

**ELEMENTOS GERENCIALES PARA UN PROGRAMA PRENATAL EXITOSO**  
**REVISIÓN MONOGRÁFICA**

MÓNICA ISABEL GARRIDO MACHADO  
DIANA MARÍA TABARES GRISALES  
MARTHA MARÍA VÁSQUEZ CORREA

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
GERENCIA DE IPS  
MEDELLÍN  
2011

**ELEMENTOS GERENCIALES PARA UN PROGRAMA PRENATAL EXITOSO  
REVISIÓN MONOGRÁFICA**

MÓNICA ISABEL GARRIDO MACHADO  
DIANA MARÍA TABARES GRISALES  
MARTHA MARÍA VÁSQUEZ CORREA

Monografía para optar al título de  
Especialista en Gerencia de IPS

Asesor

JUAN CARLOS GIRALDO SALINAS

Médico, Gerente Hospitalario, Docente Unversitario Pregrado y Posgrado

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
GERENCIA DE IPS  
MEDELLÍN  
2011

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Medellín, noviembre de 2011

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
OBJETIVOS	13
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1. PANORAMA DE LA MORTALIDAD MATERNA, UNA MIRADA MUNDIAL	15
1.1 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	19
1.2 OTROS FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA	20
1.3 OTROS HALLAZGOS ESTADÍSTICOS IMPORTANTES A NIVEL MUNDIAL	21
1.4 LA MORTALIDAD PERINATAL, INDICADOR SENSIBLE QUE REFLEJA LA CALIDAD DEL PROGRAMA PRENATAL	22
2. INDICADORES DE INTERÉS A NIVEL MUNDIAL	26
3. CHILE, PAÍS SURAMERICANO CON LA TASA MÁS BAJA DE MORTALIDAD MATERNA EN LATINOAMÉRICA SEGÚN LA ONU	29
3.1 DATOS GENERALES	29
3.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA	30
3.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL	30
3.4 TIPS EXITOSOS	33
4. ESPAÑA: UN PAÍS CON INDICADORES DE MATERNIDAD ÓPTIMOS	35
4.1 DATOS GENERALES	35
4.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA	36
4.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL	37
4.4 PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO (GUÍA ANDALUZA)	37

4.5 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MANEJO ASISTENCIAL	40
4.6 TIPS EXITOSOS	43
5. CANADÁ; PAÍS DE NORTEAMERICANO MODELO PARA LAS NACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	45
5.1 DATOS GENERALES	45
5.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA	46
5.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL	46
5.4 TIPS EXITOSOS	49
6. COLOMBIA UN PAÍS EN ASCENSO GENERAL	51
6.1 DATOS GENERALES	51
6.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA	51
6.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL	53
6.3.1 Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (Resolución 412/2000)	53
6.3.2 Descripción general del manejo asistencial en la guía prenatal	55
6.4 ACTIVIDADES EN SALUD PÚBLICA	57
6.5 TIPS EXITOSOS	58
7. ELEMENTOS GERENCIALES PARA UN PROGRAMA PRENATAL EXITOSO	59
7.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL	59
7.1.1 Misión	59
7.1.2 Visión	60
7.1.3 Valores	60
7.2 ESTRATEGIAS PLANTEADAS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (BALANCE SCORE CARD)	61
7.3 CUADRO DE MANDO INTEGRAL	62
7.3.1 Perspectiva Financiera	63
7.3.2 Perspectiva Clientes	64
7.3.3 Perspectiva Procesos Internos	67

7.3.4 Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento	70
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	88

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Mortalidad materna por países (2005)	16
Figura 2. Causas de mortalidad materna	20
Figura 3. Mapa estratégico programa control prenatal	71

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Estimaciones de la tasa de mortalidad materna, número de defunciones maternas y riesgo a lo largo de la vida adulta por regiones participantes de los objetivos del milenio - naciones unidas para 2005	19
Cuadro 2. Indicadores de interés a nivel Mundial-Cifras año 2010	27
Cuadro 3. Indicadores en salud materna y perinatal en Chile	33
Cuadro 4. Indicadores en salud materna y perinatal en España	42
Cuadro 5. Indicadores en salud materna y perinatal en Canadá	49
Cuadro 6. Indicadores en salud materna y perinatal en Colombia	58
Cuadro 7. Cuadro de Mando Integral para un Programa de Control Prenatal	72



## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. MAPA GENERAL DE COMPETENCIAS PARA EL PROCESO DE CONTROL PRENATAL	89
ANEXO B. ESTIMATIVO DE META DE REDUCCIÓN MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA* A 2011 Y 2015	97
ANEXO C. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN CONTROL PRENATAL-GUÍA 412/2000	98

## INTRODUCCIÓN

En el contexto de fortalecer el programa de control prenatal y mejorar los indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva se realiza una revisión monográfica basada en guías y experiencias exitosas sobre el manejo del programa prenatal en otros países del mundo. Así mismo se pretende realizar un aporte gerencial encaminado a mejorar la Costo-Efectividad de los programas de control prenatal y que pueda ser aplicado por las diferentes EPS, IPS y entidades territoriales.

Países como Chile, España y Canadá han demostrado que las cifras de mortalidad materna y cuidado integral a la mujer pueden cambiar el panorama si se plantean estrategias exitosas y de fácil alcance por las naciones. El esfuerzo mancomunado entre los sectores políticos y los sectores sanitarios conllevan a cumplir las metas establecidas para el milenio en todo lo relacionado con maternidad segura.

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio, los países miembros de la ONU adoptaron la declaración del Milenio, que contiene un conjunto de metas para el desarrollo, incluido desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza. Una de las ocho metas es reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015. La Declaración del Milenio fue refrendada por 149 jefes de estado, incluido el de Colombia.<sup>(1)</sup>

En el gobierno del Presidente Álvaro Uribe Vélez se incluyó la reducción de la mortalidad Materna como prioridad de salud pública y en marzo de 2003 se formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, donde se reconoce que la sexualidad y la Reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social<sup>(2)</sup>.

Actualmente Colombia cuenta con una guía para llevar a cabo el programa de control prenatal; los resultados han sido satisfactorios ya que se ha apuntado a disminuir las tasas de mortalidad materna y problemas relacionados con el Anteparto, Parto y Puerperio; sin embargo se debe continuar trabajando en este objetivo para encontrar nuevas estrategias que apunten a mejorar nuestros indicadores y lograr la meta propuesta para el 2015.

El proceso de control prenatal tiene como objetivo identificar tempranamente los factores desencadenantes de alteraciones en el proceso normal de la gestación; a esto se le suma la mirada integral que se debe hacer de la gestante no solo de su parte fisiológica sino también social; la norma técnica con la que actualmente se trabaja en las instituciones prestadoras de servicios de salud carece de un enfoque integral al compararse con otras experiencias a nivel mundial.

Las estimaciones nacionales de la mortalidad materna son cruciales para orientar la planificación de programas de control prenatal y guiar las labores de promoción y la investigación a nivel internacional especialmente en el marco de los objetivos del milenio. Estas estimaciones son también necesarias a nivel internacional para orientar la toma de decisiones respecto al apoyo financiero para la consecución de la disminución de la mortalidad materna. La utilidad de las estimaciones nacionales para este último fin depende de que sean internacionalmente comparables.

No se puede dejar a un lado el problema de mortalidad perinatal que se presenta a nivel mundial; este indicador de impacto refleja de forma indirecta la forma como se llevan a cabo los programas de control prenatal; por lo tanto se considera que sus cifras impactan sobre la mortalidad materna.

La mortalidad perinatal es un indicador sensible del bienestar de una población, de las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre y de la calidad

de la atención preconcepcional, prenatal, intraparto y del neonato. Estas muertes reflejan el grado de desarrollo de un país, muestran las condiciones de inequidad social y constituyen un problema básico de salud pública por su elevada frecuencia.

Los factores que influyen en la muerte perinatal en ocasiones son comunes a aquellos que afectan la salud de la madre y de la población en general; por lo tanto, las acciones que se implementen para disminuirla actuarán de forma favorable sobre las condiciones de salud de la sociedad.

Con la presente monografía se busca dejar planteada una herramienta gerencial donde se visualice de forma integral los diferentes aspectos a tener en cuenta para llevar a cabo un programa de control prenatal cuyo único objetivo sea impactar de forma positiva en los indicadores relacionados con la maternidad segura.

Con la realización del presente trabajo se opta al título de especialista en Gerencia de IPS.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar una guía gerencial del programa de control prenatal mediante elementos que permitan la gestión administrativa, financiera y técnica del programa; con énfasis en la metodología Balance Score Card dando cumplimiento a los atributos de un sistema con niveles óptimos de calidad, encaminados a reducir o modificar los indicadores de morbilidad materna- perinatal y contribuir a mejorar la costo-efectividad del programa.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Introducir elementos gerenciales que aborden el programa de control prenatal de forma integral permitiendo alcanzar niveles óptimos en los indicadores de morbilidad materna y perinatal.
- -Revisar monográficamente los países con experiencias exitosas en programas de control prenatal con el fin de extraer herramientas gerenciales que complementen a los programas ya existentes en otras regiones.
- Considerar los determinantes biológicos, sociales, ambientales y estilos de vida que influyen sobre el desarrollo del programa de control prenatal.
- Integrar en la herramienta CUADRO DE MANDO INTEGRAL (BALANCE SCORE CARD) las características de Pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad de un sistema de gestión de la calidad
- Desarrollar las 4 perspectivas que maneja la herramienta BALANCE SCORE CARD (Financiera, Clientes, Procesos internos y Aprendizaje) con el fin de

abordar el programa de control prenatal de una manera integral teniendo en cuenta a la gestante, su familia, su entorno social y los profesionales responsables del proceso.

## 1. PANORAMA DE LA MORTALIDAD MATERNA, UNA MIRADA MUNDIAL

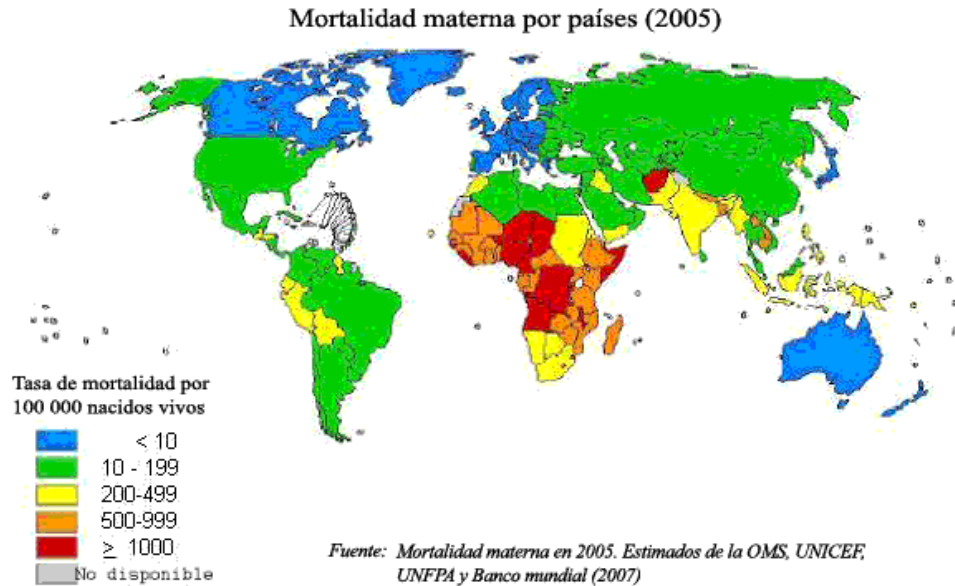
La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo.

La mortalidad materna es considerada un grave problema en salud pública a nivel mundial ya que genera un gran impacto social, familiar y económico. La muerte de una madre es una tragedia que en la mayoría de sus casos es evitable, al ocurrir este evento se presenta un debilitamiento de la estructura social de una nación. Las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares. Nuestro país cuenta con un alto número de mujeres cabeza de familia quienes son las encargadas de llevar la economía de un hogar; la muerte de estas generará en sus hijos no solo carencias económicas sino también de protección y afectivas.

En el mundo 536.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y parto; de estos casos 99 % ocurren en países en vía de desarrollo; solo se ha logrado disminuir el 1% anual a nivel mundial de estos casos.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas <sup>(3)</sup>.

**Figura 1. Mortalidad materna por países (2005)**



En muchos países en vía de desarrollo las complicaciones del embarazo y parto son la causa más frecuente de muerte entre mujeres en edad reproductiva. La OMS en su informe de mortalidad materna publicado en el año 2004 informó que menos del 1% de las muertes maternas ocurren en países desarrollados y concluye que la mortalidad materna pudiera ser evitada si se dispone de recursos y servicios de salud adecuados para la atención prenatal.

El riesgo de muerte materna durante la vida de una mujer es casi 40 veces más alto en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados; Sin embargo, existen amplias diferencias en estos indicadores según la región, el país, e incluso entre las diferentes poblaciones de un país; por ejemplo, el riesgo de muerte materna durante la vida es 1 en 20 en África, 1 en 94 en Asia, 1 en 160 en Latinoamérica y el Caribe y 1 en 2.400 en Europa <sup>(4)</sup>.



En la región de Latinoamérica y el Caribe para el año 2000 se registraron 22.000 muertes maternas anuales que corresponden al 4% del total de muertes en el mundo. <sup>(4)</sup>

Según estadísticas del año 2005 en América Latina y el Caribe se registraron 15000 muertes maternas (7000 muertes menos que en año 2000); lo que corresponde a una tasa de 130 muertes por 100.000 nacidos vivos.

