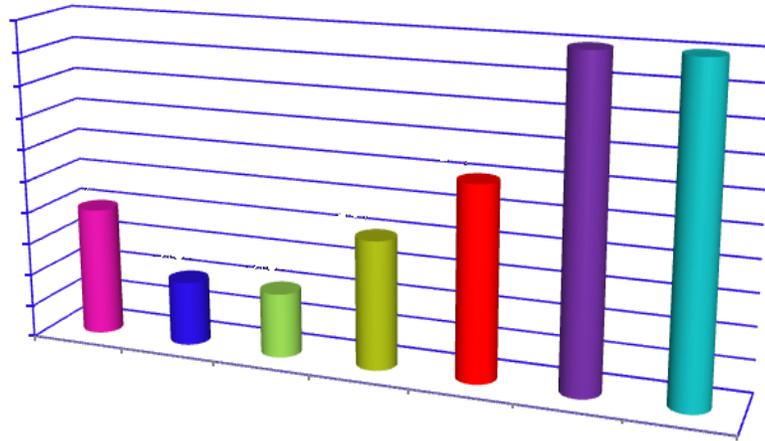


Fuente: ESE de Puerto Asís

Según lo determinado por la gráfica 2, se encontró en un 87,47% la raza mestiza (descendientes de indígenas) y un 10,53% de afro colombianos, no observándose dentro de los grupos raciales la blanca y la caucásica.

9.1.3 E.P.S. o Seguridad Social. Debido a los factores anteriormente determinados de orden cultural, la población de Puerto Asís, no tiene conciencia frente a la obtención de un seguro ya sea contributivo o subsidiado, que determine la solicitud en atención en salud en las diferentes Instituciones de la Región. Dentro de los datos obtenidos de las madres en atención prenatal de la E.S.E. de Puerto Asís, como se observa en la gráfica 3, se encontró que un 10,5% pertenecen a CAPRECOM, 5,3% a A.R.S. Cóndor, un 5,3% COOMEVA E.P.S., 10,5% EMSSANAR A.R.S, 15,8% SALUDCOOP, y en los rangos más elevados se halló las A.R.S. SDSA y Selva Salud con un 26,3% respectivamente. Estas dos últimas A.R.S se centran en la atención especializada a grupos poblacionales de carácter indígena.

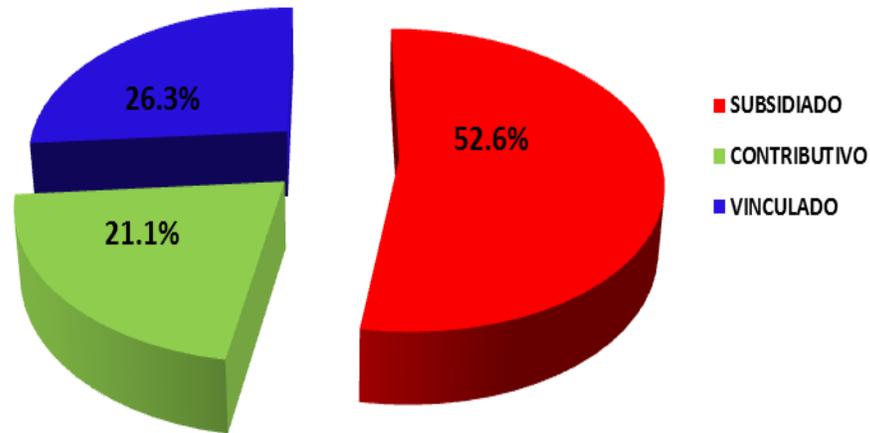
Gráfica 3. Distribución de las E.P.S. que poseen las madres en atención prenatal de la E.S.E de Puerto Asís.



Fuente: ESE Puerto Asís.

9.1.4 Régimen en salud. De la mano del punto de la gráfica 3., anteriormente expuesta; se une la gráfica 4, la cual determina el régimen de salud que presento las madres que fueron atendidas en la E.S.E. de Puerto Asís. Dentro de los rangos se encontró con un 52,6% el régimen subsidiado, un 26,3% categoría de pobres no asegurados y en un menor porcentaje con un 21,1% el contributivo. La gráfica generalmente demuestra que el régimen subsidiado o las EPS-S son las entidades más representativas de la zona, por su nivel socio económico y cultural basado en las políticas del Estado en Salud, debido a que Puerto Asís- Putumayo es considerada una zona con población culturalmente vulnerable por los conflictos armados, la influencia de la frontera y el tipo poblacionalmente en su mayoría de orden indigenista.

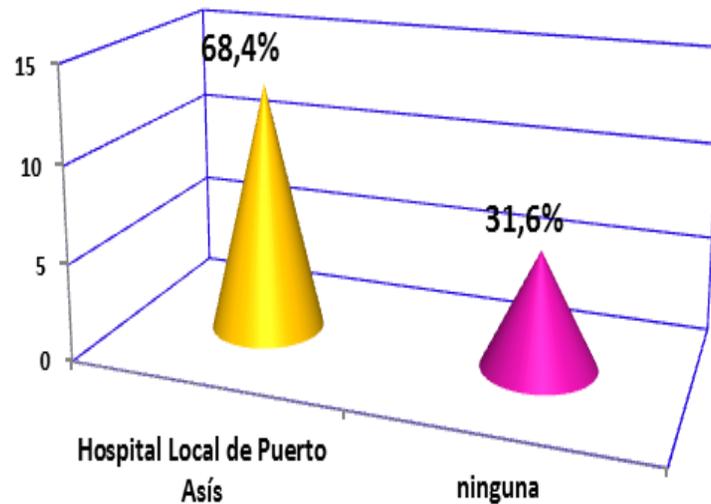
Gráfica 4. Régimen de salud que presentan las madres en atención prenatal de la E.S.E. de Puerto Asís.



Fuente. ESE Puerto Asís

9.1.5 Institución de salud más utilizada. Las Instituciones de Salud desde el orden de atención de I.P.S. o E.S.E, la que presentó mayor cobertura e influencia en la zona es la E.S.E de Puerto Asís, que es el hospital local de la región, con un 68,4%, frente a un 31,6% que no utiliza ninguna Institución de Salud sino que deposita su atención directamente en las creencias culturales de la medicina tradicional, muy común en la zona por los grupos indígenas (Ver grafica 5).

Gráfica 5. Instituciones de salud comúnmente más utilizadas por las madres en atención prenatal en Puerto Asís.

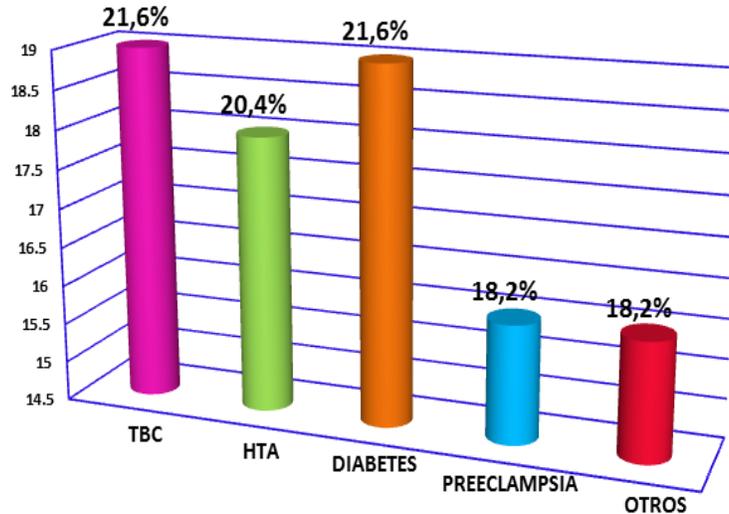


Fuente. ESE puerto Asís.

9.1.6 Tipo de enfermedades. Otro punto importante de determinar frente a la acreditación es el correspondiente al tipo de enfermedades que presentan o han presentado las madres que son atendidas prenatalmente en la E.S.E. de Puerto Asís, teniendo en cuenta que han mencionado más de una enfermedad según los casos estudiados.

En la Grafica 6 se observa que un 21,6% presentaron Tuberculosis (TBC), un 20,4% Hipertensión Arterial (HTA), un 21,6% Diabetes, un 18,2% preeclampsia (en partos anteriores), y un 18,2% otras enfermedades, entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares, renales y visuales.

Gráfica 6. Tipo de enfermedades que presentan las madres en atención prenatal de la E.S.E de Puerto Asís.



Fuente: ESE Puerto Asís

9.2 IDENTIFICACIÓN DE LAS TENDENCIAS DE DECISIÓN Y SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA POR PARTE DE LOS PACIENTES DE PUERTO ASÍS – PUTUMAYO.

Dentro del compendio de posibilidades que marcan las tendencias de decisión y solicitud de atención médica por parte de los pacientes se encuentra un gran número de ellas; las cuales dependen del tipo poblacional, el nivel académico, la estratificación social, la cultura y una cantidad de variables que influyen en dicho precedente. A continuación se hace una descripción de las diferentes tendencias que han llevado a la población de Puerto Asís- Putumayo a solicitar y tomar la decisión de la atención; en especial aquellos que tienen que ver con las atenciones perinatales y/o neonatales, lo anterior con base en la descripción anteriormente determinada en el punto 3.1. Y en capítulos anteriores.

9.2.1 Opción basada en la relación médico - paciente. La relación médico-paciente es considerada en muchas partes, incluido en Puerto Asís, la piedra angular de la práctica en las Instituciones de salud y por tanto de la ética médica; debido que exige a las entidades de salud como a los médicos en general velar ante todo por el bienestar de los mismos, así como los códigos éticos tanto a nivel nacional como Internacional lo estipulan, es decir que en

este caso el profesional debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos, por ende la interpretación tradicional de la relación médico-paciente visualizado desde el paternalismo, es lo que constantemente se observa en Puerto Asís; en donde el médico toma las decisiones y el paciente las acepta, aunque poco a poco se ha ido rechazando en los últimos años, en la ética como en el derecho.

Por otro lado, muchos de los pacientes de la zona; no son capaces o no buscan tomar decisiones sobre su atención médica, de tal forma que se puede determinar que la autonomía del mismo es a menudo muy problemática. Igualmente difíciles son otros aspectos de la relación como la obligación del médico de mantener la confidencialidad del paciente en una era de historiales médicos computarizados y de atención administrada y el deber de mantener la vida frente a las peticiones para apresurar la muerte, como se ha observado en el Hospital de Puerto Asís. Por tanto la comunicación y el consentimiento; son variables tenidas en cuenta por los mismos frente a la decisión de la atención y la oportunidad de la misma.

En este aspecto, la profesión médica en Puerto Asís ha tenido opiniones algo conflictivas sobre la igualdad y los derechos del paciente a lo largo de los años, por un lado, el médico no deberá permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, género, sistema de salud, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre los deberes y el paciente.

En otras oportunidades, el médico no ofende el respeto y la igualdad de los pacientes, en la elección de los mismos, pero llegan a hacerlo con sus actitudes y trato hacia ellos.