El análisis a nivel mundial que se presentó para el año 2005 demostró que, a nivel internacional, la mortalidad materna ha descendido menos de un 1% anual entre 1990 y 2005, muy por debajo del recorte del 5,5% anual necesario para alcanzar el objetivo del milenio relacionado a la reducción de la mortalidad materna. <sup>(5)</sup>

Para alcanzar este objetivo, las tasas de mortalidad materna habrán de descender en el futuro a un ritmo más acelerado. La consecución de este objetivo requiere poner mayor énfasis en la mejora de la atención sanitaria dirigida a las mujeres, incluida la atención obstétrica de urgencia de alta calidad. <sup>(5)</sup>

La mortalidad reportada para Colombia por el DANE en el año 2005 fue de 68 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, en comparación con el año 2000 que evidencia una reducción del 30%; debido en parte a la ampliación en el acceso a los servicios de salud para las gestantes, el incremento en la atención oportuna del parto institucional con una cobertura del 80,6% en 1990 a 86,4% en 2000 y 90,7% en 2005, además por la mejora en el funcionamiento de los registros de información (Sistemas de vigilancia epidemiológica).

Por otra parte, aunque la aparición de este fenómeno haya disminuido considerablemente para el año 2005 en comparación con el 2000, no deja de ser un factor predeterminante que requiere de la acción rápida de programas y estrategias de salud pública.

Desde el 2005 hacia el primer semestre de 2010 se ha evidenciado un crecimiento de las tasas de mortalidad equivalentes hoy por hoy en ascenso a 73 mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos y en algunas regiones, como Chocó, puede llegar a 200.

Si se hace una comparación realista con países desarrollados apenas se presentan de 6 a 7 casos por ese mismo número de nacidos vivos. Hay que tener en cuenta que aún sigue habiendo muertes maternas evitables en un 90%, entre las cuales se destacan de importancia, la hipertensión ligada a la gestación, hemorragia posparto y el aborto.

Una de las sugerencias para evitar todas estas muertes es fortalecer los servicios de atención obstétrica de emergencia cercanos a la población, pues se ha evidenciado que muchas mujeres fallecen por no llegar a tiempo a un hospital que cuente con recursos físicos, humanos y tecnológicos para la prestación óptima y eficaz del servicio.<sup>(19)</sup>

El comportamiento de la mortalidad materna en Colombia para el periodo 1990 – 2007 evidencia una disminución del 16% en un lapso de 17 años. La razón de mortalidad materna en el periodo de 1990 a 2000 estuvo entre 60 y 105 por 100.000 nacidos vivos, hoy en día se encuentra en 73 por cada 100.000 nacidos vivos lo que corresponde a 529.000 defunciones maternas anuales.<sup>(20)</sup>

La OMS junto con la UNICEF, la UNFPA (fondo de población de las naciones unidas), y el Banco mundial realizaron un informe sobre la estimación de la mortalidad materna en el 2005 encontrando los siguientes datos:

**Cuadro 1. Estimaciones de la tasa de mortalidad materna, número de defunciones maternas y riesgo a lo largo de la vida adulta por regiones participantes de los objetivos del milenio - naciones unidas para 2005**

<b>REGIÓN</b>	<b>DEFUNCIONES MATERNAS POR 100,000 NACIDOS VIVOS</b>	<b>NUMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS</b>	<b>RIESGO DE LA DEFUNCIÓN MATERNA LO LARGO DE LA VIDA: 1 DE:</b>
TOTAL MUNDIAL	400	536,000	92
Regiones Desarrolladas	9	960	7,300
Países de la Comunidad de Estados Independientes	51	1,800	1,200
Regiones en Desarrollo	450	533,000	75
África	820	276,000	26
Norte de África	160	5,700	210
África Subsahariana	900	270,000	22
América Latina y el Caribe	130	15,000	290
Asia	330	241,000	120
Asia Meridional	490	188,000	61
Sudoeste Asiático	300	35,000	130
Asia Occidental	160	8,300	170
Asia Oriental	50	9,200	1,200
Oceanía	430	890	62

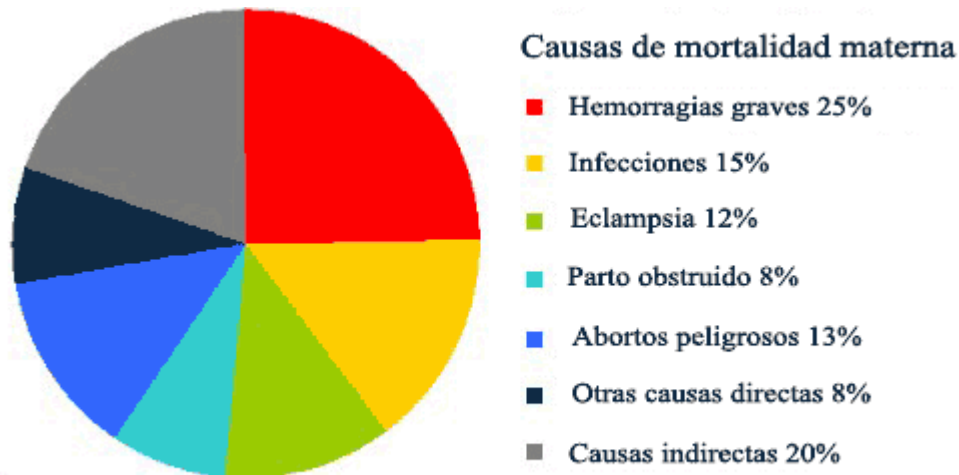
Los países de la comunidad de estados independientes son Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán, República de Moldova, Federación de Rusia y Ucrania.

## **1.1 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA**

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido.

Las complicaciones del aborto peligroso son causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

**Figura 2. Causas de mortalidad materna**



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - OMS

Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 62.

## 1.2 OTROS FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA

Son muchas las causas existentes para que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario

las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.

Las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres, y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos. Además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud.

La falta de educación y el analfabetismo hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud. <sup>(6)</sup>

En el 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de personal calificado. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica.

La cobertura de la asistencia prenatal también es variable; es el caso comparativo de Perú y Etiopía; en el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan solo del 12%. <sup>(7)</sup>

### **1.3 OTROS HALLAZGOS ESTADÍSTICOS IMPORTANTES A NIVEL MUNDIAL**

Cerca de 3.240.000 madres no tienen control prenatal a nivel mundial, cifra alarmante que cuestiona la forma como se llevan a cabo los protocolos o guías estandarizadas en otros países para el control prenatal.

Cerca de 3.440.000 madres no reciben atención de parto en instituciones de salud lo que sugiere hacer una captación temprana y seguimiento de las gestantes.

Se destaca que en las áreas de mayor desarrollo Europa y América del Norte, la proporción de empleo en la mujer asciende progresivamente hasta alcanzar niveles del 90%. Este masivo incremento significa mayores ingresos y bienestar.

La atención profesional del parto alcanza un 100% en países como Chile, Estados Unidos y Cuba mientras que Colombia alcanza un 96%.

El gasto en salud derivado del Producto Interno Bruto (PIB) de países como Chile es menos de la mitad comparado con el de Estados Unidos, a pesar de la inferioridad del gasto en Chile este país presenta mejores indicadores de mortalidad materna lo que evidencia una mejor distribución del recurso asignado para la salud.

Al realizar esta revisión surge una primera reflexión: ningún estudio costo – beneficio puede superar el daño que se presenta por la pérdida de una madre al momento de dar vida.

#### **1.4 LA MORTALIDAD PERINATAL, INDICADOR SENSIBLE QUE REFLEJA LA CALIDAD DEL PROGRAMA PRENATAL**

Las causas de estas muertes son diferentes de acuerdo al nivel de educación, estado socioeconómico y calidad en la prestación de los servicios; la mortalidad será mayor en la medida que son más bajos estos indicadores de calidad de vida. En el mundo, anualmente, mueren casi 11 millones de niños antes de alcanzar los cinco años de edad, el 38% antes del primer mes de vida, y se estima que ocurren unos 4 millones de mortinatos. Entre 25 y 45% de las muertes perinatales se presentan en las primeras 24 horas de vida.<sup>(4)</sup>

La mayor parte de estas muertes se pueden prevenir disponiendo en forma adecuada de los recursos y resolviendo las necesidades básicas insatisfechas.

Así, cuando no se logran disminuir las tasas de mortalidad perinatal, se está poniendo en evidencia el deterioro en el acceso y la calidad de los programas prenatales y neonatales.

Casi el 99% de la mortalidad perinatal mundial se presenta en los países en vías de desarrollo.

A pesar de que únicamente entre 1 y 2 % de las muertes perinatales se presentan en los países desarrollados, cabe resaltar que es allí donde se generan las auditorias y análisis para buscar las causas y tomar los correctivos adecuados; en contraste con lo que sucede en los países en vías de desarrollo donde en ocasiones ni se cuentan Las estadísticas 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 calidad.

Las Metas del Milenio, promulgadas por las Naciones Unidas proponen disminuir en dos tercios la mortalidad infantil para el año 2015, meta bastante difícil de lograr si no se empieza a afrontar seriamente la mortalidad perinatal que explica entre un 20 y un 56% de la mortalidad infantil y que es a la que menos esfuerzos se han dedicado.

Entre 1980 y el 2000, la mortalidad de los niños mayores de un mes se redujo en un tercio pero la de los menores lo hizo únicamente en un cuarto.

Las acciones tendientes a disminuir la mortalidad perinatal ayudan igualmente a prevenir la morbilidad y sus secuelas.

Los beneficios de obtener un recién nacido con buena salud van más allá del periodo neonatal, porque aquellos niños que inician su vida en condiciones desfavorables como consecuencia de complicaciones clínicas graves, tales como

el bajo peso al nacer, la hipoxia, la sepsis o las anomalías congénitas, tienen mayor riesgo de quedar con discapacidades o de morir en la infancia.

La salud del recién nacido está íntimamente relacionada con la salud materna y, aunque las causas médicas inmediatas de las muertes maternas y perinatales son diferentes, las causas básicas y los factores subyacentes son muy similares; por lo tanto, el estudio de la mortalidad perinatal y las medidas implementadas para prevenirla contribuyen a disminuir la mortalidad materna y sus consecuencias, devastadoras para la familia y la sociedad.

Toda muerte es el resultado de una historia determinada y la perinatal no es la excepción.

La muerte perinatal resulta de una combinación de factores médicos y sociales que varían según las condiciones propias de cada una de las regiones y de sus contextos económicos y culturales; por ello es necesaria una adecuada caracterización que permita definir los problemas y priorizar las intervenciones de tal forma que sí sean pertinentes.

Para identificar los factores que están influyendo e implementar medidas que ayuden a disminuir la mortalidad, es necesario contar con información precisa, confiable y oportuna acerca de esas muertes perinatales.

Las causas de muerte perinatal en el mundo varían de acuerdo a las condiciones de salud de la región estudiada. En los países más pobres, las infecciones explican más del 50% de las muertes, mientras que en los más desarrollados predomina la asfixia o la prematuridad.

Las causas específicas de muerte fetal y neonatal anotadas en las historias clínicas y en los registros vitales, en ocasiones no son confiables porque muchas



de ellas comparten signos y síntomas que dificultan la identificación de la verdadera causa de muerte. Un diagnóstico correcto a menudo requiere personal especializado y tecnología avanzada que no están disponibles en muchos sitios, incluso en países desarrollados.

En los países desarrollados la disminución de la mortalidad perinatal se logró antes de la aparición del actual desarrollo tecnológico, principalmente mejorando los cuidados obstétricos y perinatales. Hoy se reconoce que a pesar de los altos índices de asistencia al control prenatal y de la atención hospitalaria del parto en los países en vías de desarrollo, han transcurrido muchos años con cifras de mortalidad perinatal estables. Esto se pudiera explicar dado que las mujeres que están recibiendo este cuidado son precisamente las que menos riesgo tienen o porque el control prenatal y la atención hospitalaria del parto se están llevando a cabo pero la calidad no es adecuada.

Incrementar la disponibilidad, la calidad y el uso de la información relevante de las muertes perinatales es esencial para dictar las políticas y para mejorar la calidad de la atención de las embarazadas y de sus productos. La ausencia de información o la mala calidad de la misma contribuyen a que se perpetúe la pasividad e impide que se tomen las decisiones necesarias para impactar en los indicadores.<sup>(4)</sup>

## 2. INDICADORES DE INTERÉS A NIVEL MUNDIAL

En el siguiente cuadro se consolida de una forma global los indicadores más relevantes de cada uno de los países objeto de nuestro análisis; en ellos se evidencia los resultados de la gestión sanitaria y la forma de distribución del recurso destinado a salud para lograr las metas propuestas y cubrir las necesidades básicas de la población.

Colombia y España comparten características similares en cuanto a población; sin embargo se observa resultados diferentes relacionados con el control de la natalidad; mientras que en España la tasa de natalidad es de 11 por 100.000 habitantes; en Colombia es de 20.6 por 100.000; vale la pena revisar que estrategias se están implementando en el programa de planificación familiar español para tomar como ejemplo estas experiencias exitosas y aplicarlas para el mejoramiento del programa de planificación familiar de Colombia.

Al analizar la mortalidad infantil de Chile y Colombia; se determina que la tasa Chilena está muy por debajo de las cifras que reporta Colombia. De forma indirecta la estrategia de Chile crece contigo también utilizada en el desarrollo del programa de control prenatal ha mostrado resultados a largo plazo que incluso se ven reflejados en disminución de la mortalidad infantil.

Canadá alcanza la mejor esperanza de vida al nacer; este es un país con salud gratuita para todos y con la característica de ser potencia económica y estar en el grupo de los G8 <sup>(22)</sup> (los 8 países más desarrollados del mundo), la tasa de alfabetización es la más alta entre los 4 países alcanzando un 99%; estas características apuntan a mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos y por consiguiente a aumentar la esperanza de vida.

Colombia cuenta con el menor número de médicos por 100.000 habitantes, esta cifra continuará decreciendo debido al alto registro de emigraciones de estos profesionales a otros países como España Y Canadá que ofrecen mejor estabilidad laboral y mayores posibilidades para estudios de posgrado a la población inmigrante calificada.

El Gasto público destinado para salud es más alto en países como España y Canadá; Chile y Colombia comparten una cifra similar de gasto destinado para salud; sin embargo al analizar la condición sanitaria de Chile se observa mejor resultado de indicadores.

**Cuadro 2. Indicadores de interés a nivel Mundial-Cifras año 2010**

INDICADOR	CHILE	ESPAÑA	CANADÁ	COLOMBIA
POBLACIÓN	17.135.000 Habitantes	47.021.031 Habitantes	33'890.000 Habitantes	46,300,000 Habitantes
TASA DE NATALIDAD	15 Por 100.000 Habitantes	11 Por 100.000 Habitantes	10.6 Por 100.000 Habitantes	20,6 Por 100.000 Habitantes
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	7.2 Por 100.000	3,9 Por 100.000	4.8 Por 100.000	19,1 Por 100.000
HIJOS POR MUJER	1,94	1,43	1,57	2,45
ESPERANZA DE VIDA AL NACER:	81,6 Años (Mujeres) 75,5 Años (Hombres)	84,1 Años (Mujeres) 77,6 Años(Hombres)	82.9 Años (Mujeres) 78.3 Años (Hombres)	76,7 Años (Mujeres) 69,2 Años (Hombres)
TASA DE ALFABETIZACIÓN	:99,0 %	:98,0 %	:99,0 %	:93,0 %
NRO DE MÉDICOS	115 Por 100.000 Habitantes	400 Por 100.000 Habitantes	210 Por 100.000 Habitantes	100 Por 100.000 Habitantes
PIB:	163,305 Millones de US\$	1,464,087 Millones de US\$	1'336.067 Millones de US\$	229,693 Millones de US\$
PIB PER CÁPITA:	9,623 US\$	32,605 US\$	39.765 US\$	5,031 US\$
GASTO PÚBLICO EN SALUD	5,3 % del PIB	8,4 % del PIB	7.0% del PIB	5,0 % del PIB

A continuación se presentará una recopilación de estrategias que realizan algunos países para mejorar sus indicadores de salud relacionados con el control prenatal y apuntado a logro de la maternidad segura ; los países objeto de nuestro análisis han demostrado mejorar los indicadores de salud con buenos procesos asistenciales basados en guías y trabajo mancomunado con las entidades estatales ; estos países son: , España, Canadá y Chile; posteriormente se presentará un análisis de nuestro País Colombia buscando analizar las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejoramiento actuales de nuestros programas de salud dirigidos a la población materna y así contribuir con los objetivos del milenio para el año 2015.

### **3. CHILE, PAÍS SURAMERICANO CON LA TASA MÁS BAJA DE MORTALIDAD MATERNA EN LATINOAMÉRICA SEGÚN LA ONU**

#### **3.1 DATOS GENERALES**

Para el año 2011, Chile tiene una población estimada de 17'135.000 habitantes, de los cuales el 49% de son hombres y 51% son mujeres.

Debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida de los chilenos, la más alta de América del Sur en 2011, ha aumentado a los 77,74 años en el periodo 2000-2005. Estas cifras permiten establecer un proceso de envejecimiento de la sociedad chilena en la que la mayor parte de la población tendrá sobre 35 años en 2020, superando al grupo atareo joven, dominante en este momento. Así, en 2025, la pirámide de población se convertirá en un perfil campaniforme producto del proceso de transición demográfica que vive el país.

La economía de Chile es considerada actualmente una de las más desarrolladas en la región de Latinoamérica, el país cuenta con el índice de desarrollo humano más alto de América Latina Según estimaciones del FMI (Fondo Monetario Internacional), el país alcanzará un PIB per cápita de poco más de USD 20.000\$ en un periodo de cinco años. Chile posee 115 médicos por 100.000 habitantes y el PIB destinado a salud es de un 5.3%.

Posee una economía diversificada y competitiva, destacando el mercado Retail o Minorista. Además, tiene uno de los sistemas bancarios más estables y desarrollados de América. Su principal sector económico es la minería, principalmente el cobre, del cual es el mayor productor del mundo.<sup>(8)</sup>

### 3.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA

El país de Chile registra la menor tasa de mortalidad materna en Latinoamérica, con 18 muertes por cada 100.000 partos, esta tasa es la tercera más baja en toda América tras las de Canadá (12 por 100.000 nacidos vivos) y Estados Unidos (13 por 100.000 nacidos vivos) y supone un importante descenso respecto a la cifra de 40 mujeres muertas por cada 100.000 alumbramientos que se registraban en los años 90. Este país exhibe indicadores muy similares a los de países muy desarrollados debido a que se ha realizado una inversión continua en el área de salud materno – infantil.

### 3.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL

Los buenos indicadores que muestra Chile son el resultado de una clara voluntad de parte del gobierno, un esfuerzo al que se suma el sistema de protección a la infancia **CHILE CRECE CONTIGO**. Esta es una iniciativa intersectorial que constituye un conjunto integrado de prestaciones destinadas a erradicar inequidades que pueden marcar el proceso de gestación, nacimiento, y desarrollo inicial, transformándose así en barreras para la evolución y éxito futuro de los chilenos. <sup>(9)</sup>

A través de esta estrategia se busca dar una nueva mirada a la calidad en atención en salud, que supera la entrega correcta de prestaciones técnicamente adecuada buscando responder a expectativas de una población que demanda dignidad, respeto y acogida a la red pública de salud.

Con el manual de atención personalizada en el proceso reproductivo estipulado por Chile se pretende una atención integral con enfoque familiar donde se tengan en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo atención clínica evidentemente científica, atención respetuosa de las

creencias y actitudes de la mujer. Esta guía trabaja con criterios flexibles ya que se considera que todas las familias no son iguales y se les debe de dar un acompañamiento de cada situación particular.

Este manual fue desarrollado para que los equipos de salud acompañen a las mujeres durante el control de su gestación, parto y cuidados del recién nacido aportando así a la estrategia política del gobierno actual. El manual de atención personalizada en el proceso reproductivo no solo tiene alta exigencia biológica sino que también fortalece los lazos de la pareja y familiares contribuyendo a la generación de una red protectora alrededor del menor.

Con la guía planteada Chile pretende avanzar hacia el logro de una sociedad inclusiva, equitativa y cohesionada, el país exhibe logros significativos en la dimensión sanitaria más tradicional y ha reducido la morbimortalidad materna e infantil gracias al trabajo comprometido del equipo de salud.

En la lógica de contribuir al fortalecimiento de un Sistema de Protección Social efectivo, que reduzca las inequidades, se desarrolla una nueva mirada que distingue, durante la gestación y los primeros años de vida de cada niño o niña, un espacio privilegiado para la consolidación de potencialidades que marcan el futuro de las personas.

Chile Crece Contigo, iniciativa intersectorial que se constituye como un conjunto integrado de prestaciones, aspira a erradicar inequidades que pueden marcar la gestación, nacimiento y desarrollo inicial de los chilenos y chilenas, transformándose en verdaderas barreras para su evolución y éxito futuro.

También se busca identificar las condiciones emocionales, sociales y económicas desfavorables para focalizar el apoyo oportuno como un esfuerzo de equidad esencial desde los primeros momentos de la vida.

No todas las mujeres viven el proceso reproductivo en las mismas condiciones. No todas las familias son iguales. Los equipos de salud están llamados a trabajar con criterios flexibles que, sin perder el norte, acojan y acompañen en cada situación particular.

El proceso reproductivo no solo constituye una alta exigencia biológica y emocional a la mujer, que experimenta cambios sustantivos en su cuerpo y aún más profundos en su vida, sobre todo si asume responsablemente las demandas de la gestación, parto, postparto y crianza.

Debe entenderse también como una convocatoria fundamental al fortalecimiento de los lazos de pareja y familiares, entretejiendo una red que entregará protección al niño o niña.

Se necesita que todas las personas y servicios con quienes la futura madre se relaciona (comunidad, espacio laboral, centro de salud, etc.) le brinden las mejores oportunidades para hacer de este importante momento de la vida una experiencia gratificante, que la beneficiará a ella, a su hijo/a, a su familia y a la sociedad en su conjunto.

El acompañamiento pre y postnatal favorece el desarrollo de lazos afectivos entre el hijo o hija, la madre, el padre y la familia. Así también sienta las bases emocionales y psicológicas que acompañarán al nuevo ser durante toda su vida, entregándole herramientas que le permitirán desarrollarse e insertarse en la sociedad.<sup>(10)</sup>



### Cuadro 3. Indicadores en salud materna y perinatal en Chile

INDICADOR	TOTAL
Prevalencia de anticonceptivos (%), 2005-2009	58
Tasa de cobertura de la atención prenatal (%), Por lo menos una vez, 2005-2009	95
Cobertura de atención obstétrica (%), Partos en instituciones, 2005-2009	98
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2005-2009, registrada por 100.00 Nacidos Vivos	18
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, ajustada por 100.00 Nacidos Vivos	26
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	200

[http://www.unicef.org/infobycountry/chile\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/chile_statistics.html)

#### 3.4 TIPS EXITOSOS

- El país de Chile cuenta con una guía integral para atención de la gestante y su familia. El componente sicosocial bajo un modelo de atención humanizada que presenta la guía es el más completo entre los países analizados. Se desarrolla un componente especial orientado a la gestante indígena brindando respeto por la diversidad de culturas.
- La lactancia materna es eje fundamental para el vínculo de lazos afectivos, es por esto que Chile maneja la formación de grupos de apoyo de la lactancia en donde la usuaria posparto es vinculada a una de estas cadenas. La función de los grupos de apoyo es de reforzar y mantener la promoción de la lactancia materna a través del diálogo, orientaciones, y detección de madres con riesgo de abandono de esta práctica, así como de solucionar las causas que en su ámbito de acción impiden que esta se practique de manera efectiva, y en caso de requerirlo, derivar a la madre a la instancia adecuada.

- Chile dedica un capítulo de su guía a la atención de la gestante adolescente; Ante la detección de un embarazo en este grupo de edad; se activa la red de apoyo para brindar acompañamiento, proporcionarle información en ejercicio de sus derechos y promover la continuidad del desarrollo integral para evitar la deserción escolar.

## 4. ESPAÑA: UN PAÍS CON INDICADORES DE MATERNIDAD ÓPTIMOS

### 4.1 DATOS GENERALES

La población española para el año 2011; ha pasado la barrera de los 46 millones de habitantes, población similar a la de Colombia. España aumenta su número de habitantes no solo por los nacimientos presentados sino también por la llegada de nuevas personas en condición de inmigrantes.

Por género; en España el 51% son mujeres y el 48% son hombres según últimos datos arrojados de estimación de la población actual de España elaborados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este aumento de la población viene acompañado de un descenso en el número de nacimientos, que en 2009 fueron un total de 508.691, mientras que en 2010 no han superado la barrera del medio millón: 496.699.

La economía de España, al igual que su población, es la quinta más grande de la Unión Europea y en términos absolutos la duodécima del mundo.

Desde la crisis de principios de los 90, la economía española ha recorrido una década de crecimiento, constituyéndose una sostenida etapa expansiva. Sin embargo a partir del año 2008 la economía sufre una disminución de sus índices macroeconómicos, dando paso a un largo período de recesión, que ha durado tres años 2008-2010. Esta etapa fue originada principalmente por la burbuja inmobiliaria, la contención del crédito bancario tras una década de concesión de créditos descontrolada, subidas del tipo de interés y el alza en los precios del petróleo.<sup>(11)</sup>

La esperanza de vida al nacer es de 79,7 años. España es el país con una esperanza de vida al nacer más alta en el género femenino. La esperanza de vida

al nacer experimentó un incremento importante desde el inicio de la última década del siglo XX: entre 1990 y 2002 se pasó de 80,5 años a 84,1 años en mujeres y de 73,3 años a 77,6 años en hombres.

España es uno de los países europeos con mayor número de médicos por habitante (400 por 100.000 habitantes) y, sin embargo, sólo invierte un 8,4% del PIB para salud frente al 10,1% del PIB de Alemania o Francia; estos datos se ven reflejados en sus indicadores de morbilidad materna los cuales son objeto de análisis de muchos países debido a los excelentes resultados obtenidos. <sup>(12)</sup>

La tasa de fertilidad es una de las más bajas de la Unión Europea (1,43 hijos por mujer en 2007), pero muestra una ligera tendencia alcista con respecto a las cifras registradas hasta los primeros años del presente siglo. La llegada de población inmigrante, especialmente en la última década, ha tenido consecuencias demográficas, puesto que ha rejuvenecido a una población que, por lo demás, envejece a gran velocidad.

## **4.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA**

Los indicadores de salud materno-infantil (tasas de mortalidad neonatal, perinatal y materna) han experimentado una espectacular mejora y las tasas actuales se sitúan por debajo de las medias europeas. La tasa de mortalidad materna para el año 2008 se situó en 6 por 100.000 nacidos vivos.

La guía del proceso asistencial integrado del embarazo, parto y puerperio realizada en Andalucía-España es un documento valioso que muestra de forma integral la forma de llevar a cabo a un programa de control prenatal; el éxito de las actividades planteadas en esta guía se ven reflejados en los indicadores en óptimo cumplimiento que presenta España.