Muchos de los aspectos que anteriormente se han mencionado se fundamentan a partir de un código de ética médica, en la cual se define que la única razón para terminar la relación médico-paciente es si el mismo necesita otro médico con conocimientos distintos, por lo tanto debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos.

En algunos casos que se presentan en la zona, cuando un examen o tratamiento sobrepasa la capacidad de la Institución o del especialista, el médico consulta o deriva a otro calificado en la materia.

Cuando se presenta que el motivo no es legítimo, como algunos casos mostrados en la E.S.E. de Puerto Asís, como el prejuicio racial, el médico toma medidas para superar este defecto. Muchos en especial los del sector público, a menudo no pueden elegir a qué pacientes tratar; algunos son violentos y representan una amenaza para la seguridad del médico. Otros sólo pueden ser descritos como ofensivos por sus actitudes y comportamiento antisociales.

Cuando los pacientes han abandonado los tratamientos, por el irrespeto o trato no igualitario por parte de los especialistas o de las Instituciones; los mismos han buscado equilibrar su responsabilidad por su propia seguridad y bienestar y la de su personal, con el deber de promover el bienestar de los pacientes, buscando encontrar la manera de cumplir con estas dos obligaciones; y cuando no ha sido posible se ha tratado de organizar estrategias de otra manera para atender a los pacientes.

9.2.2 Opción basada en el consentimiento informado. El consentimiento informado es otro tema importante frente al derecho del paciente en la toma de decisiones de la atención de solicitud de acciones sobre su salud; a partir del establecimiento de declaraciones legales y éticas, basado en que el paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su vida. En el cual el médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.

Los pacientes competentes tienen derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia, así como a recibir información necesaria para tomar sus decisiones frente a la atención médica y su tendencia hacia ella, por ende el personal de la E.S.E. de Puerto Asís, tiene el deber de informar claramente cuál es el propósito del examen o tratamiento que requiere el paciente y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.

Para que exista una correcta comunicación entre médico y paciente se requiere un lenguaje claro por parte del profesional. Han surgido dos obstáculos principales en la buena comunicación entre médico y paciente que son las diferencias de la forma de expresión y la cultura, teniendo en cuenta el tipo poblacional que asiste a la E.S.E. de Puerto Asís, ya que allí confluye una cantidad de grupos indígenas y personas provenientes de otros países.

Lamentablemente, en muchas circunstancias no existe un control al respecto y los médicos tienden a decidir cómo expresan sus diagnósticos y toda aquella

información pertinente del paciente, llegando en ocasiones a ser difícil coartar al médico para que sea flexible frente al tema.

En estas circunstancias, como política de la Institución se ha buscado que los médicos deben hacer todo lo razonablemente posible para sondear el conocimiento del paciente sobre su salud y curación y comunicarle sus recomendaciones lo mejor que pueda, de tal forma que si el médico ha logrado comunicar al paciente toda la información que necesita y quiere saber sobre su diagnóstico y opciones de tratamiento, entonces el paciente podrá tomar una decisión sobre qué hacer, aunque es importante tener en cuenta que el término consentimiento, como se ha interpretado en la Institución implica la aceptación del tratamiento, el concepto de consentimiento informado se aplica igualmente al rechazo del tratamiento o a la elección entre tratamientos alternativos.

De esta forma la Institución a su vez ha establecido la política de que los pacientes competentes tienen derecho a rechazar el tratamiento, incluso cuando esta negativa les produzca una discapacidad o la muerte.

De acuerdo a lo anteriormente expresado, la evidencia del consentimiento puede ser explícita o implícita, frente a las tendencias de decisión de los pacientes y a su vez frente a la solicitud de atención médica, por esto mismo el consentimiento explícito se entrega en forma oral o escrita y a su vez se encuentra implícito cuando el paciente indica que está dispuesto a someterse a un cierto procedimiento o tratamiento a través de su conducta.

En la E.S.E. existen en la actualidad algunas excepciones para solicitar el consentimiento informado en pacientes competentes:

Situaciones en las que el paciente entrega su autoridad de toma de decisión al médico o a terceros. Debido a lo complejo del problema o porque el paciente tiene absoluta confianza en el criterio del médico, el paciente puede decidir tomar la decisión de permitir que se haga lo que crea que es lo mejor.

Casos en que la entrega de información pueda perjudicar al paciente. Como política de la Institución, en estas circunstancias se invoca el concepto tradicional de privilegio terapéutico, esto permite que el médico retenga información médica que es probable que cause un serio daño físico, psicológico o emocional al paciente, por lo menos en los casos en que hay probabilidades de que el mismo se suicide si el diagnóstico indica una enfermedad terminal.

Se ha identificado a lo largo de la experiencia de la institución que dicha situación tiende a considerarse de privilegio por lo que los médicos decidieron utilizarla sólo en circunstancias extremas, ya que se determinó que el médico debe esperar que todos los pacientes puedan soportar los hechos y debe reservar la retención para los casos en que esté convencido que causará más daño si dice la verdad que si la oculta.

Dentro de las primeras políticas que determinó la institución fue aceptar ampliamente que la obligación del médico de entregar información al paciente no se aplicara cuando el diagnóstico fuera enfermedad terminal, ya que se consideraba que dicha información causaría desesperación en el paciente y le haría los últimos días de vida mucho más insoportables que si tuviese la esperanza de recuperarse, pero esto con los años se cambió a la decisión anteriormente descrita.

La E.S.E., es consciente que el médico debe ser sensible a los factores culturales y personales en los casos en que tenga que comunicar malas noticias, en especial sobre una muerte inminente, sin embargo, el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones frente a su salud y a escoger dónde y con quién debe ser atendido se está aceptando cada vez más y el médico tiene el deber primordial de ayudar a sus pacientes a ejercerlo.

Se ha visto en la experiencia de Puerto Asís y sus diferentes Instituciones de Salud, en especial la de la E.S.E., que los pacientes y sus familias con frecuencia exigen acceso a servicios médicos que, en opinión de los médicos, no son apropiados (y más en esta zona del país donde la medicina tradicional marca un concepto aceptado por la mayoría de la población), como por ejemplo en los casos en que se requiere la utilización de antibióticos para afecciones virales o medicamentos o procedimientos quirúrgicos de poca utilización. Algunos pacientes reclaman el derecho a todo servicio médico que consideren que los puede beneficiar y a menudo los médicos están dispuestos aceptarlo, incluso cuando están convencidos que el servicio no puede ofrecer un beneficio médico para el estado del paciente, en este caso el problema es especialmente grave cuando los recursos son limitados y el aplicar tratamientos inútiles o sin beneficios a algunos pacientes significa que otros pacientes no serán tratados, convirtiéndose en una realidad que se ve muy seguido.

Pero hay que tener en cuenta que en algunos casos, como se ha observado en Puerto Asís, muchos pacientes no son capaces de tomar decisiones por sí mismos; como es el caso de los niños, personas con enfermedades neurológicas o psiquiátricas y las que están temporalmente inconscientes o en

coma. En este caso la E.S.E., solicita a sus representantes y les pide que tomen decisiones, ya sea el médico u otra persona.

Frente a los criterios observados en estos casos de decisiones a nombre de los usuarios incapacitados plantean problemas éticos, pues en algunos casos se ha presentado el llamado paternalismo médico, ya que en esta zona el médico es considerado el representante apropiado para un paciente incapacitado, a sabiendas de que el médico podría consultar a los familiares sobre las opciones de tratamiento, pero es él quien toma la decisión final.

En este sentido específico, los médicos de esta zona del país han perdido poco a poco esta autoridad, dado que los pacientes tienden a nombrar a sus propios representantes que deciden en última instancia por ellos en los casos de incapacidad.

Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, la E.S.E. de Puerto Asís, busca obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y en caso contrario, se supone que el consentimiento del paciente queda dado, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.

En la E.S.E. se tiene claridad de que el médico tiene el mismo deber de proporcionar toda la información que necesite el representante para tomar sus decisiones

La información que ha de proporcionar el médico incluye explicar los diagnósticos, pronósticos y tratamientos complejos en un lenguaje simple, confirmar o corregir la información que la persona que toma la decisión pueda haber obtenido de otra fuente (por ejemplo, de otro médico, familiares, curanderos, etc.), asegurándose que la persona que tome la decisión logre entender que las opciones de tratamiento, incluidas las ventajas e inconvenientes de cada una, tenga respuesta a todas las preguntas que y entienda toda decisión que se tome y, en lo posible, sus razones.

Para la Institución de Puerto Asís, es claro que este enfoque es menos exacto que si el paciente toma las riendas propias de sus decisiones específicas sobre el tratamiento, pero permite que el representante pueda concluir, en consideración de otras opciones que haya escogido él mismo y de su visión de

la vida en general, es decir lo que decida personalmente sobre su situación actual.

Por estos puntos y muchos más, ha llegado a ser difícil en la E.S.E. de Puerto Asís, evaluar la capacidad para tomar decisiones médicas por parte de los pacientes, en especial en gente joven y en los que el potencialmente presentan raciocinio sobre su salud. Ya que la Institución considera que una persona puede ser capaz de decidir sobre algunos aspectos de la vida, pero no sobre otros; al igual la capacidad de los mismos puede ser intermitente: un individuo puede ser racional en ciertos momentos del día y no en otros.

Pero por otro lado, con frecuencia, los pacientes no pueden tomar una decisión razonada, bien pensada sobre distintas opciones de tratamiento debido a la incomodidad y la distracción que les produce la enfermedad, pero se considera sin embargo, que todavía pueden ser capaces de expresar su rechazo a una intervención específica. En estos casos, la Institución tiene muy en cuenta estas expresiones de desacuerdo considerándose muy serias, aunque deben tomarse en cuenta en el contexto de los objetivos generales del plan de tratamiento.

Para los casos de los usuarios con trastornos psiquiátricos o neurológicos que atiende la Institución, son considerados un peligro para ellos mismos o para otros se han planteado problemas éticos muy difíciles, ya que es importante tener en cuenta que se debe respetar sus derechos humanos, en especial el derecho a la libertad, en la medida de lo posible.

9.2.3 Opción basada en la confidencialidad. El deber de toda Institución de Salud y de todo grupo médico es mantener la información del paciente en completa confidencialidad, lo cual ha sido considerada la piedra angular de la ética médica desde tiempos de Hipócrates, a pesar de que algunos códigos éticos rechazan este enfoque absolutista de la confidencialidad, como por ejemplo, el Código Internacional de Ética Médica de la AMM que estipula que es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto. De esta forma, la posibilidad de que la confidencialidad pueda ser quebrantada con justificación a veces hace necesario la aclaración de la idea misma de confidencialidad.

La E.S.E. de Puerto Asís, considera que la confidencialidad se basa en tres elementos básicos como es la autonomía, el respeto por los demás y la confianza. En primera instancia la Institución considera que la autonomía se relaciona con la confidencialidad porque la información personal sobre una persona le pertenece a ella y no debe ser dada a conocer a otros sin su consentimiento, debido a que un individuo revela información personal a otro, un médico o una enfermera, por ejemplo, o cuando la información queda a la luz a través de un test médico, las personas que la conocen están obligadas a mantenerla confidencial, a menos que el paciente en cuestión les permita divulgarla.