### **4.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL**

A continuación se presenta un análisis del proceso asistencial integrado del embarazo, parto y puerperio de Andalucía-España ya que este documento ha sido de bastante importancia para la elaboración de nuestro CUADRO DE MANDO INTEGRAL (BALANCE SCORE CARD). En esta guía se entrecruzan un sinnúmero de elementos que se deben tener en cuenta al desarrollar un programa de control prenatal y trae actividades tanto para la gestante, su grupo familiar y social como para el personal de salud a cargo del mismo. Esta guía se convierte en un fiel modelo a seguir dado su integridad en los diferentes procesos.

### **4.4 PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO (GUÍA ANDALUZA)**

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria con el fin de ordenar los diferentes flujos de trabajo, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos.

Es de esta forma como se plantea y se lleva a cabo el programa de control prenatal en España a través de mapas de procesos asistenciales integrados con el fin de ofertar un servicio prenatal de alta calidad.

La guía impulsa a un cambio basado en una fuerte implicación por parte de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

La guía plantea actividades desde que la paciente demanda de una asistencia hasta que termina; en este orden de ideas la continuidad asistencial y la

coordinación entre los diferentes niveles se convierten en elementos esenciales a la hora de prestar el servicio.

En la actualidad; en el Sistema Sanitario Público de Andalucía-España, la atención Al embarazo parto y puerperio se realiza por distintos profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, en diferentes espacios y momentos de atención.

La guía contempla unos principios fundamentales:

- El proceso se describe con base al trabajo en equipo de las personas (profesionales de diferentes disciplinas) que desarrollan su actividad en diferentes espacios de atención, que conocen el proceso, que tienen conocimientos y capacidad para organizar las actividades e introducir modificaciones; con esto se pretende mejorar la entrega del servicio.
- Se realiza una investigación de las expectativas de todas las personas sobre las que las salidas del proceso va a tener impacto (gestantes, familiares, profesionales, etc.) con el objetivo de que las actuaciones que se describan respondan a las necesidades y expectativas de los mismos y teniendo siempre como centro de todas las actividades: la gestante y el recién nacido.
- Se pretende involucrar a todos los profesionales en la gestión del proceso del que forman parte, se crea un diseño coherente donde los recursos y actividades se realicen en el momento y lugar más idóneo, que aporten valor, es decir se trata no solo de mejorar el qué y cómo, sino fundamentalmente el cuándo (efectividad y eficiencia).
- Todas las actividades, procedimientos, prácticas que se describan se ajustan a la mejor evidencia disponible del momento (práctica clínica adecuada)

- El objetivo final es garantizar la continuidad de la atención a la gestante y neonato, para ello el planteamiento siempre es el abordaje horizontal de las actividades del proceso, rompiendo las interfases, eliminando todo aquello que no aporte valor al proceso de atención.

La guía trabaja a través de diagramas de flujo para cada proceso y enfoca para cada destinatario unos objetivos y expectativas con altas características de calidad.

Se manejan unos límites de entrada (confirmación del embarazo), límite final (conexión adecuada al programa de planificación familiar) y límites marginales (embarazo de riesgo elevado, y complicaciones del puerperio).

Los Destinatarios del proceso son: La gestante, la familia, la pareja, y los profesionales. Las expectativas planteadas para cada destinatario son basadas en el trato con calidad que cada uno desearía recibir durante todo el proceso.

La exploración de las expectativas de los clientes debe realizarse en cada entorno específico, no sólo en el momento de la descripción del Proceso, sino cada vez que se quiera evaluar cómo se desarrolla, o se quiera mejorar. En resumen, la evaluación de las expectativas debe ser siempre un indicador fundamental del Proceso.

Para cada destinatario se plantean características de calidad; estas son empalmadas a flujos de salida según el momento del proceso en que se encuentre la gestante.

Al final de la guía Andaluza se presentan los indicadores de proceso que evalúan la calidad de este instrumento aplicable y adaptable para un programa de control prenatal.

#### **4.5 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MANEJO ASISTENCIAL**

Las diferentes actividades asistenciales responden a: Que (actividad a realizar), Quien (destinatario encargado de realizar la actividad), cuando (momento aplicable del proceso), Donde (lugar en que se desarrolla la actividad en mención) Como (herramientas utilizadas para llevar a cabo la actividad).

Las actividades contempladas en la guía son:

- Información del programa prenatal.
- Visita preconcepcional
- Visitas de control prenatal (10 sesiones)
- Educación maternal
- Parto: recepción de la gestante en el hospital
- Evaluación clínica para el diagnóstico y tratamiento
- Ingreso hospitalario
- Vigilancia durante el periodo de dilatación
- Protocolo de analgesia
- Asistencia al periodo expulsivo
- Asistencia al periodo de alumbramiento
- Asistencia al recién nacido
- Vigilancia del posparto inmediato
- Traslado a sala de hospitalización puerperal
- Cuidados maternos durante el puerperio inmediato
- Cuidados al neonato
- Alta hospitalaria
- Conexión con atención primaria
- Visita puerperal



Las personas que participan en las diferentes actividades y en la aplicación de las características de calidad son: Administrativos y celadores, auxiliar de enfermería, médico de familia o ginecólogo, matrona (enfermera), anestesiólogo.

**Competencias profesionales:** La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

En la guía Andaluza las competencias se clasifican en 3 áreas:

- **Conocimientos:** el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- **Habilidades:** capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- **Actitudes:** características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias en el que se han establecido las actitudes y aptitudes que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria , con

independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

Dichas competencias se han categorizado en I (imprescindible) D (deseable) según el nivel de exigencia para cada profesional; todas las competencias identificadas tiene el valor de imprescindibles en un sistema de alta exigencia; sin embargo no son entre sí de igual valor relativo.

Las competencias específicas del proceso son aquellas características que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en dichos procesos. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo. (Ver anexo A mapa general de competencias para el proceso de control prenatal- áreas médica y enfermería).

#### **Cuadro 4. Indicadores en salud materna y perinatal en españa**

<b>INDICADOR</b>	<b>TOTAL</b>
Prevalencia de anticonceptivos (%), 2005-2009	66
Tasa de cobertura de la atención prenatal (%), Por lo menos una vez, 2005-2009	.*
Cobertura de atención obstétrica (%), Partos en instituciones, 2005-2009	.*
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2005-2009, registrada por 100.000 Nacidos Vivos	6
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, ajustada por 100.000 Nacidos Vivos	6
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	11.400

[http://www.unicef.org/infobycountry/España\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/España_statistics.html)

[http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Full.pdf)

\* (Este indicador no está contemplado dentro de las mediciones que hace el país)

#### 4.6 TIPS EXITOSOS

- La guía andaluza aborda en su capítulo de destinatarios y objetivos conceptos que las mismas personas involucradas en el proceso esperan de la prestación del servicio, es por esto que se dieron a la tarea de compilar la información suministrada por la gestante, su familia y los profesionales sobre las expectativas que tienen al hacer parte del proceso. Estas expectativas se convierten en los objetivos del programa y apuntan a lograr la prestación del servicio con calidad.
- La guía presenta varios flujogramas de trabajo para poder captar de forma dinámica la consecución del proceso asistencial integrado para la gestante y su familia; además se pretende implicar a todos los profesionales en la gestión de la que forman parte.
- Cada uno de los capítulos presenta las características de calidad que acompañan el proceso descrito. Se hace un análisis detallado de los recursos (humanos y físicos) que se requieren y requisitos para la ejecución de cada uno de los procesos.
- De los indicadores contemplados en la guía cabe destacar algunos que no se han evidenciado en el análisis del resto de países:
  - Porcentaje de gestantes a término que tienen la toma vaginal-anal de exudado para la determinación del estreptococo Beta-hemolítico (se mide para disminuir el número de neumonías neonatales adquiridas por contaminación del canal vaginal).
  - Porcentaje de mujeres pospartos que disponen de informe y de plan de cuidados al alta.

- Porcentaje de mujeres pospartos que son visitadas durante los primeros 10 días tras el parto.
- Porcentaje de recién nacidos a los que se les practica cribado de hipoacusia.
- En el diagnóstico prenatal se incluyen pruebas de tamizaje de aneuploidías en el primer trimestre y consta de 3 partes: Edad materna, medición de la translucencia fetal y cribado químico.

## **5. CANADÁ; PAÍS DE NORTEAMERICANO MODELO PARA LAS NACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

### **5.1 DATOS GENERALES**

País con una distribución de la población muy irregular debido a que una gran proporción del territorio no presenta condiciones favorables para los asentamientos humanos. La mayor parte de los habitantes se concentran en las grandes ciudades lo que facilita el acceso oportuno y rápido de los servicios de salud. La sociedad canadiense goza de uno de los niveles de bienestar más altos a nivel mundial; sin embargo su pirámide poblacional es bastante extensa en la zona de la población perteneciente a los grupos de adulto mayor. <sup>(15)</sup>

Su población es de 33'890.000 habitantes de los cuales el 49% son hombres y el 51% son mujeres, esta crece en especial por el fenómeno de inmigración (tasa de inmigración más alta en el mundo) y en menor medida por su crecimiento natural. Tiene un crecimiento demográfico muy pequeño, sobre el 0,8% anual. La población está ligeramente envejecida. Sobre el 16% de la población tiene menos de 15 años, un 69% tiene entre 15 y 65 años, y el 16% más de 65 años. El 25.3% de la población femenina corresponde a mujeres en edad fértil, la tasa de natalidad es baja, en torno al 10.6 por 100.000 habitantes, lo que da una tasa de fertilidad de unos 1,57 hijos por mujer. La tasa de mortalidad es muy baja, en torno al 7,6 por 1000 habitantes, y aún más baja la tasa de mortalidad infantil, en torno al 4.8 por 100.000. Canadá es un país desarrollado con una amplia cobertura sanitaria. <sup>(16)</sup> Presenta un elevado índice de rendimiento económico debido a la aplicación de avanzadas tecnologías. Se considera una nación industrial y por lo tanto es una de los países más ricos del mundo.

## **5.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA**

Su tasa de mortalidad materna es la más baja de Norteamérica llegando a los 7 casos por 100.000 nacimientos: la clave de esta exitosa cifra es contar con un sistema público de salud gratuito, un fuerte trabajo en programas de anticoncepción, educación sexual en las escuelas y ninguna ley que restrinja el acceso a la interrupción voluntaria de embarazo. Canadá es el único país del mundo en el que no existe ninguna restricción legal contra el aborto; el aborto es parte del sistema de salud.

## **5.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL**

El Sistema Canadiense de Vigilancia Perinatal (CPSS) es parte de la iniciativa de Salud de Canadá; busca fortalecer la capacidad nacional de vigilancia en salud. El CPSS es un programa continuo de vigilancia nacional de salud dirigido por la Sección de Salud Materno-Infantil en la Agencia de Salud Pública de Canadá (ASPC).

Su misión es contribuir a la mejora de la salud para las mujeres embarazadas, madres y niños. El CPSS está guiado por un comité directivo multidisciplinario y multisectorial que sirve de orientación a la Sección de Salud Materno-Infantil en relación con el desarrollo y operación del programa prenatal. Los miembros del Comité son expertos representantes de las asociaciones profesionales nacionales de salud, los gobiernos provinciales y territoriales, grupos de apoyo y departamentos del gobierno federal, así como expertos canadienses e internacionales en materia de salud perinatal y la epidemiología.

El CPSS está basado en el concepto de vigilancia de la salud como un proceso sistemático y continuo que proporciona información oportuna y relevante sobre las tendencias y patrones en el estado de salud de la población y los factores que

influyen sobre esta. Los componentes de la vigilancia son la recopilación de datos, análisis de expertos, la interpretación, y la respuesta (la comunicación de información para la acción).

El CPSS identificó 52 indicadores de salud perinatal que evalúan los determinantes de la salud materna, fetal e infantil. El resultado de estos; servirá como una base de evidencia para mejorar la eficacia y eficiencia de la atención clínica y guiar el desarrollo de políticas de salud pública y programas de salud materno-infantil. <sup>(23)</sup>

Los indicadores canadienses de salud materno, fetal e infantil están agrupados en 4 grandes grupos:

- Indicadores de comportamiento y prácticas ( Tasa de tabaquismo materno durante el embarazo, Tasa de consumo materno de alcohol durante el embarazo, Tasa de lactancia materna, Tasa de educación maternal baja, Tasa de nacidos vivos de madres adolescentes, Tasa de nacidos vivos de madres mayor de edad).
- Indicadores de servicios de salud (Tasa de inducción del trabajo de parto, Tasa de partos por cesárea, Tasa de Parto vaginal, Tasa de traumatismo del periné).
- Indicadores de salud materna (Tasa de Mortalidad Materna, Relación de la morbilidad materna severa, Aborto inducido, Tasa de embarazo ectópico, Tasa de reingreso materno después del parto tras del alta).
- Salud fetal y los resultados de salud infantil (Tasa de nacimientos prematuros, Tasa de mortalidad fetal, Tasa de mortalidad infantil y las causas de la muerte,

Tasa de morbilidad neonatal severa, Tasa de nacimientos múltiples, prevalencia de anomalías congénitas)

Canadá cuenta con un Programa de Nutrición Prenatal (CPNP); esta estrategia fue anunciada en 1994 por el Gobierno de Canadá quienes ofrecen financiación a largo plazo a los grupos comunitarios para desarrollar o mejorar los programas dirigidos a las mujeres vulnerables en estado de embarazo. El CPNP tiene como objetivo mejorar la salud de madres e hijos, promover y apoyar la lactancia materna. También aumenta la disponibilidad de apoyo prenatal para las mujeres aborígenes e inmigrantes recientes.

Un conjunto de seis principios rectores contribuyen a unificar el enfoque de la ejecución de los programas en los planos nacional, regional y local:

- Las madres y los bebés primero: la salud y el bienestar de la madre y el bebé son los más importantes en la planificación, desarrollo y ejecución del programa.
- Equidad y accesibilidad: el programa debe cumplir con las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de las mujeres embarazadas y deben estar disponibles en todas partes del país.
- Basado en la comunidad: la toma de decisiones y la acción en la planificación, diseño, operación y evaluación del programa debe hacerse con la comunidad.
- Fortalecimiento y apoyo a las familias: todas las partes de la sociedad comparten la responsabilidad de los niños mediante el apoyo a los padres y las familias.



- Asociaciones: alianzas y actividades de cooperación a nivel de la comunidad son la clave para desarrollar un programa eficaz.
- Flexibilidad: el programa debe ser flexible para responder a las diferentes necesidades de cada comunidad y a las necesidades cambiantes de la gestante.

### **Cuadro 5. Indicadores en salud materna y perinatal en Canadá**

<b>INDICADOR</b>	<b>TOTAL</b>
Prevalencia de anticonceptivos (%), 2005-2009	74
Tasa de cobertura de la atención prenatal (%), Por lo menos una vez, 2005-2009	_*
Cobertura de atención obstétrica (%), Partos en instituciones, 2005-2009	100
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2005-2009, registrada por 100.000 Nacidos Vivos	7
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, ajustada por 100.000 Nacidos Vivos	7
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	5600

[http://www.unicef.org/infobycountry/canada\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/canada_statistics.html)

[http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Full.pdf)

\*(Este indicador no está contemplado dentro de las mediciones que hace el país)

### **5.4 TIPS EXITOSOS**

- Canadá ha trabajado mucho en anticoncepción y en educación sexual. La sociedad canadiense de ginecología y obstetricia tiene un sitio web que fue premiado; el cual tiene información apropiada directa para adolescentes, para jóvenes, para padres, para docentes y para equipos de salud. Es un programa muy interactivo y de fácil acceso por toda la población.
- Canadá es el único país del mundo en el que no existe ninguna restricción legal contra el aborto; el aborto es parte del sistema de salud. Sin embargo ha

logrado disminuir las cifras de aborto al tener programas de educación sexual y anticoncepción exitosos.

- El acceso universal a servicios de salud , asegura que la mayoría de las mujeres en Canadá reciban una atención de calidad durante el embarazo y el parto, ayuda a explicar por qué Canadá tiene una de las mejores tasas de supervivencia materna y primera infancia a nivel mundial. Cada vez más mujeres están participando en conductas saludables durante el embarazo y el éxito de las estrategias de salud pública, tales como la inmunización y la fortificación con ácido fólico de los alimentos, están dando resultados. A esto se le suma los niveles relativamente altos de educación y bienestar.

## 6. COLOMBIA UN PAÍS EN ASCENSO GENERAL

### 6.1 DATOS GENERALES

El país es la cuarta nación en extensión territorial en América del Sur , su población es de 47 millones de habitantes donde el 51.4% son mujeres y el 48.6% hombres, la tercera en población en América Latina, después de Brasil y México, y superando a Argentina.

Colombia es Reconocido a nivel mundial por la producción de café suave, flores, esmeraldas, carbón y petróleo, Es el segundo de los países más ricos en biodiversidad del mundo y en el 2009 la economía número 27 a nivel planetario<sup>(14)</sup>

### 6.2 DATOS DE MORTALIDAD MATERNA

El ministerio de la protección social de la república de Colombia considera la salud materna como un área prioritaria de la salud pública, la cual debe de ser abordada de acuerdo a los lineamientos normativos establecidos en el plan nacional de salud pública.

Colombia es un país en vía de desarrollo el cual redefinió su línea de base para disminuir la mortalidad materna a partir de la cifra del año 2004; en donde se precisó la meta a alcanzar al 2015: **REDUCIR DE 100 A 45 MUERTES MATERNAS POR 100.000 NACIDOS VIVOS ES DECIR UN 55%.**<sup>(24)</sup> (Ver anexo B)

El país cuenta con conocimiento y tecnología para reducir hasta en un 85% la mortalidad materna y lograr la meta real de 0 muertes materna evitables.

Para alcanzar esta meta se plantea a nivel nacional estrategias como:

- Comunicación efectiva del equipo multidisciplinario en salud.
- Transporte efectivo para la Materna hasta el sitio de atención de su parto.
- Alto Compromiso político.
- Recurso humano calificado y entrenado
- Procesos de auditorías continuos en un 100% a todos los municipios a nivel nacional.
- Empoderamiento de la mujer, su familia y la comunidad con el proceso reproductivo.

La organización de las naciones unidas en Colombia se pronunció con respecto al tema de mortalidad materna dando los siguientes datos:

El 98% de las muertes maternas son evitables, por lo cual continúa siendo un preocupante problema de salud pública en Colombia y a la vez, una situación de vulneración de los derechos a la salud y a la vida de las mujeres.

A pesar de ser un país donde el 97% de los partos son atendidos en instituciones de salud, persisten problemas de calidad en los servicios, que se traducen en una razón de mortalidad de mujeres gestantes de 75.6 muertes por 100.000 nacidos vivos (año 2007), 60.5 muertes por 100.000 nacidos vivos (año 2010) cifras muy altas comparada con el nivel de desarrollo del país.

El indicador de mortalidad materna, constituye un análisis para medir las desigualdades sociales y las diferencias territoriales, esto se evidencia en el siguiente ejemplo a citar: en Antioquia para el año 2009 murieron cerca de 42 mujeres por 100.000 nacido vivos mientras que el departamento del chocó esta tasa es de 200 mujeres por 100.000 nacidos vivos. Esta desproporción puede ser producto de demoras en la atención de salud, dificultad de acceso geográfico, barreras administrativas que dificultan la calidad en la prestación.

La ONU plantea algunas pautas para la prevención de la mortalidad materna en donde el mayor compromiso depende del estado, de las instituciones de salud y de la sociedad en este orden, estas acciones se resumen en los siguientes puntos:

1. Mejoramiento de la infraestructura de las instituciones de salud (servicios obstétricos especializados).
2. Control y vigilancia a las instituciones prestadoras de salud.
3. Creación de un marco jurídico y legislativo que proteja los derechos de las mujeres gestantes.
4. Investigación de las causas de las muertes y sanción de las personas responsables cuando se trate de fallas en la atención en salud.
5. Capacitación al personal de salud que atiende mujeres gestantes.
6. Difusión de información a las mujeres sobre sus derechos.
7. Satisfacción de las necesidades básicas en nutrición, sanidad, vivienda, seguridad social entre otras.
8. Mejor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a planificación familiar.

Es importante tener en cuenta que el riesgo de muerte materna es el doble cuando se trata de partos en adolescentes en comparación con mujeres adultas, lo anterior indica la necesidad de fortalecer el programa de educación sexual y planificación familiar para garantizar métodos anticonceptivos seguros.

### **6.3 DATOS DEL CONTROL PRENATAL**

**6.3.1 Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (Resolución 412/2000).** La guía de detección temprana de las alteraciones del embarazo es una herramienta que permite orientar al profesional de la salud para llevar a cabo el programa de control prenatal de una forma ordenada; sin embargo varias entidades de salud han modificado algunos patrones pero nunca

desviándose del objetivo inicial el cual es la detección temprana de riesgos en la gestante.

Actualmente varias entidades (como es el caso de Colciencias, universidad Nacional, Universidad de Antioquia, Pontificia universidad Javeriana) se encuentran generando una nueva propuesta para mejoramiento de la calidad de la guía actual; la guía de atención integral será un insumo orientador de las políticas de salud del país.

Cada Gestante debe ser evaluada en particular y el médico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas con el fin de Identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo.

La Guía actual busca beneficiar a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, y podrá servir de marco de referencia para aquellos proveedores de atención a la población pobre y no asegurada, en favor de la disminución de la morbilidad materna, perinatal e infantil en el país.

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, (Ver Anexo C) conforman la guía básica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Las características básicas de esta atención debe ser:

- **CALIDAD:** El prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el decreto 1011/06 del Ministerio de la Protección Social.
  
- **PRECOZ:** La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.

- **PERIÓDICA:** Garantizar la atención de la materna a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.

- **COMPLETA COBERTURA:** La atención en salud de la gestante se debe garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, de acuerdo con la resolución 5261/94 del Ministerio de Salud "Por el cual se establece el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud"

- **OPORTUNA:** Deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante.

**6.3.2 Descripción general del manejo asistencial en la guía prenatal.** En este punto se realiza la identificación y la inscripción de la gestante al control prenatal; se elabora la historia clínica identificando un perfil de riesgo según los antecedentes personales de la paciente y se procede a realizar el examen físico. Luego de la identificación del riesgo en la gestante se envían varios paraclínicos para detectar a tiempo otros patrones que pongan en riesgo el proceso normal del embarazo. (Hemoglobina, hematocrito, hemoclasificación, VDRL, VIH, prueba HBs Ag, prueba de glicemia, ecografía obstétrica, citología vaginal).

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo.

Se realiza formulación de micronutrientes (ácido fólico, sulfato ferroso, calcio) con el fin de prevenir defectos del tubo neural y disminuir riesgo de anemia en la gestante. El ácido fólico incluso debe administrarse desde la etapa preconcepcional (4 semanas antes del inicio de la búsqueda del embarazo).

En zonas endémicas para malaria y fiebre amarilla debe aplicarse los protocolos establecidos, así mismo; si la materna no ha recibido vacunación contra fiebre amarilla debe realizarlo después de la semana 26. Durante los diversos controles prenatales debe indagarse por síntomas que apunten a búsqueda de TB.

Las mujeres gestantes seropositivas para HIV o hepatitis B, víctimas de maltrato o adolescentes por ser un grupo de alto riesgo deben tener prioridad para su estudio y manejo integral, de acuerdo con las normas y guías respectivas.

La guía Colombiana hace énfasis en la educación que se debe brindar a la gestante y su familia para incrementar los factores protectores de la salud, además se busca integrar al padre durante todo el proceso para prestar un acompañamiento a su pareja.

Las consultas de seguimiento o control son el conjunto de actividades realizadas por el médico o el profesional de enfermería en el control prenatal a la gestante sin factores de riesgo (las gestantes con factores de riesgo deben ser vistas por especialista), que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación; se debe garantizar la prestación de este servicio por un grupo calificado de profesionales. La duración de estas consultas deberá ser mínimo de 20 minutos. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40. Los controles prenatales durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un médico. Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo. En cada control prenatal la usuaria debe presentar su carné materno ya que en este se registra la historia clínica y hallazgos importantes de cada consulta.



## 6.4 ACTIVIDADES EN SALUD PÚBLICA

El actual gobierno incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública, el Plan estratégico nacional de salud pública 2002-2006, plantea como meta reducir en 55% la tasa nacional de mortalidad materna evitable y, para esto, propone las siguientes líneas de acción:

- Aumentar la gestión integral de la salud sexual y reproductiva durante la gestación, el parto, el puerperio y el período neonatal en el nivel nacional y territorial en el marco del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

- Planes de atención materna y perinatal implementados y operando en 100% de las entidades territoriales, EPS e IPS.

- Mejorar la cobertura y la calidad de las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.

En el año 2003 el Ministerio de la Protección Social dio a conocer la Política nacional de salud sexual y reproductiva. Las estrategias que propone para reducir el problema de la mortalidad materna son la coordinación intersectorial e interinstitucional, el fortalecimiento de la gestión institucional y de la participación social, la potenciación de las redes sociales de apoyo.

y el desarrollo de la investigación. Esta guía de atención al igual que las normas y algunas guías contenidas en la resolución 412, cuenta con un sistema de monitoreo y control llamado Sistema de fortalecimiento de la gestión de las administradoras que tienen indicadores de cumplimiento de las acciones planteadas; adicionalmente se monitorean los casos de muertes maternas como un indicador centinela de la calidad.<sup>(21)</sup>

## Cuadro 6. Indicadores en salud materna y perinatal en Colombia

INDICADOR	TOTAL
Prevalencia de anticonceptivos (%), 2005-2009	78
Tasa de cobertura de la atención prenatal (%), Por lo menos una vez, 2005-2009	94
Cobertura de atención obstétrica (%), Partos en instituciones, 2005-2009	92
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2005-2009, registrada por 100.000 Nacidos Vivos	76
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, ajustada por 100.000 Nacidos Vivos	85
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, 2008, Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	460

[http://www.unicef.org/infobycountry/colombia\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/colombia_statistics.html)

### 6.5 TIPS EXITOSOS

- Colombia apunta con sus estrategias al mejoramiento de la situación de la salud pública; es por esto que a nivel nacional se ha fortalecido el monitoreo constante, la vigilancia y la inspección del programa de control prenatal.
- Los diferentes órganos de control realizan seguimiento constante a los planes de mejoramiento que se derivan de las auditorías realizadas al programa de control prenatal.
- Fortalecimiento de los comité de vigilancia epidemiológica para realizar análisis en caso de presentarse un evento de mortalidad materna; estos eventos son evaluados a través de 4 escenarios con el fin de analizar si la muerte materna cumple con criterios de evitabilidad y retroalimentar al resto de entidades para evitar que se vuelva a presentar una muerte materna por las causas detectadas.

## **7. ELEMENTOS GERENCIALES PARA UN PROGRAMA PRENATAL EXITOSO**

Todo programa de control prenatal debe tener una plataforma estratégica y una forma de llevar la estrategia a la realidad mediante un cuadro de mando integral BALANCE SCORE CARD.

Luego de realizar una revisión monográfica de los países con experiencias exitosas en el programa de control prenatal y teniendo en cuenta varios elementos asistenciales y gerenciales; surge la necesidad de dar a conocer estas herramientas a través de un modelo de mapa estratégico que lleve a la alineación de los objetivos del programa de control prenatal.