Por otro lado la E.S.E., tiene cuidado al determinar qué información personal el paciente desea mantener en secreto y cuál puede revelar por decisión del paciente, ya que la confianza es parte esencial en la relación médico-paciente.

Por ende frente a la tendencia de decisión del paciente y la solicitud de la misma, la confianza que siente el paciente al otorgar información personal al médico y a otros que pueden ser perfectos extraños para él, hace que decida continuar o no el tratamiento. Es decir, que el paciente obtiene una buena razón para confiar en que su médico no llegará a revelar la información, puesto que la Institución ha considerado que la base de esta confianza son las normas éticas y legales de confidencialidad que se espera que respeten los profesionales de la salud.

En los casos en que los pacientes no comprenden que la información entregada se mantendrá en secreto por parte de la Institución, ha presentado inconvenientes en los cuales se obstaculiza los esfuerzos del médico por realizar intervenciones eficaces o lograr ciertos objetivos en la atención.

La Institución ha declarado en estos casos que:

Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, se mantiene en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud, como a su vez lo dispone la ley.

La información confidencial sólo se da a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo con base estrictamente de la necesidad de conocer, a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.

Toda información identificable del paciente es protegida, ya que la protección de la información se visualiza como algo apropiado a la manera del almacenamiento.

10. CAPITULO IV. FACTORES RELACIONADOS CON EL RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA POR PARTE DE LA MADRE Y/O FAMILIA

10.1 APRECIACIONES CONCEPTUALES

Lo que enmarca la estructura de la repercusión psicológica frente a la muerte perinatal en las madres y familias ha sido estudiada ampliamente, en especial durante los últimos años, estudios que se han basado en las reacciones de duelo normales a la muerte perinatal que no se presentan de forma diferente de las que se observan en otras situaciones de duelo²⁷. Estudios recientes establecen que la muerte de un recién nacido se reconoce como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar²⁸.

Se presentan manifestaciones de diferente índole; enmarcados en la idea de los aspectos negativos a corto y a largo plazo frente a los conceptos paternos como resultado de la muerte del recién nacido²⁹. En esos momentos se presentan espacios de depresión, ansiedad, irritabilidad, cambios en los patrones alimenticios y de sueño y preocupación por la pérdida del recién nacido; al punto de convertirse en las únicas, respuestas tempranas normales a la pérdida perinatal.

De la mano de lo anterior, los altos niveles de depresión y ansiedad son frecuentes en los padres que manejan el accionar de una pérdida; al punto de ser considerado por los mismos doloroso frente a lo perdido; por tanto se considera un grupo alto riesgo para el duelo³⁰ y hasta un 25% pueden presentar síntomas graves años después de la muerte del neonato³¹.

²⁷ KENNEL JH.; SLYTER J, y KLAUS MH. The mourning responses of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine* 1970; 283: 344-9.

²⁸ WING D.; CLANCE P.; BURGE-CALLAWAY K, y ARMISTEAD L. Understanding gender difference in bereavement following the death of an infant: implications for treatment. *Psychotherapy* 2001; 38: 60-72.

²⁹ HUGHES P, y RICHES S. Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2003; 15: 107-11.

³⁰ CHRIST F, ; BONANNO G.; MALKINSON R, y RUBIN S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field M, Berhman R editor(s). *When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington, DC: National Academy Press, 2003: 553-79.

³¹ MURRAY JA.; TERRY DJ.; VANCE JC.; BATTISTUTTA D, y CONNOLLY Y. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Studies* 2000; 24: 275-305

Algunas investigaciones recientes han generado como resultados que los padres también pueden estar en riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático (TEPT) como consecuencia de la pérdida perinatal mostraron una nueva perspectiva sobre las consecuencias de la misma, un estudio llevado a cabo por Turton, estimó que el 20% de las mujeres cumplió con los criterios de PEPT en un embarazo después de una pérdida perinatal en comparación con una incidencia general en la población del 0,4% al 4,6%³².

En este orden de ideas, se estima que el efecto negativo que trae consigo la relación de pareja, frente a la dinámica familiar o a la crianza de los mismo, hace que se fundamenten las acciones al momento de tomar una decisión positiva o negativa frente al tema del duelo de una muerte perinatal. En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre el tema se estableció una ruptura del matrimonio y un deterioro significativo de la calidad de la relación matrimonial; en los casos en que los padres que sufrieron una pérdida, y su relación había permanecido intacta hasta la muerte del neonato³³. Otro aspecto que arrojan las investigaciones es el aumento del consumo de alcohol por parte de los varones como un método de superación de la pérdida.

Los resultados psicológicos reconocidos a través de factores de riesgo, pueden llevar a denotarse como adversos, ya que los padres una vez después de la muerte perinatal incluyen un apoyo social inadecuado y que perciben fácilmente, unas circunstancias traumáticas acerca de la muerte, dificultades para superar las crisis en relación a la vida antes de dicho acontecimiento, las relaciones problemáticas con el núcleo familiar y la presencia de crisis, aumentan considerablemente las dificultades de afrontamiento de dichos casos; además se debe tener en cuenta que el duelo es más extenso en las madres que en los padres por su misma condición maternal³⁴

Es así, como al llevar a cabo una revisión exhaustiva sobre los efectos psicológicos de la muerte perinatal sobre los padres y sus familias respectivas, se identifican aspectos sistemáticos de identificación de respuestas afectivas y conductuales específicas que afrontan los padres frente a la prevalencia de los

³² TURTON P.; HUGHES P.; EVANS CD, y FAINMAN D. The incidence and significance of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 556-60.

³³ NAJMAN JM, ;VANCE JC,; BOYLE F,; EMBLETON G,; FOSTER B, y THEARLE J. The impact of a child death on marital adjustment. *Social Science and Medicine* 1993; 37: 1005-10

³⁴ Óp. cit., MURRAY JA, ;TERRY DJ, ;VANCE JC,; BATTISTUTTA D, y CONNOLLY Y, 2000

síntomas de la situación³⁵. En este orden de ideas, el concepto de función activa y significativa de los padres de hoy frente a la crianza es un factor que puede tener un grado elevado de influencia sobre la intensidad del duelo, de tal forma que el mayor apego al recién nacido está asociado con prácticas obstétricas modernas, como procedimientos de diagnóstico prenatal, reproducción asistida y ecografías; que de una u otra forma aumentan la intensidad del duelo de la madres, por lo tanto se considera en cierto grado razonable frente a la espera que los padres ejercen al estar en alto riesgo de experimentar un duelo intenso.

Se ha determinado que una respuesta normal y natural frente a la pérdida y su respectivo duelo, en muchos casos es disipada con el transcurso del tiempo, demostrándose a su vez que la importancia de la prestación de la atención de calidad al momento de la muerte del neonato sea fundamental en este aspecto³⁶. Pero teóricamente se ha planteado que lo que continua siendo el mayor factor de dificultad para ofrecer o proporcionar apoyo a quienes sufren una pérdida perinatal o neonatal se considera como una práctica adecuada en particular con la relación a la atención psicosocial.

Algunos autores como Peppers³⁷, han establecido que aspectos como la creación de la memoria como tomar fotos, ver, sostener y ponerle nombre al recién nacido puede considerarse como un factor positivo en la recuperación del duelo, debido que dichas prácticas llevadas a cabo en las unidades de maternidad y en la práctica clínica en algunos países logro denotar un resultado importante. Pero no hay que olvidar que en los últimos años se ha tenido en cuenta como estrategia de alerta frente a las prácticas que las mismas al convertirse en prescriptivas y habituales en las listas de verificación de lo que se debe y no se debe hacer en realidad fallan en la estrategia de obtención de acciones significativas para las familias que han sufrido la pérdida³⁸.

³⁵ BADENHORST W.; RICHES S. ;TURTON P, y HUGHES P. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2006; 27(4): 245-56.

³⁶ JANZEN L.; CADELL S, y WESTHUES A. From death notification through the funeral: bereaved parents experience and their advice to professionals. *Omega: Journal of Death and Dying* 2003-2004; 48(2): 149-64.

³⁷ PEPPERS L, y KNAPP RJ. *Motherhood and mourning: perinatal death*. New York: Praeger Publishers, 1980

³⁸ LANG A, EDWARDS N, y BENZIES K. A false sense of security in caring for bereaved parents. *Birth* 2005; 32(2): 158-9.

Por otra parte , una revisión bibliográfica estableció que los padres consideran que los comportamientos de algunas instituciones de salud, son desconsideradas o insensibles en dichos casos, y además que algunas prácticas de rutina son tomadas en cuenta por las mismas como acciones de rutina y no como aspectos de sensibilidad psicosocial por parte de los padres y de sus familias³⁹.

La teoría de Forrest⁴⁰; después de más de 20 años sobre el apoyo que después de la muerte perinatal debe brindarse a los padres y a la familia, debe ser una necesidad de constante estudio, pero desafortunadamente se ha convertido en una situación olvidada, dejando simplemente a estudios de carácter descriptivos dichas realidades, olvidando la importancia de superar los factores que causan la muerte y el apoyo específico al respecto.

Por otro lado, frente al tema de los controles y los estudios de casos, es importante indicar que el apoyo, incluido el contacto con un profesional, así como lo que tiene que ver con los recursos diseñados frente a la realidad han mostrado en la práctica beneficios en cuanto al trastorno psiquiátrico, las estrategias paternas de afrontamiento y la calidad matrimonial⁴¹.

Pero se debe tener en cuenta, es necesario advertir que las intervenciones llevadas a cabo por el tema, en la mayoría de las ocasiones no son eficaces, y en algunos casos hasta contraproducentes, al menos para los que presentan un grado de duelo normal. En este sentido al llevar a cabo una revisión de la eficacia de los programas que superan el duelo en padres y familias, o ambos, se debe tener en cuenta los métodos de apoyo sistemático al punto de ser una acción de carácter beneficiosa, ya que al evaluar dichas funciones de apoyo en el momento de una muerte perinatal a partir de ensayos controlados aleatorios se pueden obtener adecuados resultados.

³⁹ GOLD KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology* 2007; 27(4): 230-7.

⁴⁰ FORREST G. Care of the bereaved after perinatal death. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC editor(s). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989: 1423-30.

⁴¹ Óp. cit., MURRAY JA, TERRY DJ, VANCE JC, BATTISTUTTA D, y CONNOLLY Y., 2000.

10.2 LAS DEMORAS QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN EL CASO DE PUERTO ASIS

Lo que respecta a la muerte de un hijo es una de las principales causas de sufrimiento y de trastorno de estrés postraumático por parte de los padres y de la familia, por ende la oportunidad de despedirse por última vez es de gran importancia para las familias, y para su beneficio físico, psíquico y emocional, pero la pregunta es hasta qué punto esto es posible en las muertes perinatales.