A continuación se presenta la plataforma estratégica y el cuadro de Mando Integral (BALANCE SCORE CARD) donde se muestra a detalle cada una de las actividades, metas e indicadores necesarios para el cumplimiento de las perspectivas que apuntan al logro y éxito de un programa de control prenatal con elementos y estructura gerencial.

### **7.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**

**7.1.1 Misión.** Prestar servicios de salud integrados en el programa de control prenatal con un componente biopsicosocial y enmarcados en una herramienta gerencial, con personal competente y criterios óptimos de calidad, fundamentados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; utilizando recursos tecnológicos apropiados, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar a la morbilidad materna y perinatal, orientados a satisfacer las necesidades de la materna y su familia.

**7.1.2 Visión.** Ser el programa de control prenatal modelo para otras instituciones y entidades territoriales con unos resultados de indicadores que apunten al logro de los objetivos planteados por la OMS para el 2015 en relación a la morbilidad materna y perinatal evitable.

### **7.1.3 Valores**

- Responsabilidad: personal competente y comprometido por el bienestar de la materna y su familia, con manejo eficiente de los recursos, para el cumplimiento con excelencia y calidad de las metas del programa de control prenatal.
- Respeto: ofrecen información clara y precisa, brindar una atención oportuna y adecuada a la materna y su familia atendiendo a sus observaciones y sugerencias.
- Honestidad: uso adecuado a los bienes de la Institución utilizándolos exclusivamente para el uso o fines para los cuales fueron establecidos.
- Lealtad: hacia el programa de control prenatal
- Compromiso: acciones efectivas de respuesta frente a las demandas y propósitos surgidos en los planes y proyectos institucionales relacionados con el control prenatal
- Dignidad: El accionar de todos sus empleados se concentra en el servicio, en el ejercicio profesional de proteger la vida, brindando un trato especial a todos los usuarios, propiciando bienestar y calidad con justicia social.

- Rectitud: obrar con ecuanimidad, celeridad, justicia, prudencia y claridad frente a la materna y su familia.
- Eficiencia: actúa de manera eficiente en la asignación de recursos. Considera el recurso humano de la institución como la principal fortaleza.

## **7.2 ESTRATEGIAS PLANTEADAS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (BALANCE SCORE CARD)**

Para dar cumplimiento a los objetivos del programa de control prenatal a través de la implementación del cuadro de mando integral (Balance Score Card) se describen las siguientes estrategias gerenciales; con ellas se busca que todos los empleados del programa ejecuten sus labores con sentido de pertenencia, de tal forma que se perciba en cada una de las actividades la vivencia de una cultura organizacional orientada hacia una misma dirección y enfocados a lograr las metas propuestas; estas son:

- El equipo multidisciplinario y el área administrativa se comprometen a ejecutar todas las actividades orientadas a la disminución de las muertes maternas evitables con miras a lograr una reducción en las cifras nacionales y así apuntar al logro del objetivo del milenio que hace relación a la mejora de la calidad de la atención de la salud materna.
- Brindar cobertura y continuidad a toda usuaria gestante que demande del programa de control prenatal sin importar su condición de seguridad social, estrato socioeconómico, edad y raza; orientados siempre en el logro de la atención con calidad, idoneidad y respeto.
- La Gerencia no puede ir desligada de la parte técnica asistencial; debe liderar al equipo multidisciplinario que desarrolla los procesos de atención para tener

personal altamente motivado por su labor y detectar a tiempo procesos que puedan poner en riesgo la calidad del programa y evitar la insatisfacción de la gestante y su familia.

### **7.3 CUADRO DE MANDO INTEGRAL**

EN 1992, los trabajos de investigación de Robert S. Kaplan y David P. Norton, sobre nuevas forma de medición del desempeño organizacional, dieron origen al modelo de BALANCE SCORE CARD (BSC) conocido también como cuadro de mando integral o tablero unificado de control.

En 2001, los mismos autores diseñaron el modelo de mapa estratégico como una herramienta para alinear los objetivos; a la fecha el uso de esta herramienta en organizaciones de salud es cada vez más frecuente y exitosa. Con esta herramienta se busca que las personas trabajen con un propósito común y líneas integradas de acción enmarcadas en la Visión, misión y valores de cada organización.

El BSC extiende las mediciones a otros campos estratégicos de interés para la organización dando como resultado equilibrio costo-beneficio y alcance de metas en las perspectivas financiera, clientes, proceso y aprendizaje. Otros de los beneficios del BSC es permitir que los funcionarios trabajen en forma coordinada y alineada en busca de los objetivos de la institución.

El programa de control prenatal debe contar con empleados competentes, capacitados, disponibles para la atención con calidad y satisfechos con el trabajo realizado; lo que se traduce en procesos de atención integrados alineados a la consecución de objetivos de un programa de control prenatal; de esta forma se obtendrá como producto final la satisfacción y fidelización de la materna y su familia durante todo su proceso de gestación lo cual repercutirá en mayores

ingresos y rentabilidad del programa generando un impacto social sobre los principales indicadores de medición del proceso. (Disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, impacto sobre el bajo peso al nacer, promoción de la lactancia materna, disminución de los costos derivados de la sífilis congénita.)

Al desarrollar el Cuadro de mando integral (BALANCE SCORE CARD) se pretende dejar una propuesta planteada que pueda ser llevada a cabo por gerentes y líderes como una herramienta con un enfoque no solo asistencial si no también gerencial orientado al cumplimiento de objetivos que generen impacto social, económico e intelectual del programa. Finalmente se definirán las perspectivas donde serán ubicados los objetivos estratégicos de esta propuesta.

**7.3.1 Perspectiva Financiera.** Está relacionada con el impacto socioeconómico del programa de control prenatal, busca el logro en objetivos Financieros, Sociales e intelectuales en relación a las estrategias del programa de control prenatal. Este tipo de objetivos reflejan el ciclo de vida del programa, el cual es:

#### **Crecimiento, sostenimiento y cosecha.**

El crecimiento se entiende como la capacidad de impacto social y económico del programa, generando excedentes al tener un control del alto costo que se deriva de la atención de las maternas, hace referencia al crecimiento de las ventas en nuevos mercados y a la fidelización del programa atrayendo nuevo clientes, manteniendo niveles de gasto adecuados para el desarrollo de los procesos, los sistemas y el establecimiento de nuevos canales de ventas del programa.

El sostenimiento hace relación a los indicadores financieros tradicionales por medio de los cuales se analizan las inversiones tales como los flujos de caja actualizados y obtención de buenos rendimientos sobre el capital aportado.

En la fase de cosecha el objetivo no es incrementar al máximo los rendimientos sobre las inversiones, sino aumentar al máximo el dinero que puede devolverse a la empresa procedente de todas las inversiones realizadas.

Se resume así que la perspectiva financiera busca generar rentabilidad para obtener crecimiento del programa a través de tres objetivos claves:

- **Objetivos Financieros:** Se busca la sostenibilidad o disponibilidad del programa de control prenatal a través de la consecución del equilibrio entre ingresos y gastos y un aumento de la productibilidad garantizando así el logro de la rentabilidad de este.
- **Objetivos Sociales:** Se busca la generación de impacto de aquellos indicadores que reflejan la efectividad del desarrollo del programa del control prenatal, se pretende contribuir así a las políticas de salud pública de la nación y apuntar al logro de metas contempladas dentro de los objetivos del milenio.
- **Objetivos Intelectuales:** Promover la investigación para el desarrollo intelectual del personal asistencial y por ende los aportes que se puedan generar de la ejecución del programa de control prenatal.

**7.3.2 Perspectiva Clientes.** Se basa en el posicionamiento del programa de control prenatal, Se debe garantizar que la gestante y su familia estén satisfechas por la óptima atención prestada. Busca la fidelización de la gestante con el programa; lo que conlleva a un aumento de la cobertura al tener la usuaria asistente a todas las actividades planteadas en el proceso. La gestante y su familia se convierten en clientes, los cuales tiene la capacidad de autonomía y de compra de nuestros productos siempre y cuando el programa sea capaz de suplir las necesidades presentadas por estos.



El programa de control prenatal debe tener una estrategia de liderazgo del producto ofrecido, una estrategia de intimidad con la clientela y una estrategia de excelencia operativa.

- **Liderazgo del Producto:** El programa de control prenatal debe ir más allá de lo convencional y más allá de lo que es deseable por los usuarios. La idea es ofrecer el mejor programa con calidad excepcional, tecnología y gran funcionalidad.
- **Intimidad con la clientela:** Es la capacidad de generar vínculos con la gestante y su familia, los empleados del programa de control prenatal deben conocer y proporcionar el servicio que la gestante solicite en el momento idóneo, garantizando la mejor solución integral a las necesidades y ofertando un servicio global que apunte al logro de la calidad del programa. El proveedor se debe convertir en un auténtico socio de su paciente.
- **Excelencia Operativa:** El programa de control prenatal debe ofrecer sus servicios teniendo en cuenta un precio competitivo, adicional debe tener un equilibrio entre calidad y funcionalidad, la idea principal es tener un programa prenatal al mejor costo total.

Actualmente se maneja en empresas exitosas la estrategia CRM (Customer relationship Management) la cual se basa en una actitud positiva frente a empleados y clientes apoyada por determinados procesos y sistemas, busca construir entre el proveedor y cliente relaciones duraderas al trabajar en las necesidades y preferencias individuales con el fin de dar valor agregado a la empresa y al cliente.

La estrategia CMR involucra 4 procesos los cuales se incluirán en el Cuadro de mando integral BSC del programa de control prenatal:

Proceso 1: Se debe identificar el cliente, en este caso se debe hacer una valoración de la gestante y su familia, se deben realizar periódicamente encuestas donde la gestante exprese que desea del servicio a nivel de calidad e innovación.

Proceso 2: se debe realizar una diferenciación de la gestante en términos de necesidades, requerimientos individuales para direccionar la atención.

Proceso 3: Se debe interactuar con la gestante y su familia para obtener información que ayude a mejora el programa de control prenatal y fortalecer las relaciones Médico – Paciente.

Proceso 4: Se deben adaptar los servicios ofrecidos según las necesidades de la gestante (disponibilidad horario, disponibilidad de toma de muestras, prioridad a la gestante que labora etc.)

La satisfacción del cliente; en este caso la gestante y su familia es prioridad ya que se busca generar valor agregado, satisfacción de la demanda y pago por el servicio prestado con calidad, La satisfacción materna guarda relación estrecha con el cumplimiento de expectativas que la usuaria tiene acerca de la experiencia de un buen control prenatal y del nacimiento. Es necesario incrementar la preparación de las mujeres respecto a los acontecimientos que ocurrirán entre el trabajo de parto y parto; esto se logra a través del cumplimiento de procesos que permitan brindar una asesoría integral a la gestante y su familia. La satisfacción de la materna no puede limitarse a la sensación de dolor durante el parto ya que este es el proceso fisiológico normal; se deben incluir otras variables como el acompañamiento del equipo multidisciplinario para minimizar esta experiencia negativa. Tener un hijo sano hace que las experiencias negativas sean olvidadas ya que culturalmente el hijo es visto como la parte más importante en la vida de una mujer, lo que se considera como la ejecución de una de las funciones sociales.

**7.3.3 Perspectiva Procesos Internos.** Con el desarrollo de esta perspectiva se pretende mejorar la calidad y cobertura del servicio prestado, Para tener una calidad del proceso se deben enfocar los objetivos de esta perspectiva en la pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad del programa de control prenatal. Los materiales, la mano de obra, el método utilizado (protocolos y guías de atención), el medio ambiente, la maquinaria y equipos son parte fundamental y clara de un proceso integral y aportan variabilidad final al producto o servicio.( espina de pescado de Ishikawa).

**Pertinencia.** Hace relación a la atención médica con calidad, la atención correcta de la medicina basada en la evidencia, para llegar a diagnósticos oportunos se hace necesario la implementación de guías de atención y protocolos estandarizados para el manejo integral de la gestante.

Los modelos de atención adoptados por países como Chile y España han demostrado que al desarrollar procesos asistenciales integrados se pueden obtener mejores beneficios. Las guías no solo deben contemplar la forma de llevar a cabo la parte asistencial sino también realizar una valoración psicosocial de la gestante y su familia por personal idóneo y competente.

Si en un programa de control prenatal no se aplican las guías y protocolos descritos y cada profesional trabaja a su manera se corre el riesgo de fallar en la seguridad que debe garantizar el programa y el efecto final será evaluado en negativo.

La pertinencia también se garantiza si se tiene un sistema de auditoria manejado por un área de calidad que periódicamente realicen seguimiento de las historias clínicas para evaluar al profesional y montar planes de mejoramientos que vayan orientados a mejorar la calidad del programa; continuamente debe evaluarse si el profesional apunta o no a las competencias requeridas para el cargo.

**Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene la gestante y su familia de acceder al servicio de salud, esta accesibilidad puede ser descrita en 3 aspectos: accesibilidad económica, accesibilidad intelectual y accesibilidad geográfica. Se falla a esta área cuando el mismo personal administrativo de las entidades de salud limitan la atención de la gestante por las múltiples barreras de tramitología; a esto se le suma la barrera económica de varias usuarias que por no tener para el pago de una cuota moderadora o copagos prescinden de la atención colocando en riesgo la vida de la madre y el niño.

Con la propuesta planteada se pretende impactar en esta área garantizando a las gestantes la visita domiciliaria en casos donde el acceso geográfico y económico se consideren una barrera para llevar a cabo el programa de control prenatal, de igual forma se implementa y se refuerza el programa educativo para las gestantes y sus familias con el fin de eliminar la barrera por acceso intelectual.

**Continuidad:** Se busca garantizar que el servicio prestado en el programa de control prenatal no se interrumpa y se preste en los tiempos establecidos, la continuidad del programa se logra a través de las estrategias establecidas de búsqueda de las usuarias inasistentes, además la fidelización de la gestante con el programa hace que la continuidad permanezca. El medio entendido como clima organizacional contribuye a lograr la continuidad en el programa ya que la gestante y su familia se vuelven evaluadores de los procesos observados dentro del programa, si el medio se percibe desorganizado, sin directrices claras; la gestante asumirá esta percepción como si no se mostrara un interés por ella y su familia en este nuevo proceso de gestación.

**Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene la gestante de acceder a los servicios de salud sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida, hace referencia a la oferta de los servicios relacionados con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios; para lograr

este elemento se requiere contar con un sistema de información donde se visualice de forma clara la oportunidad en citas médicas, especialistas, nutrición y área social; estas deben ser asignadas según un tiempo establecido donde no se ponga en riesgo la salud de la usuaria, se debe realizar énfasis en la disponibilidad horaria, contar con herramientas como una línea de atención a la materna para resolver dudas sobre su proceso de gestación y orientación a otros niveles de atención si el caso lo amerita.

**Seguridad:** La política de seguridad del paciente se encuentra incluso contemplada dentro del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud de Colombia (SOGCS), al trabajar sobre este elemento se está previniendo o eliminado la ocurrencia de eventos adversos que pueden presentar al ejecutar programas de control prenatal; la seguridad de la gestante y su hijo es una prioridad y la aparición de incidentes o eventos adversos nos hablan de la existencia de una atención insegura necesaria de intervenir.

Se hace necesario incluir la medición de eventos adversos e incidentes que se derivan de la prestación del programa de control prenatal; de nuevo se recurre a la auditoria para detectar conductas de riesgo y prevenir a tiempo la ocurrencia de eventos que pongan en riesgo la calidad del programa.

Se debe tener en cuenta la medición, inspección y control de los elementos, equipos e instrumentos biomédicos utilizados en la atención de la gestante. El área de calidad debe contar con un sistema de información de metrología donde se visualice la calibración periódica de los equipos, sus hojas de vida y su periodo de uso óptimo. La gerencia debe tener dentro de sus planes de inversión la adquisición de equipos nuevos de última tecnología que garanticen mejor precisión en la medición de valores como signos vitales, monitoreo fetal, cintas métricas, pesas y tallímetros utilizados diariamente en la ejecución del programa de control prenatal.

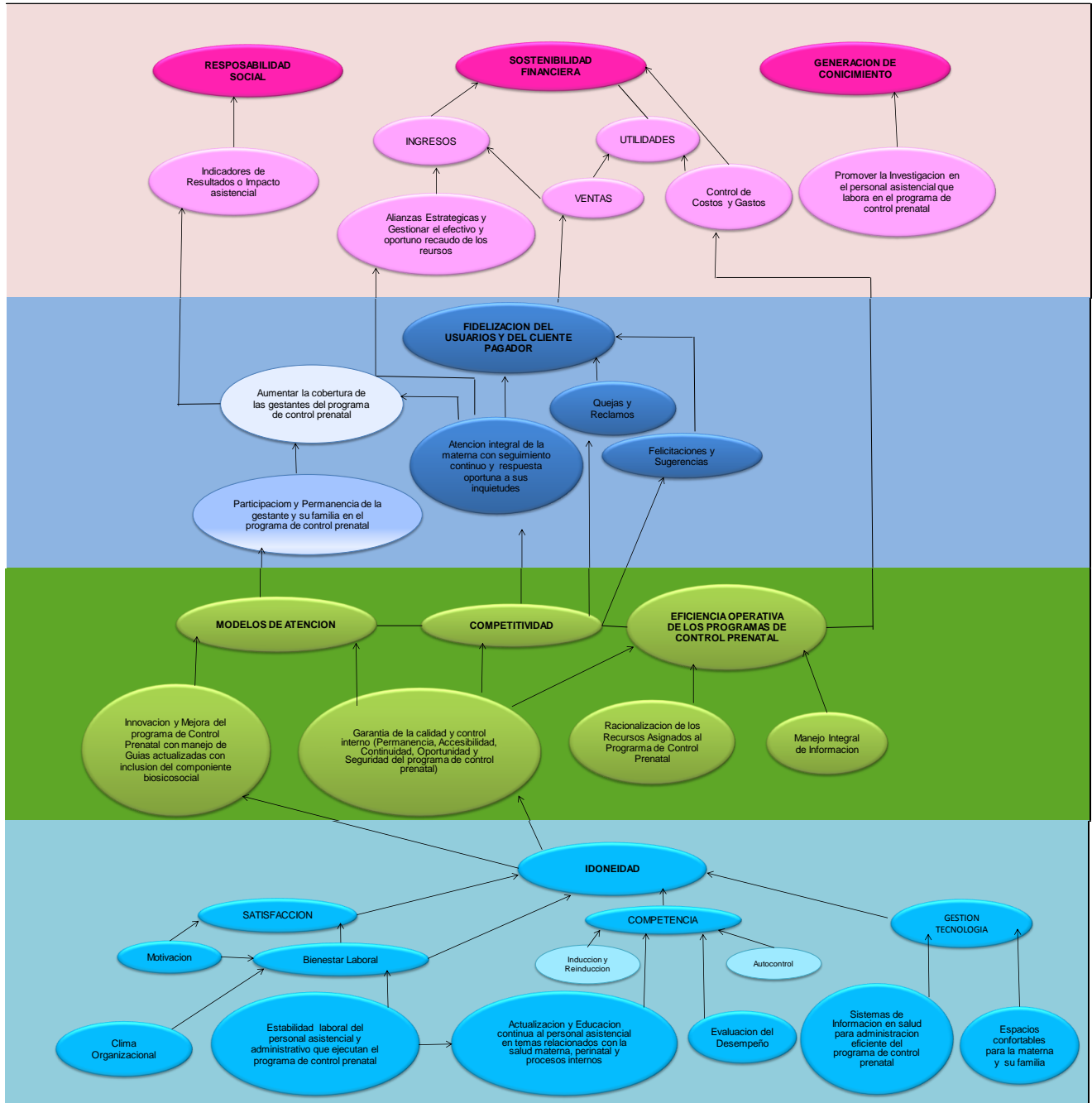
Adicional la gerencia debe exigir a los proveedores como laboratorios de ayudas diagnósticas, dispensadores de medicamentos; contar con un sistema de seguridad donde se garanticen mediciones exactas en pruebas y calidad de los medicamentos entregados a las gestantes (fecha de vencimiento, registro INVIMA actualizado, almacenamiento del medicamento a la temperatura y humedad requerida).

**7.3.4 Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento.** Busca el desarrollo de personal eficiente con sistemas de información controlados a través de selección de personal por competencias para llevar a cabo un programa de control prenatal. Si el programa es manejado por personal sin las capacidades correctas entonces será condenado al fracaso; lo cual afectará la motivación y el resultado final; en este contexto descrito se hace necesario la instauración de un modelo de gestión por competencias y como referencia se tomó en cuenta la guía de proceso asistencial integrado de Andalucía-España que maneja un mapa general de competencias y aptitudes por área de conocimiento encaminadas a lograr el buen desempeño y desarrollo de cada uno de los puestos de trabajo.

- A través de los objetivos planteados se debe buscar la satisfacción del cliente interno (el empleado), desarrollar infraestructura e instalaciones donde la gestante, su familia y los profesionales se sientan cómodos para desarrollar las actividades, mejorar la gestión de la información y fortalecer la tecnología para ofrecer servicios eficientes garantizando manejo integral de la materna. Se busca un sistema de información que suministre los datos precisos en el momento oportuno. Todo esto conlleva al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios del programa de control prenatal.
- El personal asistencial que se desempeña en el programa de control prenatal debe contar con incentivos que bien aplicados contribuyen a mejorar la

motivación, el clima organizacional y por ende su desempeño laboral que se traducen en una disminución del ausentismo y alta rotación.

**Figura 3. Mapa estratégico programa control prenatal**



## Cuadro 7. Cuadro de Mando Integral para un Programa de Control Prenatal

BALANCE SCORE CARD - HERRAMIENTA GERENCIAL DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL					
PERSPECTIVAS	REQUISITOS ESENCIALES	OBJETIVOS FORMULADOS	METAS	INDICADOR	INICIATIVAS
<b>PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL</b>					
Perspectiva Financiera ( Representa la situación optima deseada falicitando la posterior valoración y medición de la gestión, busca generar excedentes operacionales y dar un aporte social a través del mejoramiento de indicadores)	Gestion del riesgo de las gestantes inscritas en el programa de control prenatal	Disminuir mortalidad materna evitable.	Razón de mortalidad materna = 0 (Meta nacional 45 por 100.000 Nacidos vivos)	Razón de mortalidad materna	*Adherencia a guías y protocolos *Actualización permanente al personal asistencial sobre temas relacionados sobre temas relacionados con los indicadores evaluados *Seguimiento y auditoría enfocada en el autocontrol *Aumento en cobertura y adherencia a los programas de Control Prenatal *Educación a la gestante y su familia de la importancia de acudir a una institución de salud ante cualquier signo de trabajo de parto. *Trabajo del equipo multidisciplinario para la certificación en IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia) *Modulo de Lactancia Materna dictado por el personal asistencial dentro de las actividades programadas en el curso del programa del control prenatal.
		Disminuir la muerte perinatal evitable	Tasa de mortalidad perinatal menor o igual a 6 por 1000 nacidos vivos	Numero de muertes perinatales presentadas/ Total de Nacidos Vivos	
		Disminuir el porcentaje de Bajo Peso al Nacer.	Porcentaje de niños con bajo peso al nacer menor o igual a 7 %	Numero de niños con peso al nacer menor o igual a 2500 gr / Total de Nacidos en el periodo evaluado * 100	
		Promover la lactancia materna como unico alimento durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido	100 % de gestantes educadas y capacitadas para la lactancia materna exclusiva	Numero de gestantes capacitadas en el modulo de lactancia/ Total de gestantes inscritas en el programa * 100	
		Disminuir la incidencia de sífilis congénita.	Incidencia de sífilis congénita <= a 0.5 ( Meta nacional 0.5 por 1000 Nacidos vivos)	Incidencia de sífilis congénita	
	Calificación de las actividades educativas del programa de control Prenatal	Evaluar de una forma cuantitativa el aprendizaje de la gestante y su familia obtenido en el curso prenatal.	70 % de cualificación optima	Numero de gestantes evaluadas con calificación optima / numero de gestantes Evaluadas *100	* Evaluación de cada sesión educativa. * Realizar un informe de la calificación obtenida y presentarlo al grupo primario, gestantes y sus familias. * Retroalimentar los puntos críticos que arroja la evaluación
	Sostenibilidad de los recursos del programa del control prenatal	Gestionar ante los diferentes actores del sistema el efectivo y oportuno recaudo de los recursos	Recurso economico disponible los primeros 5 dias del mes para la asignación a los diferentes procesos del programa de control prenatal	Recaudos superiores al 80% en el tiempo estipulado	*Revisión de los contratos de forma anual en todo lo referente a los plazos para el recaudo de los fondos destinados para el programa de control prenatal. *Pago oportuno a los prestadores de la red.
	Control del costo tecnico con respecto a os ingresos para el sostenimiento del programa	Hacer eficientes los recursos para el sostenimiento y desarrollo del programa	10% de los ingresos para gastos administrativos y 90% para la prestación de servicios asistenciales	*Costo técnico del programa/ Ingresos* 100	*Control Interno y seguimiento diario al valor de autorizaciones a través de un sistema de información. *Alianza estratégica con proveedores para garantizar el pago oportuno de deudas. *Auditoría a la pertinencia medica en la solicitud de exámenes y formulación de medicamentos dando cumplimiento a las guías y protocolos establecidos para el programa de control prenatal.
	Perspectiva Aprendizaje (Hace referencia a la capacidad necesaria que debe tener un profesional médico y enfermera para realizar su trabajo eficazmente, con el fin de obtener los resultados deseados y lograr los objetivos del programa)	PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL	Nro total de personas capacitadas/Nro total de personas que desempeñan su labor dentro del programa.	Evaluar el desempeño del personal asistencial del programa por competencias requeridas para el cargo	Realizar actividades educativas a la gestante y su familia para la enseñanza de temas relacionado con el cuidado de la gestación, parto y puerperio
	Generación de Conocimiento	Promover la investigación en el personal asistencial que labora en el programa de control prenatal	Ejecución de una Investigación anual por parte del personal del programa de control prenatal	Numero de investigaciones realizadas/ Numero de investigaciones planeadas	* Incentivos al personal asistencial para el desarrollo y ejecución de investigación de temas relacionados con el control prenatal. *Generación de alianzas estrategias con instituciones educativas de nivel superior que apoye la labor investigaciones.