Los padres y las familias que reciben generosidad para manejar el duelo, integran la muerte de su hijo más fácil con situaciones de la vida cotidiana, de tal forma que de los cuidados psicológicos que reciban los mismos se encontrarán capacitados para resolver los temas del duelo de mejor manera, así mismo las situaciones de ira y culpabilidad. Es así que es claro entender, que la aflicción conlleva a un amplio registro de respuestas emocionales, presentando diferentes etapas, por lo tanto no existe un orden específico del proceso de duelo: negación, incredulidad, confusión, shock, enfado o rabia, tristeza y depresión, añoranza, desesperación y desesperanza, culpa y vergüenza. Las cuales acompañadas de otros síntomas como la inquietud, la tensión muscular y el insomnio, dan respuesta a un patrón a fin de respuesta de estrés⁴².

De las anteriores etapas surgen pautas modales de respuesta que identifican la situación como son:

- La promesa de no olvidar nunca al hijo/a.
- El deseo de morir.
- Una revitalización de las creencias religiosas.
- Un cambio de valores.
- Una mayor tolerancia.
- Sombra de dolor.

⁴² Óp. cit., GOLD KJ., 2007.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el Hospital de Puerto Asís, se han identificado las cuatro demoras en las que se consideran están depositadas las principales causas de muertes peri natales en dicha Institución, durante los últimos años y en las cuales están involucradas tanto los padres como las familias respectivas:

Demora 1. Demora en Reconocer el problema. En otras palabras demora en la pareja y en la familia en reconocer el riesgo del problema. Entre las causales se ubican aquellas que tiene que ver con el desconocimiento del problema con prontitud por parte de la gestante, como también de los factores de riesgo durante la gestación, signos y síntomas de peligro o alarma, se desconoce de la misma forma los derechos sexuales y reproductivos, como los derechos y deberes de salud, en este caso se obtiene una percepción de riesgo como algo normal ya sea por parte de la pareja y de la familia.

En este caso la falta de comprensión acerca de las implicaciones, la aceptación de la mortalidad perinatal, la baja categoría y las barreras socioculturales en la atención traen como consecuencia la alta probabilidad de complicaciones y muerte perinatal y de las madres y a su vez la demora en la decisión de buscar una ayuda realmente adecuada.

Demora 2. Demora en decidir buscar atención. En los casos identificados en el Hospital de Puerto Asís, de muerte perinatal, se destaca una importante demora, alrededor de síntomas tales como hemorragia, frío, mareos, las cuales fueron percibidas como alarmantes, o al menos no motivaron la consulta, quizá debido a los temores de tener que referir la realización de las maniobras médicas, o de la desconfianza que en la zona se tiene frente a las prácticas de los médicos profesionales, por tanto se recurre a la medicina natural o a chamanes, por tanto se presentan de forma confusa la existencia de ciertas señales que no fueron atendidas en forma inmediata.

Frente a los casos encontrados en el 2010 de muerte perinatal, si bien la decisión en buscar atención fue más próxima al momento de la percepción del malestar, inicialmente los síntomas presentados fueron asociados a distintas causas y se intentó paliarlos en forma casera o con medicina tradicional. Por otra parte la presencia de obstáculos para la atención buscar atención oportuna por parte de la pareja como de sus familias, se asume al ocultamiento ya que las mujeres en la mayoría de los casos se presentan al servicio de salud, o al menos al primer contacto en forma sola, ya sea por haber sido abandonadas por su pareja o bien porque las condiciones labores, geográficas, entre otras dificultaban el acercamiento a la atención.

Demora 3. Demora en llegar al servicio de salud. Una vez tomada la decisión por parte de las mujeres que requieren la atención, de buscar atención médica, el traslado hacia el centro de salud o al hospital se efectúa en forma particular o por medio de ambulancia. En este caso, el servicio prestado por las ambulancias no presentó demora, pero cuando el transporte estuvo a cargo de la mujer y/o de su pareja o familia, aunque no fueron los medios más adecuados, encontraron cierta demora en el trayecto, por las condiciones geográficas del municipio.

En la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro de salud o en el hospital directamente se destacaron los diagnósticos incorrectos, con tratamientos ambulatorios, en algunos casos, las mujeres o sus acompañantes reaccionaron exigiendo la atención más exhaustiva o la internación frente a los síntomas que padecían. En este aspecto es importante tener en cuenta la ventaja de contar con el soporte de una familia frente a la gestión de la atención.

Demora 4. Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud. Entre las dificultades de atención en los centros de salud respectivos y el Hospital de Puerto Asís, surgen las vinculadas al desarrollo de un manejo adecuado de la paciente y su embarazo, y la demora en presentarse en el servicio de un especialista crucial para la atención de la mujer con la patología preexistente conocida. Se observa una demora en la realización de los exámenes diagnósticos, falta de medicamentos, sangre, instrumentos técnicos especializados.

De esta forma se describen 15 casos de los 20 presentados en el Hospital de Puerto Asís de muerte perinatal, comprendida de Enero a Diciembre del año 2010 con sus respectivas relaciones de las demoras presentadas:

Paciente 1. Presentó la demora No. 1 y 4

- No apareció la historia clínica del control prenatal de la institución que atendió la paciente, ni en medio físico ni magnético.
- No se contó con estudios de caso.
- No se capacitó en los exámenes que debió hacerse la paciente.
- Inadecuada valoración por el ginecólogo tratante.

- Ausencia de apoyo psicosocial a las gestantes en aras de reducir este factor de riesgo.
- No se presentó factores de riesgo ambientales que influyan directamente sobre el evento porque no se evidencio bajo nivel socioeconómico ni educativo.
- Falto integrar y fortalecer el programa de salud mental y salud reproductiva con las actividades encaminadas a las embarazadas.
- Ausencia de estrategias de canalización y demanda inducida implementada por cada IPS.
- Capacitación a todos los empleados de las IPS acerca de la priorización a la gestante.
- De acuerdo a la entrevista que se tuvo con la paciente fue una muerte previsible y pudo haberse evitado si se hubiese otorgado óptimamente el servicio de salud durante la asistencia médica.
- Ausencia de apoyo psicológico para resolver el problema de duelo por la pérdida gestacional.
- Ausencia de atención integral a la gestante durante el control prenatal parto y puerperio.
- Paciente con domicilio cercano con posibilidades de acceso a los servicios de salud.
- No se le realizo visita de campo de mortalidad perinatal.
- Notas de evolución con poca información para el análisis.

Abordaje Institucional

- Existe deficiencias y falencias en los registros de atención de la historia clínica.

Deficiencias educativas

- Dentro de la historia clínica no aparece registrada información, que a la gestante se le hubiese dado educación sobre la importancia de su participación correcta en el momento del parto.

Recomendaciones:

- Un mayor énfasis en educación psicoprofiláctica, como está previsto para la gestante y el cónyuge y que sea de obligatorio cumplimiento, sin permitir evasiones institucionales o de las personas a quien va dirigidas.
- Realizar auditoria a todos los exámenes ordenados.
- Cumplimiento estricto de la norma técnica
- Seguimiento a la inasistencia del control prenatal y el apoyo diagnóstico.
- Monitoreo de estándares de calidad de las IPS evaluación y análisis de ejecución de los programas de control prenatal, atención del parto y complicaciones.

Paciente 2. Presentó Demora No. 1, 3 y 4.

- Historias clínicas no confiables y en mal estado por ejemplo registran etnia mestiza y son afro colombianos.

- No accesibilidad para el control prenatal.
- No Reconocimientos de signo de alarmas y controles prenatales oportunos.
- Faltó estudiar el caso a fondo en busca de una causa subyacente, que de haberla identificado y corregido habría permitido mejorar el pronóstico en factores de embarazo
- Hacer conclusiones e inferencias a partir de la información de causa de muerte perinatal.
- Faltó detención de las maternas en la zona rural para la vinculación del control prenatal.
- Se evidencio que los comités de mortalidad, al discutir, analizar y dictaminar cada caso de pérdida perinatal no están generando acciones en lo individual ni en lo colectivo cuya aplicación redunde en la no prevención de los mismos.
- La gestante no está acudiendo con oportunidad y regularidad a la consulta de vigilancia prenatal, lo cual no está permitiendo modificar el curso de algunas complicaciones durante el embarazo.
- Detención de las maternas en la zona rural y urbana con orientación en oficina SIAU y enfermería para la vinculación al control prenatal.
- Falta fortalecer las capacitaciones en temas de educación sexual y Reproductiva en factores protectores de riesgo para la gestante, en signos y síntomas de alarma.
- No se evidencian estrategias de canalización y demanda inducida implementada por cada IPS.

- Ausencia de capacitación a todos los empleados de las IPS acerca de la priorización a la gestante.

Paciente 3. Presentó Demora No. 1 y 4

- No se capacitó en los exámenes que debió hacerse la paciente.
- No se cuenta con estudios de caso.
- No control prenatal oportuno.
- Captación tardía a los controles prenatales.
- No se realizó evaluación de aplicación de la norma técnica para control prenatal.
- No hay oportunidad en la asignación de turnos para la toma de ecografías.
- Faltó visitas de seguimiento.
- Falta plan de mejoramiento, cuando se presenta el evento de muerte perinatal y seguimiento a partir de los soportes documentales aportados por las IPS involucradas.

Pacientes 4-10-11. Presentaron las Demoras No. 2, 3 y 4.

- No se encuentra estudios de caso.
- No hay mucha información en la historia clínica

- Se presentaron factores de riesgo ambientales que influyeron directamente sobre el evento porque si se evidencio bajo nivel socioeconómico y educativo.
- Dificultad en la accesibilidad por costo de traslado.
- Debe existir un manejo prioritario para aquellas gestantes que viven en sitios de difícil acceso y acuden irregularmente a los controles prenatales.
- No existen los soportes documentales aportados por la EPS e IPS involucradas.
- Faltó canalización casa a casa de gestantes y Remisión a instituciones de salud.
- Faltó detención de las maternas en la zona rural para la vinculación del control prenatal.
- Faltó integrar y fortalecer el programa de salud mental y salud reproductiva con las actividades encaminadas a las embarazadas.
- Faltó elaboración de planes de mejoramientos, los que realizaron fueron mecánicos.

Paciente 5. Presento Demora No. 4

- No existen soportes documentales aportados por la EPS e IPS involucradas.
- Existe deficiencia y falencia en los registros de atención de la historia clínica de la gestante.
- No hubo periodicidad en los controles prenatales.

- Notas de evolución con poca información para el análisis.
- No se realizó visitas de campo.
- Faltó canalización casa a casa de gestantes y remisión a instituciones de salud.
- Falto elaboración de planes de mejoramientos, los que hicieron fueron mecánicos.
- Se presentó captación tardía a los controles prenatales.

Paciente 6. Presentó la Demora No. 4

- Historia familiar estresante embarazo no planeado.
- Paciente hipertensa.
- ¿o se capacitó en los exámenes que se debe hacer la paciente.
- Faltó sensibilización de la familia de los cuidados de la gestante y sus riesgos en ese mismo periodo.
- No se realizó visitas de campo de mortalidad perinatal.
- No se valoró el alto riesgo por ser una paciente hipertensa.
- No se realizó seguimiento estricto a gestante de alto riesgo.
- Faltó hacer énfasis en curso psicoprofiláctico enfatizando riesgos en controles.

Pacientes 7-8-9-15. Presentaron las Demoras No. 1 y 4.

- No se contó con estudio de caso.
- Se evidenció que los integrantes de las instituciones de salud no saben tratar a una materna cuando asisten a la entidad.

- Existió fallas y trabas administrativas y médicas, por ende la importancia de hacer evaluación, con unos buenos planes de mejoramiento para la prevención de nuevos casos de muerte perinatal cuyo evento refleja la calidad de los servicios de salud.
- No hay buena información en la historia clínica, no es confiable.
- No se capacitó en los exámenes que se debía hacer la paciente.
- Se presentó demora en el acceso a la atención; calidad de la atención deficiente.
- El control prenatal no fue oportuno.

Pacientes 12 -13. Presentaron Demora No. 1 y 4

- No aparece la historia clínica del control prenatal de la institución que atendió la paciente, ni en medio físico ni magnético.
- No cuenta con estudios de caso.
- El control prenatal no fue oportuno.
- No se realizó seguimiento estricto a gestante de alto riesgo.
- No hicieron visitas de campo de mortalidad perinatal.
- Se evidencia captación tardía a los controles prenatales.
- Faltó estudiar el caso a fondo en busca de una causa subyacente, que de haberla y corregirla permita mejorar el pronóstico en factores de embarazo.

Paciente 14. Presentó las Demoras No. 1,2, 3 y 4.

- No aparece la historia clínica del control prenatal de la institución que atendió la paciente, ni en medio físico ni magnético.
- Inadecuada valoración por el ginecólogo tratante.

- Faltó estudiar el caso a fondo en busca de una causa subyacente, que de haberla identificado y corregido habría permitido mejorar el pronóstico en factores de embarazo.
- No se capacitó en los exámenes que debía hacer la paciente.

10.2.1 Recomendaciones que el personal psicosocial del Hospital de Puerto Asís debe tener en cuenta para el manejo de las muertes perinatales. Es importante tener en cuenta qué hacer en los casos en que se presentan las demoras anteriormente determinadas, pero desafortunadamente la mayoría de ellas no se pueden controlar o mejorar por parte de la Institución de Salud y de sus profesionales. Por tanto en lo que respecta a la demora 4 que es la que corresponde a los problemas en la atención por parte del Hospital de Puerto Asís, y como punto de partida y de análisis de los casos presentados, es trascendental tener en cuenta algunos puntos claves que lo erradicará, si no en su totalidad, minimizará su presencia.

Al momento de recibir el caso es necesario que el profesional comience por decir su nombre y el cargo que tienes en el centro, se convierte así en una manera de acercarse a los padres o a sus familiares.

Escuchar; es necesario mostrar su consternación por la muerte. No debe limitarse el dolor ni quitárselo, pero puede compartirlo y ayudarles a sentir que no están solos. Se debe evitar comenzar conversaciones si no está dispuesto a escuchar y prestar atención, mantener la mirada, ofrecer respuestas sinceras, etc. Necesitarán hablar del bebé sin represiones.

Es necesario dar tiempo a los padres y a la familia. Para una persona en estado de shock es muy difícil tomar las decisiones correctas. Los padres necesitan tiempo para llegar a sus propias conclusiones. Infórmales sobre las decisiones a tomar en ese momento y dejar tiempo para que decidan.

Hablar con los padres y la familia de forma sincera. Los afectados necesitan información para sentir que tiene algo de control sobre la situación. El profesional no les debe decir lo que deben hacer o sentir.

Es necesario explicar opciones y dar apoyo a los padres y familiares en las decisiones. Aunque no se esté de acuerdo con las mismas, hay que respetarlas.

Si se cree que necesitan más o mejor información debe transmitirse de manera adecuada.

Mantener la calma; debe ser una constante para encontrar una solución, en caso de existir una negligencia en la que la Institución se encuentre comprometida. .

Es necesario que los profesionales cuiden su lenguaje corporal, no busquen encontrarle algo positivo a la muerte del niño, debido a ninguna persona le consuela e incluso hubiera querido que sobreviviera su hijo/a aunque tuviese alguna enfermedad o malformación grave.

El profesional debe hacer sentir su presencia, pero con discreción, a veces vale más algo de contacto físico que palabras, una mano en el hombro, un abrazo si se considera oportuno, puede llegar mil veces más lejos que “las palabras correctas”.

No se debe generar expectativas sobre nuevos embarazos, puesto que este bebé es o era único para los padres y sus familias. En el caso de que tengan otros hijos, no se debe sugerir que debe estar agradecido por ellos, una persona es irremplazable, independientemente del tiempo que haya existido.

Se recomienda ofrecer siempre a los padres la posibilidad de ver a su bebé fallecido y respetar al máximo el criterio de cada uno. Habrá quien prefiera no verlo. Algunos estudios señalan que no verlo puede incrementar levemente el riesgo de estrés postraumático. Si no desean ver al bebé también se les puede describir como es físicamente si lo desean; de tal forma que esto les puede ayudar a comprender que el bebé tiene una apariencia física normal. Siempre hay que dejar saber que si cambian de idea solo hace falta decirlo y traerán a su bebé.

Se debe ayudar a la toma de decisiones. Los padres a veces no han pensado si quieren tener recuerdos o si quieren nombrar a su bebé, profesionalmente se puede sugerir que tengan estas opciones. Otra decisión sustancial a tomar es si desean que se realice una autopsia, por tanto es importante explicar a los padres de que si deciden hacer autopsia tienen que expresar por escrito su deseo de recuperar el cuerpo o de lo contrario el hospital dispondrá de él; por tanto esto significa que deben dar su autorización, si no que dentro de los documentos a diligenciar quede clara una respuesta de la muerte intrauterina;

teniendo en cuenta que los resultados de la autopsia tienen mucha importancia para saber que no hubo ningún problema genético por ejemplo, sobre todo a futuros embarazos, o la importancia que tengan para la investigación del porqué de las muertes perinatales. A los padres se les debe informar además de su derecho a pedir diferentes tipos de autopsias y análisis complementarios como estudios genéticos, microscópicos, etc.

Por último cuidar la terminología, como de la misma forma hablar con ambos padres equitativamente; ya que se suele considerar que los padres no sufren, ni deben llorar o mostrar su dolor; asimismo, se suele ignorar a las madres en los trámites administrativos, y ambas actitudes suponen una exclusión en los asuntos relacionados con sus bebés.

10.3 ESTUDIOS DE CASO DE MADRES CON PÉRDIDA PERINATAL EN EL HOSPITAL DE PUERTO ASÍS DURANTE EL AÑO 2010.

Durante el tiempo de recolección de información y análisis de la misma, a través del proceso metodológico de la presente investigación se obtuvieron datos de casos, expresados en Historias de Vida o Estudios de caso, a través de visitas domiciliarias de algunas mujeres que durante el año 2010, presentaron pérdida perinatal y fueron atendidas en la E.S.E. de Puerto Asís, por lo tanto se lograron extraer algunos apartes textuales de dichas visitas, donde se reflejan los aspectos más importantes y donde se descubre una realidad más cercana a los padres y sus familias. Además se aclara que fue necesario la realización de las mismas teniendo en cuenta que las historias clínicas de atención al parto, historias clínicas de control prenatal, estudios de caso, unidades de análisis y fichas de notificación estaban incompletas y pocos confiables, por ende se necesitó corroborar la información, donde evidentemente se encontró fallas en las mismas.

Caso 1. Ana Milena Ortiz Angulo.

Es Afro colombiana y no mestiza como aparece en la historia clínica, le realizaron los 6 controles prenatales en la IPS Salucoop, el embarazo si fue planeado, nunca ha fumado, durante el embarazo no ingirió alcohol, solo toma de vez en cuando si la invitan a fiestas. Sostiene una buena relación de pareja se caracteriza por el apoyo mutuo, no se presentaron eventos de violencia intrafamiliar, si le aplicaron la vacuna anti rubeola y antitetánica, si asistió al odontólogo. Le realizaron cuatro Ecografías. Ella refiere que estaba en su casa cuando le empezaron unos dolores así estuvo todo el día pero que eran

tolerables por eso no acudió al médico de inmediato, que asistió ya en horas de la noche por que empezó a sangrar. La atendieron de inmediato en Saludcoop y después la remitieron al hospital y el ginecólogo la atendió y le dijo que presentaba desprendimiento de la placenta. A los pocos minutos se le vino el bebe y ya estaba muerto. Indagando acerca de la calidad en la atención, no tiene queja alguna por el contrario manifiesta que siempre la atendieron bien que quizás era algo que tenía que pasar, no se evidencia en ella sentimientos de dolor, ni elaboración de duelo no resuelto por el contrario se ve muy bien tiene una nueva bebe de 5 o 6 meses.

Caso 2. Rosa Elena Malangón Castañeda.

Manifiesta que su bebe se murió por descuido y negligencia. Que el ginecólogo ordeno una Ecografía de tallaje y le respondieron que no estaba dentro del pos, posteriormente se la ordenaron después de un mes evidenciándose que el servicio no fue oportuno. De igual manera la señora refiere que asistió a todos los controles prenatales en la IPS Saludcoop, aunque al revisar las historias clínicas aparece que asistió a cinco. Menciona que desde el primer mes de embarazo estuvo en controles, que su bebe fue planeado, que no ha fumado, ni ha ingerido alcohol en su vida, no ha recibido malos tratos por parte de su pareja. Refiere que la IPS no le ordeno la vacuna anti rubeola y antitetánica, que ella se la hizo aplicar por cuenta propia aprovechando que trabajaba en el hospital local en el área de facturación. Que si le practicaron el examen de mamas, sin embargo no le mandaron, examen de cérvix anormal, RH, Elisa, VDRL y el de Sífilis. Si le mandaron micronutrientes, no la prepararon para el parto, ausencia de capacitación en lactancia materna. Se considera que aplica la demora II, III. Porque no hubo el acceso en la atención en salud respecto al examen que le negaron, de igual manera, demoraron la decisión de mandarle la Ecografía. Se aclara que durante la visita domiciliaria la señora se encontraba muy afectada y lastimosamente no fue posible indagar más sobre el parto. Se le recomendó atención psicológica para elaboración del duelo por su estado depresivo.

Caso 3. Sandra Yasnid Pabón Erazo.

Reseña que asistió a todos los controles prenatales pero que no le gusto porque siempre era con diferentes médicos, que lo ideal sería que siempre fuera el mismo. Que ella era consciente de su edad que tenía 40 años, que sufría de hipertensión pero siempre se lo recordaba al médico, y que pedía el favor que le hicieran cesárea a la hora del parto, pero no le tuvieron en cuenta su petición. Dice que llego al hospital como a las cinco de la tarde y le dijeron que todavía

no era el tiempo que se regresara a su casa, ella les comento que le dolía la cabeza y la enfermera le dijo que tenía la presión alta. Sin embargo le dieron una pastilla que la dopo y le dio mucho sueño y le insistieron que se fuera a su casa que no podía quedarse en el hospital, y aunque quiso convencer a la enfermera la respuesta fue no. Llego a su casa y dice la señora que durmió hasta el otro día, como a las once de la mañana se levantó asustada y volvió nuevamente al hospital y le dijeron nuevamente que tenía la presión alta le suministraron una pastilla y ella dice que no se la quería tomar, le insistió al médico que la reviso que le hiciera cesárea y no tuvo respuesta alguna tan solo después de un rato la reviso el ginecólogo y dijo a esta paciente hay que hacerle urgente cesaría y palabras textuales de la señora que escuchaba que el ginecólogo decía que la bebe se estaba pasando de tiempo, y aparte de eso decía que la bebe se había poposado en el vientre según sus palabras, porque no utilizo el termino médico. De igual manera dice doña Sandra que la bebe nació y el ginecólogo dijo que hasta allí era el trabajo de él, que buscaran una ambulancia para remitir a la bebe a Neiva, y que contestaron que la ambulancia no está lista, que toca esperar que manden una de Mocoa. Se esperó tres días para remitir la niña y saliendo de Puerto Asís murió. La señora con dolor manifiesta que sería importante que el personal fuera más comprometido, que no se demore tanto el servicio de ambulancia y que el ginecólogo no sea tan inhumano y atienda rápido, sea amable y no haga comentarios como el siguiente, el que esta para vivir yo siempre he dicho que vive. Finalmente argumenta la señora que su hija se murió por puro descuido, ella se encontraba deprimida inmediatamente se le consiguió cita para atención psicológica. En este caso se evidencia la demora II y III según este relato textual de la señora. En cuanto a las vacunas durante el embarazo si se las aplicaron, no asistió a odontología, no le hicieron examen de mamas, si le autorizaron RH y examen de Elisa el de Sífilis no, si le dieron los micronutrientes si, la prepararon para el parto, no recibió educación en lactancia materna, no fumo en el embarazo no ingirió alcohol, si hay comprensión y apoyo por su esposo. El embarazo no fue planeado.

Caso 4. Bonny Amanda Quintero Martínez.

Relata que ella asistió a todos los controles prenatales en COOMEVA. Que el embarazo si fue planeado, que nunca ha fumado, no consume alcohol, que en su hogar no se ha presentado violencia intrafamiliar, si le aplicaron vacuna anti rubeola y antitetánica, si le entregaron los micronutrientes, si le ordenaron todos los demás exámenes, Sin embargo al revisar las historias clínicas no aparecía esta información. De igual manera asegura que el problema fue en el momento del parto que ella había llegado al hospital con dolores con tres de dilatación y que hubo cambio de médico de turno y que la médica que recibió el turno le ordeno a las enfermeras que estuvieran pendientes que cuando la niña

mostrara la cabecita que entonces la llamaran, Argumentando la señora que ella quedo en proceso de parto sola que cuando llamaron a la médica ella se demoró en venir y que cuando nació la bebe estaba enredada con el cordón umbilical y que habían dicho las enfermeras que se había asfixiado. La señora en estos momentos se encuentra viviendo en Popayán y no quiere saber nada del hospital dice que por la culpa de esa medica se murió su hija. Se observó muy mal emocionalmente.

Caso 5. Sandra Milena Ortiz Portilla.

Manifiesta que acudió al control prenatal desde el cuarto mes, porque se encontraba en una finca y por factores económicos se le dificultaba el traslado. Que los embarazos no fueron planeados, que nunca ha fumado, que durante el embarazo se tomó una que otras copas de aguardiente cuando asistía a fiestas, que por parte de su pareja hubo apoyo, una que otra discusión pero sin violencia, que si la vacunaron, que no la hicieron pasar a odontología, examen de mamas sí. Se aclara que se indago por el resto de exámenes que no aparecían reportados en las historias clínicas y ella manifiesta que si se los tomaron. Pero que de nada sirvió si a la hora del parto el hospital le hizo morir el bebe porque ella llevo con dolores y la dejaron mucho tiempo sola se demoraron en atenderla que la médica estaba hablando por celular y que el resto de enfermeras se reían y nada que la atendían. Que cuando la atendió la médica le dijo que era cesaría después parto normal el caso fue que cuando nació el bebe ya estaba muerto. Se evidencia en la señora dolor, además quería demandar a la médica pero su esposo le había dicho que dejaran eso así que ya que. Estos son los comentarios textuales que hizo la entrevistada.

Caso 6. Rosa Albertina Chapal.

Refiere que solo asistió a cinco controles prenatales, porque se presentaron inconvenientes económicos para venir hasta Puerto Asís, de igual manera que había tenido experiencias negativas porque la regañaban porque no se cuidaba y ya tenía varios hijos. Ninguno de los embarazos fue planeado, nunca ha fumado, durante el embarazo no ingirió alcohol, no le hablaron de las vacunas, ni la vacunaron, examen de mamas no. Examen de Elisa si, RH-si, no le hablaron de educación en lactancia materna. Se aclara que en las historias clínicas aparecen los demás exámenes sin dato pero la señora manifiesta que si se los hicieron. En cuanto al parto dice que llevo con dolores al hospital y la atendieron de inmediato, le hicieron cesárea y que el doctor le dijo que el bebe

tenía un problema en los bronquios y que tenía dos días de vida y al poco tiempo el bebe murió. (Palabras textuales de la entrevistada.)

Caso 7. María Elena Guayal Díaz.

Cuenta que no asistió de una forma constante a los controles prenatales porque ella no estaba enseñada, además que sinceramente le daba pereza, que el embarazo no fue planeado, nunca ha fumado, durante el embarazo no ingirió alcohol, si paso con el odontólogo, no le hicieron examen de mamas, examen toxoplasma no, micronutrientes sí, no recibió educación en lactancia materna, manejo activo del tercer periodo del parto no recibió , la señora relata que ella llevo con dolores al hospital la recibió la enfermera y le dijo que le faltaba tiempo que caminara un rato después me empecé a sentir mal la enfermera me revisó me metió como un palo por la vagina y yo pienso que eso fue lo que mato a mi hijo porque le chuzaron la cabeza, además yo las mire muy fatigadas a esas enfermeras y a ese doctor que hasta llamaron a otro y no sabían qué hacer y al rato me dijeron que mi hijo estaba muerto pero ellos me lo dejaron morir. Estas son las palabras textuales de todo el discurso de la entrevistada.

Caso 8. Jaibeleidy Silva Betancourt.

Revela que acudió a más de los nueve controles prenatales porque ella es consciente que sus demás embarazos habían sido de alto riesgo porque había presentado miomatosis uterina y por eso dos días antes de que su bebe muriera le había dicho al médico que le mandara una ecografía porque ella no sentía la bebe y él contesto que dejara esas pendejadas que el bebe estaba bien, y la señora refiere que salió muy confundida y pago una cita particular y se la dieron para el sábado y lastimosamente la bebe ya estaba muerta, por “culpa de ese médico que no detectó a tiempo el problema, además que no me creyó que no sentía a mi hija, y como si fuera poco SALUDCOOP paso el reporte al departamento sin esperar el resultado de patología porque estaban aterrados que con seis meses ya estaba muy formada y con una talla y un peso muy altos. También me dijeron que la dejara para estudio y yo me opuse entonces la llevaron a la morgue y le dijeron a mi hermana vaya y la reconoce antes de que se la coman los gatos y me contó mi hermana que estaba en una bandeja toda llena de agua. Que decepción si eso hacen con uno que tiene régimen contributivo y más o menos entiende que será de los pobres del campo. La vacuna anti rubeola si se la aplicaron, la antitetánica me dijeron que ya la tenía, nunca me pasaron a odontología, ni me hicieron examen de mamas, Examen de cérvix anormal no, RH (-) si, examen toxoplasma no, Elisa si, sífilis si, micronutrientes si, uro - análisis si, Educación en lactancia materna por parte de

la IPS no hubo. Finalmente la señora argumento que ella está confundida pero que piensa como demandar a la clínica y al médico porque fue culpa de ellos que su bebe falleciera.

Caso 9. Olga Campiña Blandón.

Exterioriza que acudió a cuatro controles prenatales al hospital local, y dos más al puesto de salud de la carmelita, debido a factores económicos no asistió con más frecuencia, de igual manera la vereda se encuentra muy retirada. Refiere que los médicos le decían que el bebe estaba muy pequeño, que no se sentía y que les parecía que era un embarazo muy lento que no avanzaba, según palabras textuales de la señora, que ella asistió al puesto de salud de la carmelita al quinto y sexto control y que el médico le decía que no estaba muy seguro pero que no se sentía el bebe. Ella le daba la impresión que el médico casi no sabía que estaba como muy inseguro con el caso de ella. Y que dejo pasar unos días y no volvió a sentir al bebe entonces se vino al hospital y le dijeron que el bebe estaba muerto. Que tal vez ella fue descuidada por no asistir más al hospital. Le mandaron el examen de laboratorio de Elisa, el de sífilis y no se los hizo tomar, dijo que ella tenía varios meses de embarazo. No planeo el embarazo, nunca ha fumado, durante el embarazo no ingirió alcohol, no ha recibido violencia por parte de su pareja, que no le hicieron el examen de mamas, cérvix visualizado no, RH- no, examen toxoplasma no, educación en lactancia materna no. La señora dijo que sería bueno que en el hospital atendieran más rápido.

10.3.1 Discusión de los casos. Los casos anteriormente analizados destacan la dificultad e insuficiencia de investigaciones en el área psicosocial y de apoyo en el duelo por una muerte perinatal en el municipio de Puerto Asís, específicamente en su hospital principal. Debido, a que han realizado pocos intentos por realizar estudios controlados y dirigidos que traten este tema. Los datos disponibles son dispersos, como a su vez las variables, por lo tanto cualquier intento de llevar a cabo un estudio sobre el tema es de calidad insuficiente, como para permitir cualquier conclusión válida.

Frente al presente estudio, sin embargo se ha tratado de ofrecer una visión sobre las áreas de dificultad del tema y de esta manera poder guiar el diseño de nuevas investigaciones en el futuro. Dentro de los problemas más importantes encontrados está la pérdida de la tasa de seguimiento de las muertes perinatales en el municipio especialmente en la E.S.E en los últimos años, por lo tanto futuras investigaciones deben tratar específicamente este problema y buscar los recursos suficientes para lograr un mejor seguimiento.

En los casos expuestos se identificaron grupos de alto riesgo que merecer un estudio adicional. Se observó de la misma forma que las mujeres socialmente aisladas como sucede en este municipio o con bajo nivel de apoyo social presentaron una incidencia mayor de los síntomas psicológicos después de la pérdida perinatal. Por lo tanto se observó que estas mujeres que experimentaron la interrupción del embarazo por diferentes situaciones, sufrieron resultados psicológicos algo peores de los que habían experimentado físicamente al momento de perder a su bebé. Dada la dificultad de la investigación en esta área, se ve la necesidad de llevar a cabo un mayor énfasis y atención específica a estos grupos de alto riesgo, con niveles adecuados de seguimiento.

Aunque se notó que en algunos casos, se observó la presencia de las parejas y de sus familias en los procesos de intervención, no fueron los mejores y los mayores acompañamientos debido a sus falencias tanto académicas como de comprensión de la situación, convirtiéndose este en un tema potencialmente interesante para explorar investigativamente frente a los ajustes familiares y de pareja frente a una muerte perinatal, ya que a la fecha ningún estudio ha abordado específicamente este tema.

Se puede concluir que la discusión principal de los casos, se fundamenta en la planificación hacia la inclusión del duelo complicado o patológico como una categoría diferenciadora del trastorno que tiene las implicaciones de la muerte perinatal, tanto para la madre, su pareja y sus familiares, a partir de la identificación en las intervenciones potenciales para los que sufren la pérdida.

11. CAPITULO V. PROPUESTA DE ESTRATEGIA GERENCIAL PARA INTERVENIR LAS CARACTERÍSTICAS RELEVANTES IDENTIFICADAS EN LAS MUERTES PERINATALES OCURRIDAS

Más allá de una propuesta estratégica gerencial basada en una intervención exitosa que busque las características relevantes en las muertes perinatales ocurridas y que intervenga en ellas a partir de la E.S.E. de Puerto Asís, es importante establecer un plan estratégico que reúna todas y cada una de las áreas de la Institución en pro de los casos perinatales ocurridos.

11.1 PRINCIPIOS DEL PLAN ESTRATÉGICO

El plan estratégico para la reducción de la mortalidad perinatal en el municipio de Puerto Asís, desde la función de la E.S.E., se adscribe a los principios de los planes de salud del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional, basándose en los principios de universalidad, inclusión social, equidad, integralidad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad y sostenibilidad.

Estos principios fundamentan el enfoque consensual del análisis de la situación de la Muerte Perinatal en Puerto Asís tratando de ubicar las diferentes causas y proponer las estrategias que permitan cumplir a cabalidad con cada una de ellas.

Las evidencias que se han analizado señalan que las intervenciones que buscan reducir la mortalidad perinatal tiene un resultado positivo al asegurar que exista una maternidad que disminuye las brechas que generan las cuatro demoras y garantizan la adecuada atención de las emergencias obstétricas y perinatales, identificadas como elementos críticos que desencadenan la mortalidad.

Dichas actividades deben ejecutarse con base en un marco de derechos humanos y con un enfoque de género e interculturalidad. El abordaje de estos es interdependiente e integrador, a fin de asegurar servicios calificados y accesibles, en donde la calidad se constituye de un lado, en una obligación ética y un compromiso del Estado y el cuidado de la salud en una corresponsabilidad del ciudadano y de la sociedad civil.

11.2 LINEAMIENTOS, OBJETIVOS, METAS, LINEAS DE ACCION Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

11.2.1 Lineamientos. El Plan Estratégico de reducción de la mortalidad perinatal de Puerto Asís, se sustenta en los lineamientos de las políticas de salud Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, siendo los siguientes:

- Vigilancia, promoción y prevención de enfermedades maternas
- Atención integral de la madre y del embarazo, a partir de acciones de promoción y prevención.
- Aseguramiento universal
- Descentralización de la función de salud regional
- Manejo adecuado de los recursos humanos de la E.S.E de Puerto A.
- Medicamentos y atención integral para la madres y su familia
- Participación ciudadana en salud
- Mejora de todos los determinantes de la salud.

11.2.2 Objetivos. Los objetivos del Plan estratégico de prevención de la muerte perinatal se establecen a partir de los siguientes indicadores:

- Reducción del embarazo adolescente
- Reducción de las complicaciones del embarazo
- Incremento del parto institucional en zonas rurales de Puerto Asís y que presentan alta pobreza.
- Ampliación de acceso a la planificación familiar.
- Reducción de la mortalidad perinatal, especialmente en zonas de mayor exclusión social y económica.

- Mejora de la capacidad de respuesta y calidad de los servicios materno infantil en los establecimientos de salud de la E.S.E de Puerto Asís y de otras Instituciones de Salud.
- Identificación, desarrollo y mantenimiento de los recursos humanos competentes, comprometidos en atender las necesidades de salud de la población de Puerto Asís, respecto a la atención de las mujeres embarazadas.

Objetivo General del Plan. Establecer y poner en marcha estrategias que busquen reducir la mortalidad perinatal en la E.S.E. de Puerto Asís, a partir de la participación multisectorial y con el compromiso de la sociedad civil.

Objetivos Específicos

- Lograr el compromiso multisectorial en la salud de Puerto Asís, para la reducción de la mortalidad perinatal.
- Garantizar la capacidad de respuesta del sector de Salud para la reducción de la mortalidad perinatal.
- Asegurar la participación de la familia y la comunidad de Puerto Asís, en el sistema de salud de la E.S.E para obtener la reducción de la mortalidad perinatal en un marco de descentralización.
- Asegurar un sistema de información de calidad para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad perinatal en el Municipio de Puerto Asís.

11.3 RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES DE RESULTADO

11.3.1 Objetivo estratégico 01. Lograr el compromiso multisectorial en la salud de Puerto Asís, para la reducción de la mortalidad perinatal.

- **Resultado Esperados:** El Municipio de Puerto Asís – Putumayo, a la cabeza de su Entidad Social del Estado E.S.E, establece una reducción de la Mortalidad Perinatal como una prioridad municipal y departamental que garantice su financiamiento.

R1: El Municipio de Puerto Asís, establece la reducción de la mortalidad perinatal como política de la E.S.E., priorizada para el desarrollo del municipio y el departamento, comprometiendo a todos los sectores e incluyendo el diseño y desarrollo de sus planes, acciones contempladas en dicha estrategia.

R2: El Municipio y el Departamento garantizan a través de la E.S.E., la financiación de las estrategias de reducción de mortalidad perinatal.

R3: El gobierno municipal y departamental prioriza la salud perinatal y la incluye en sus políticas y proyectos de inversión social, asegurando la gestión y el financiamiento para la implementación de dichos planes, en el marco del desarrollo local y lucha contra la pobreza.

- **Indicadores de Resultados:** Política institucional de la E.S.E.; para la reducción de la mortalidad perinatal, aprobada.

I1: Plan estratégico municipal y departamental para la reducción de la mortalidad perinatal, aprobado.

I2: Programa estratégico materno neonatal de presupuesto por resultados ampliado al 2015.

I3: % de presupuesto regional destinado anualmente para el desarrollo de las actividades del plan de reducción de la mortalidad perinatal.

I4: % de presupuesto local que destinan en sus programas anuales, fondos para el desarrollo de las actividades del plan de reducción de la mortalidad perinatal.

11.3.2 Objetivo estratégico 02. Garantizar la capacidad de respuesta del sector de Salud para la reducción de la mortalidad perinatal.

- **Resultados Esperados:** Gobiernos regionales y locales comprometan fondos de sus presupuestos para fortalecer la capacidad resolutive de sus establecimientos según el plan estratégico nacional de mortalidad perinatal.

R1: La secretaría de salud de Puerto Asís y del Putumayo, garantizan que las áreas geográficas de su competencia dispongan de establecimientos de salud estratégicamente distribuidos y adecuadamente implementados según la capacidad resolutive para la atención de la madres y del niño y de las emergencias obstétricas y perinatales.

R2: El Sector salud de Puerto Asís, a la cabeza de la E.S.E., incrementa coberturas de atención en salud sexual y reproductiva con eficacia y efectividad, en el marco de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, con calidad y adecuación cultural y enfoque de género.

- **Indicadores de Resultados:**

I1: Porcentaje de instituciones de salud, que dependen de la E.S.E. de Puerto Asís, que cumplen con más del 80% de su capacidad resolutive.

I2: Porcentaje de instituciones de salud, que dependen de la E.S.E. de Puerto Asís, que implementan las claves de atención para las emergencias obstétricas y perinatales.

I3: Incremento del 70% de los partos de la zona rural en las Instituciones de Salud.

I4: Demanda insatisfecha en planeación familiar no mayor del 5%

I5: Incidencia de prematuridad disminuida en un 5% en la zona rural.

11.3.3 Objetivo estratégico 03. Asegurar la participación de la familia y la comunidad de Puerto Asís, en el sistema de salud de la E.S.E para obtener la reducción de la mortalidad perinatal en un marco de descentralización.

- **Resultados Esperados:** La comunidad de Puerto Asís, a través de sus líderes locales y sus organizaciones e instituciones de salud, participen en los diferentes espacios abocados a la reducción de la mortalidad perinatal, con el enfoque de derechos y responsabilidades y de igualdad de oportunidades.

R1: Las familias y la comunidad con el apoyo de las autoridades locales de Puerto Asís - Putumayo, se organizan, participan y vigilan activamente el cuidado de la salud materna y perinatal y la promoción de estilos de vida saludables, con enfoque de género, intercultural, de no violencia contra la mujer y de igualdad de oportunidades, en coordinación con los servicios de salud, las autoridades y los líderes locales.

R2: Las autoridades comunales, locales y regionales de Puerto Asís – Putumayo, con el apoyo de la E.S.E., organizan y establecen sistemas locales de vigilancia en salud, de evacuación de emergencias obstétricas y perinatales incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

- **Indicadores de Resultados:**

I1: Porcentaje de estrategias, implementadas de mejoramiento de la salud, en coordinación con la comunidad y autoridades locales.

I2: Porcentaje de centros de salud que poseen estrategias locales de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales con compromiso multisectorial de la empresa privada.

11.3.4 Objetivo estratégico 04. Asegurar un sistema de información de calidad para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad perinatal en el Municipio de Puerto Asís.

- **Resultados Esperados:**

R1: La E.S.E. de Puerto Asís – Putumayo, dispone de un sistema de información intersectorial sobre vigilancia materna y perinatal, con prioridad en los centros de salud rurales.

R2: Se establece un sistema de Vigilancia Epidemiológica intersectorial en la E.S.E. de Puerto Asís y sus respectivos centros de salud, en el marco de la descentralización, que proporcione información permanente veraz y oportuna en todos los niveles en la toma de decisiones, incorporando mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

- **Indicadores de Resultado:**

I1: Sistema de vigilancia epidemiológica para la mortalidad materna aprobada e implementada.

I2: Sistema de vigilancia epidemiológica para la mortalidad perinatal, aprobada e implementada.

12. CONCLUSIONES

La mortalidad perinatal en Puerto Asís-Putumayo, ha seguido la tendencia observada a nivel Nacional. Sin embargo, según lo muestran las cifras recopiladas en la E.S.E., la reducción de la mortalidad en el municipio, no ha tenido cambios en los últimos años, entendiéndose que todavía hay más espacios para reducir esta tasa, sobre todo en los centros de salud donde se presenta una menor capacidad resolutive de atención materno-perinatal.

En los resultados del informe se encontró coincidencias con la literatura nacional e internacional sobre los factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal. En primer lugar, las anomalías congénitas constituyen uno de los principales factores de riesgo asociado a la mortalidad perinatal. En los centros de salud del municipio que presentan menor capacidad resolutive, en los casos de manejo de anomalías congénitas, mientras que en la E.S.E., hay mayores probabilidades de capacidad resolutive, reduciendo de esta forma la muerte perinatal.

Otro de los factores de riesgo encontrados, es la edad gestacional seguido por el peso, que inciden en la sobrevivencia. De la misma forma los factores de riesgo asociados a la madre tienen menos asociación con la mortalidad perinatal, la preeclampsia y la rotura prematura de membranas reducen la probabilidad de muerte en hospitales de mayor capacidad resolutive como la E.S.E. de Puerto Asís.

En la red de Centros de Salud de Puerto Asís, los casos de mayor riesgo son y deben ser transferidos a la E.S.E, y a otras instituciones de mayor complejidad, ya que son los únicos que ofrecen las condiciones más adecuadas para garantizar la sobrevivencia del binomio madre-niño.

Las cuantías presupuestales generadas por el municipio y el departamento a la E.S.E., no son adecuadas para la atención integral de la madre y el menor, por esta razón, si bien las enfermedades durante el embarazo debieran incidir sobre la mortalidad perinatal, un tratamiento oportuno y focalizado de las mismas hará que estos casos de riesgo no terminen en muerte y por consiguiente no resulten significativos en las estimaciones.

El impacto estimado combina tanto el factor de riesgo clínico como el esfuerzo institucional para destinar más recursos a los casos identificados como de

mayor riesgo, por ende este esfuerzo institucional es superior en establecimientos de mayor capacidad resolutive, donde se atienden los pacientes con mayor riesgo.

La E.S.E. de Puerto Asís, debe enfocar su trabajo al manejo de la muerte perinatal, abordando los siguientes frentes: 1. Enfocar recursos en todos los centros de salud del municipio donde tiene incidencia, 2. Priorizar la asignación de recursos específicamente en el área de policlínicos y hospitalización en la entidad, 3. Mejorar el proceso de referencia de pacientes, 4. Monitorear mejor los factores de riesgo del neonato, por medio de sistemas de alerta temprana de riesgos perinatales basados en una mayor explotación de la información del sistema de vigilancia epidemiológica.

Es importante reforzar las estrategias y beneficios del sistema de vigilancia epidemiológica de la E.S.E., el cual ha permitido no solo identificar los factores de riesgo perinatal, sino también ha elaborado recomendaciones de políticas más efectivas para reducir la mortalidad perinatal.

BIBLIOGRAFIA

ADAY L, y ANDERSEN R. A Framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974; 9(3):208-20.

ÁLVAREZ C, Luz S. El derecho a la salud en Colombia: Una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Pan-American de Salud Pública* 18(2). 2005.

BADENHORST W, ; RICHES S, ; TURTON P, y HUGHES P. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2006; 27(4): 245-56.

CASTAÑO, R. A.; ARBELÁEZ, J.; GEIDIÓN, U. y MORALES L. G., Evolución de la equidad en el Sistema colombiano de salud. Cepal. Serie Financiamiento del Desarrollo. N. 108. Santiago de Chile. Mayo. 51 páginas. 2001.

CHRIST F, BONANNO G,; MALKINSON R, y RUBIN S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field M, Berhman R editor(s). *When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington, DC: National Academy Press, 2003: 553-79.

DANE. Estadísticas Vitales. Disponible en: [www. Dane.gov.co](http://www.Dane.gov.co).

ECHEVERRY, L. María Esperanza. La salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la desigualdad y la violencia. Folleto publicado por la Corporación Viva la Ciudadanía, como documento preparatorio del Primer congreso nacional por la salud: el derecho a la salud, una vía hacia la paz. Bogotá. Agosto 2001.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS. Plan Estratégico, 2007.

FORREST G. Care of the bereaved after perinatal death. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC editor(s). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989: 1423-30.

GOLD KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology* 2007; 27(4): 230-7

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. *Observatorio seguridad social* 2005;(10):1-12.

HERNÁNDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. En *Cuadernos de Salud Pública* 18(4). PP 991-1001. Río de Janeiro, (Jul-Ago.) 2002.

HUGHES P, y RICHES S. Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2003; 15: 107-11.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de Mortalidad Perinatal Y Neonatal, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Epidemiológico Nacional, 2009. Disponible en: www.ins.gov.co

_____. Protocolo de vigilancia y control de Mortalidad Perinatal Y Neonatal, 2010.

JANZEN L,; CADELL S, y WESTHUES A. From death notification through the funeral: bereaved parents experience and their advice to professionals. *Omega: Journal of Death and Dying* 2003-2004; 48(2): 149-64.

KENNELL JH,; SLYTER J, y KLAUS MH. The mourning responses of parents to the death of a newborn infant, 1970.

LANG A, ; EDWARDS N, y BENZIES K. A false sense of security in caring for bereaved parents. *Birth* 2005; 32(2): 158-9.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informes Epidemiológicos, 2010.

_____. Informe Mortalidad Perinatal y Neonatal, 2010.

_____. Informe anual de Estadísticas en salud Pública, 2011.

MURRAY JA, ; TERRY DJ,; VANCE JC, ;BATTISTUTTA D, y CONNOLLY Y. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Studies* 2000; 24: 275-305.

NAJMAN JM, ;VANCE JC,, BOYLE F, ,EMBLETON G, ,FOSTER B, y THEARLE J. The impact of a child death on marital adjustment. *Social Science and Medicine* 1993; 37: 1005-10

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) y el fondo de Población de Naciones Unidas.1995.

PEPPERS L, y KNAPP RJ. Motherhood and mourning: perinatal death. New York: Praeger Publishers, 1980

RESTREPO J,; ECHEVERRI E,; VÁSQUEZ J, y RODRÍGUEZ S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.

SABOYA, Martha Idali. Mortalidad Materna en Colombia - Tesis de grado, 2009.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Informe dirección de salud pública, 2010.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE PUERTO ASIS PUTUMAYO. Informe dirección de salud pública, 2010.

SIVIGILA. Informe Secretaria de salud Municipal Puerto Asís – Putumayo, 2010.

TONO T. Acceso a los servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. *Coyuntura Social* 2000 ;(23):143-167.

TURTON P;; HUGHES P, ; EVANS CD, y FAINMAN D. The incidence and significance of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 556-60.

VARGAS I, ; VÁZQUEZ M, y JANÉ E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cuadernos de salud pública* 2002; 18(4):927-937.

WING D,; CLANCE P, ;BURGE-CALLAWAY K, y ARMISTEAD L. Understanding gender difference in bereavement following the death of an infant: implications for treatment. *Psychotherapy* 2001; 38: 60-72.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de información visita de campo.

OBJETIVO: Identificar los factores relacionados con la ocurrencia de las muertes perinatales del municipio de puerto asís putumayo en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2010.

DATOS PERSONALES

1. Fecha de defunción_____ fecha de visita_____
2. Nombre de la persona que realiza la entrevista._____
3. Parentesco o relación con la gestante_____
4. Municipio de procedencia_____ Municipio que notifica_____
5. Área: urbana ____ rural ____ Dirección_____ Teléfono_____
6. Nombre de la vereda_____
7. Tipo de etnia: indígena____ Afro colombiano____ Palenquero____ Colonos_____
8. Tipo de población: Desplazado____ Migratorio____ Comunidaden general_____
9. Seguridad social: Contributivo____ subsidiado____ Sisben____ Regímenes Especiales____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

10. Nivel de educación: Primaria____ Secundaria____ Técnica ____
Profesional____

11. Vivienda: Arrendada____ Propia____

12. Servicios públicos: Acueducto____ Alcantarillado____ Teléfono____
Energía____

13. Con cuantas personas comparten la habitación. De 1-2 ____ 2-3____ 3-
4____ más de 4____

14. Cuáles son las actividades laborales de la familia:
Agricultor____ Comerciante____ Ama de casa____ Otro____ cual____

15. Cual es el ingreso en dinero de la familia: Menos de un salario mínimo____
entre 1 y 2 salarios mínimos____ más de dos salarios mínimos____

GENOGRAMA

16. Qué piensa de la maternidad y embarazo : Bueno____ Malo____
Regular____ excelente____

17. Como fueron los anteriores embarazos, partos y pos partos: Bien____
Mal____ Regular____ porque____

18. Presento algún problema de salud en los embarazos anteriores: Amenaza
de aborto____ Amenaza de parto pretermino____ Parto pretermino____
nacidos muertos____

19. Quien atendió los partos anteriores: Medico____ Jefe de Enfermería____
Auxiliar de enfermería____ partera____ ginecólogo____

20. Estaban planificando?: si _____ no _____
21. Con que método: píldoras _____ inyección _____ DIU _____ preservativos _____
operada _____ ritmo _____ no usabas _____
22. Tenía apoyo de la familia más cercana en ese embarazo? Si _____ no _____
23. Como transcurrió el actual embarazo?: bien _____ con problemas _____
mal _____
24. Como se enteró del actual embarazo?: prueba de embarazo _____ ausencia
de menstruación _____
25. Que pensaron y pensó cuando se enteró que estaba en
embarazo _____
26. Quien fue la primera persona que se enteró del embarazo:
Partera _____ mama _____ medico _____ enfermera _____ amiga -----esposo.
27. En qué momento acude al servicio de salud: por sangrado _____ no
movimiento del bebe _____ iniciar control prenatal _____
28. Cuál fue el trayecto desde la vivienda para acceder a los servicios de salud
:menos kilómetro _____ 1-2 kilómetro _____ 2-3 kilómetro _____ más de 3
kilómetro _____
29. Es fácil el acceso de transporte: si _____ no _____
30. Qué tipo de transporte debió utilizar para ir a la IPS: caminar _____
animal _____ carro _____ otros _____ cual _____
31. Cuáles fueron los momentos críticos durante la atención en el servicio de
salud: la asignación de citas _____ la toma de laboratorios _____ la entrega
de medicamentos _____ otros _____ cuales _____

32. Quien le realizo los controles prenatales: medico____ enfermera jefe____ auxiliar de enfermería____ estudiantes ____ especialista____. No te lo controlaste _____
33. Cuantos meses tenía cuando acudio por primera vez al control prenatal: meno de 1____ 1-3____ 4-5____ 6-7____ 8-9____
34. Cuando solicitaba las citas para controles prenatales en cuanto tiempo se las asignaban: de inmediato__ en 1-2 días____ 3-4 días__ en semanas____ meses____ no se la daban_____
35. La remitieron al especialista SI__ NO__ A CUAL_____ POR QUE_____
36. A cuantos controles prenatales asistió y como se sintió con la atención del servicio de salud?: 2-4____ 5-6____ 7-8____ no acudí____ Bien ____ mal____ regular____ excelente _____

Anexo B. Consolidado análisis ruta de la vida, camino a la supervivencia.

CUATRO DEMORAS.

NOMBRE DEL MUNICIPIO: _____

NOMBRE DEL DPTO _____

NIVEL CONSOLIDACION _____

MUNICIPIO _____ REGION _____ DPTO _____ NACION _____

DEMORA											
CATEGORIA											
PROBLEMA											
MAGNITUD											
GRAVEDAD											
POSIBILIDAD DE INTERVENCION											
ACCION PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA											
RESPONSABLE DE LA EJECUCION											
DONDE											
CUANDO											

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO											
CUMPLIO											
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO											
OBSERVACIONES											