BALANCE SCORE CARD - HERRAMIENTA GERENCIAL DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL					
PERSPECTIVAS	REQUISITOS ESENCIALES	OBJETIVOS FORMULADOS	METAS	INDICADOR	INICIATIVAS
Perspectiva Cliente (Indicadores relacionados con la satisfacción y con la calidad del servicio prestado)	Fidelización de la gestante con el programa de control prenatal	Obtener la permanencia y a de la gestante y su familia en el programa de control prenatal.	99% de permanencia de la materna al programa de control prenatal	Numero de Gestantes que asisten por lo menos a 4 controles prenatales/ numero de gestantes que terminan el programa.	Indicador de fidelización. *Realización de planes de mejoramiento para los aspectos que muestran debilidad en la medición de fidelización del programa. * Medición del cumplimiento de las actividades planteadas por el programa de control prenatal (Actividades educativas , ayudas diagnosticas y total de controles realizados) * Implementación de una línea telefónica las 24 horas con el fin de dar respuesta oportuna a inquietudes y quejas antes, durante y posterior a la atención de la gestante. * Actualización continua de base de datos de gestantes donde se consoliden datos básicos de la gestante y fecha de cada uno de los controles asistidos. *Seguimiento diario a las gestantes inasistentes a su cita médica, captación a través de llamada telefónica para
		Garantizar la cobertura de las gestantes del programa de control prenatal.	90% de cumplimiento de las actividades derivadas del programa de control prenatal	Numero de gestante con cumplimiento de las actividades derivadas del programa/ Numero total de gestantes inscritas al programa	
		Realizar seguimiento a la asistencia e inasistencia de la gestante al programa de control prenatal	90% asistencia a citas médicas y otras actividades que se deriven del programa de control prenatal	Nro total de citas incumplidas/nro total de citas asignadas *100	
	Fidelización del Cliente Pagador	Fidelizar al cliente pagador mediante procesos que evalúen la gestión del riesgo, la gestión por procesos (PACOS)	80% de cliente pagador fidelizado	Ver indicadores de la perspectiva de Procesos	*Elaboración completa y detallada de informes de indicadores del programa de control prenatal y envío oportuno a las diferentes EPS. *Cumplimiento con la normatividad vigente relacionada con el control prenatal y ajuste dentro de la institución prestadora para su logro. *Trabajo continuo para alcanzar estándares óptimos de calidad. *Conocimiento del pagador de los resultados de las encuestas de satisfacción del programa de control prenatal.



**BALANCE SCORE CARD - HERRAMIENTA GERENCIAL DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**

Perspectiva Procesos (Esta debe ser congruente con la Misión y Visión definidas para el program de control prenatal, mejora la cobertura de los servicios y calidad de la atencion)	Pertinencia del Programa de control prenatal	Actualizar implementar, ejecutar y verificar el cumplimiento de guías y protocolos asistenciales, administrativos y sociales que permitan generar diagnosticos acertados y proporcionar tratamientos efectivos.	Pertinencia en diagnósticos y conductas mayor del 95%	Número de Historias Clínicas que cumple con protocolo/ Total de Historias Clínicas Evaluadas. * 100	*Actualización semestral de las 5 principales causas de morbilidad presentadas en el programa. *Disponer de programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad operado por personal capacitado e idoneo bajo estándares de acreditación.	
	Accesibilidad Programa de control prenatal	Autoevaluar el proceso de generación y trámite de ordenes	Disminuir pasos y puntos de contacto en el subproceso generación, tramite y ejecución de ordenes	Subprocesos evaluados / subprocesos en ejecución		*Disponer de un área de calidad *Estudio de subprocesos e informe sobre hallazgos y posibilidades de reducción de pasos administrativos en el tramite de la orden. *Contar con un sistema de información que permita integrar la generación de prestaciones en salud a la población objeto del programa, consolidar la información, generar informes y reportes y obtención de datos como base de auditoría.
		Trámitar y ejecutar ordenes de ayudas diagnósticas a las pacientes de control prenatal oportunamente	90% de ordenes generadas en máximo 48 horas	Total de ordenes de ayudas diagnósticas asignadas en menos de 48 hrs/ Total de ordenes generadas en el programa de control prenatal.		* Alianza estrategicas con proveedores para prestación oportuna de servicios derivados de control prenatal * Orden tramitada en simultanea con la atencion de la materna por parte del personal auxiliar del programa donde se garantice que la materna al momento de la salida del control se le entregan sus ordenes y citas asignadas
	Continuidad del programa de Control Prenatal	Evaluar el componente biosicosocial en el modelo de atencion del control prenatal	Evaluacion del componente biosicosocial durante el periodo de embarazo, parto y puerperio	Número de actividades a mujeres evaluadas por psicología trabajo social/número de pacientes en estado preconceptual, gestantes o puérperas.		* Incorporación de actividades y participación por profesionales del área sicosocial en las actividades educativas con participación de la mujer, la gestante y sus familias. * Equipos de salud multidisciplinarios capacitados en modelos biosociales y enfoque familiar. * Durante la anamnesis indagar a la gestante sobre las necesidades basicas insatisfechas para acompañamiento e intervencion del nivel intersectorial. * Desplegar acciones comunicativas con énfasis a la mujer en edad fértil, gestante, mayores y menores de edad sobre violencia sexual, física y psicológica * Inclusión de la visita domiciliaria en el programa prenatal para mejor valoración del entorno social de la gestante.
		Contar con un sistema de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones a través de buzón o pagina web.	100% de respuesta oportuna a quejas, reclamos y sugerencias (Respuesta antes de 48 hrs)	Total de quejas tramitadas en menos de 48 hrs/Total de quejas del programa de control prenatal	* Elaboración de planes de mejoramiento individual o por porceso como resultado de encuestas de satisfacción. * Revisión inmediata a comentarios ingresados por la WEB a través del el software implementado.	
		Dar respuesta oportuna a la información solicitada y a las recomendaciones generadas en planes de mejoramiento originados de auditorias al programa de control prenatal.	80% de recomendaciones gestionadas	Numero de recomendaciones recibidas y gestionadas/ Numero de recomendaciones recibidas	* Medición trimestral de las recomendaciones por parte de la EPS. * Medición de la satisfacción del cliente pagador por aplicación de encuestas .	
		Realizar actividades educativas a la gestante y su familia para la enseñanza de temas relacionado con el cuidado de la gestacion, parto y puerperio	90% de asistencia de las gestantes y sus familias a las actividades educativas.	*Numero de gestantes y familia que asisten a las actividades educativas/ Numero total de gestantes inscritas en el programa. *Resultado mayor al 70% en prueba de cualificación a los asistentes a la actividad educativa del programa de control prenatal.	* Implementación de curso educativo prenatal con temas relacionados con la salud física, psicológica y social de la familia gestante. * Implementación de sesiones de gimnasia prenatal con personal capacitado para dicha actividad. * Realización de visitas guiadas a salas de partos para familiarización con el proceso. * Capacitación a la gestante y su pareja sobre la normatividad vigente en licencia de maternidad y paternidad.	
	Oportunidad de programa de control prenatal	Asignar oportunamente las citas con médico y grupo multidisciplinario que se derivan del programa de control prenatal	100% de citas asignadas oportunamente.	Numero de citas asignadas oportunamente/ Numero de citas asignada	* Disponer de agendas con los profesionales miembros del equipo multidisciplinario mediante bloqueo ante no oportunidad en la asignación. * Capacitar al personal de logistica y asignación de citas, sobre los estándares de oportunidad en asignación para la utilización de estos bloques. * Disponer de profesionales o proveedores debidamente capacitados para la atención de la gestante. * Generar horas extras ante la necesidad de adiciones de agenda. * Flexibilidad en los horarios segun la necesidad de la gestante	
	Seguridad del Programa de Control Prenatal	Medir y gestionar los eventos adversos o incidentes generados del programa de control prenatal	100% de eventos adversos o incidentes adversos	Total de eventos adversos gestionados/ total de eventos adversos presentados	* Capacitación continua a personal asistencial sobre practicas seguras en el desempeño de su labor. * Realizar campañas de los 5 correctos durante la atencion de la gestante. * Inspeccion periodica de la infraestructura e instalacion físicas para garantizar seguridad al paciente y personal asistencial.	
Calibrar periódicamente los equipos biomédicos utilizados en la atención del programa de control prenatal.		100% de equipos calibrados según el requerimiento	Total de equipos calibrados en el tiempo propuestos/ Total de equipo del programa de control prenatal * 100	* Contar con un sistema de información metrologica que informe de manera oportuna las fechas de calibracion de los equipos para poder ubicar al proveedor en el tiempo estipulado. * Contar con una base de datos de todos los equipos utilizados en el programa de control prenatal. * Reportar oportunamente al area de calidad el daño de equipos.		

**BALANCE SCORE CARD - HERRAMIENTA GERENCIAL DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**

PERSPECTIVAS	REQUISITOS ESENCIALES	OBJETIVOS FORMULADOS	METAS	INDICADOR	INICIATIVAS
<p>Perspectiva Aprendizaje (Hace referencia a la capacidad necesaria que debe tener un profesional médico y enfermera para realizar su trabajo eficazmente, con el fin de obtener los resultados deseados y lograr los objetivos del programa)</p>	<p>Actualización y educación continua al personal asistencial en temas relacionados con la salud materna, perinatal y procesos internos.</p>	<p>*Capacitar al personal asistencial en temas relacionados con la salud materna y perinatal para mejorar los indicadores de impacto del programa de control prenatal. *Capacitar al personal asistencial y administrativo en temas relacionados con la atención, gestión, satisfacción y clima organizacional.</p>	<p>100% del personal capacitado</p>	<p>Nro total de personas capacitadas/Nro total de personas que desempeñan su labor dentro del programa.</p>	<p>*Elaboración de plan de capacitación anual en temas relacionados con las causas de morbilidad materna, perinatal y atención humanizada *Fortalecimiento de la telemedicina a través de foros virtuales y conexión con otros hospitales para la realización de staff de médicos especialistas para consultar criterios diagnósticos. *Realización de una investigación anual que surja de los resultados obtenidos de los indicadores del programa. *Fortalecimiento de la capacitación al equipo de salud para el manejo de las guías de atención del embarazo, parto y puerperio. *Capacitación en el modelo de atención integral biosociosocial de la gestante. *Generación de incentivos al personal del programa prenatal con resultados óptimos durante su desempeño.</p>
	<p>* Desarrollo de personal con competencias en conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan llevar a cabo un programa prenatal exitoso. (ver anexo1 competencias profesionales)</p>	<p>Evaluar el desempeño del personal asistencial del programa por competencias requeridas para el cargo</p>	<p>90% del personal con competencia requerida para el cargo</p>	<p>Personal con perfil para el cargo / total de personal que labora en el programa de control prenatal</p>	<p>*Fortalecimiento en los procesos de selección de personal según competencias para el cargo. El proceso de selección debe ser realizado por personal idóneo para dicha actividad. *Planes de mejoramiento según hallazgo en la evaluación del desempeño y seguimiento de trimestral.</p>
	<p>* Sistema de información en salud para administración eficiente del programa de control prenatal</p>	<p>Implementar un aplicativo que consolide datos de gestión administrativa, asistencial y Metrología.</p>	<p>100% de información sistematizada</p>	<p>Numero de indicadores sistematizados/ Numero de indicadores Planteados</p>	<p>* Registro CLAP automatizado. * Generación de los indicadores de forma automatizada. * Control y mantenimiento de equipos biomédicos utilizados en el programa de control prenatal (software que permita la obtención de datos, como fecha de calibración, hoja de vida y vida útil de los equipos). * Consecución de un software que permita dar respuesta efectiva e inmediata a cualquier tipo de queja, sugerencia o reclamo, ingresada a través de página WEB o vía telefónica.</p>
	<p>*Estabilidad laboral del personal asistencial y administrativo que ejecutan los programas de control prenatal</p>	<p>Medir el clima organizacional</p>	<p>100% de medición del clima organizacional</p>	<p>Medición del clima organizacional anual</p>	<p>* Medición de la relación entre el personal del programa control prenatal y sus jefes. * Medición de la relación entre el personal del programa de control prenatal, su trabajo y la empresa. * Medición de la relación del personal del programa entre sí. * Seguimiento y socialización a planes de intervención de forma trimestral y análisis en grupos primarios. * Socialización al personal que corresponda, las felicitaciones recibidas por la prestación de sus servicios, generando en el mayor compromiso y motivación para su desempeño laboral. * Mejoramiento de la motivación del clima organizacional a través de incentivos por aportes al trabajo en equipo, a los resultados, al desarrollo de la organización y al compromiso ambiental.</p>
		<p>Medir el Ausentismo Laboral</p>	<p>5% de Ausentismo Laboral anual</p>	<p>Numero de Trabajadores/ días Perdidos <math>\frac{*100 \text{ Numeros de Trabajadores} * \text{Numero de dias de trabajo}}{\text{Numero de dias de trabajo}}</math></p>	<p>* Implementación de un programa institucional que permita medir el ausentismo laboral. * Ejecución de planes de acción para disminuir el ausentismo laboral y generar un mayor compromiso por parte del personal.</p>
		<p>Medir la Rotación del Personal</p>	<p>3% de Rotación del personal anual</p>	<p><math>\frac{\text{Ingreso} + \text{Salida}}{\text{Total de Trabajadores del Periodo}} * 100</math></p>	<p>* Mejoramiento de las condiciones laborales del trabajador (Estabilidad Laboral) * Programa de Inducción y Reinducción de los cargos del programa de control prenatal. * Implementación de la escucha activa del trabajador a través de el buzón de sugerencia interno, donde se plasman las no conformidades o quejas propias del ambiente laboral. * Intervención del área administrativa y/o Directiva a las inconformidades laborales para evitar la alteración del clima organizacional.</p>

## CONCLUSIONES

- La muerte materna es un evento de gran impacto social, por cuanto afecta a una mujer joven y a su grupo familiar, a esto se agrega el hecho de que un porcentaje importante de ellas son prevenibles. Se considera un indicador de inequidad global, al comparar las enormes diferencias entre las cifras que presentan los países en desarrollo, comparadas con las bajas cifras de los países desarrollados<sup>(8)</sup>.
- La falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a abortos inducidos y a un mayor número de complicaciones derivadas del proceso de la gestación.
- La mortalidad materna es el reflejo del trabajo mancomunado de los equipos de salud y las entidades estatales; es un indicador sensible que evalúa la efectividad de la destinación del recurso y las estrategias planteadas por las naciones para el mejoramiento de la salud pública.
- Si existe suficiente compromiso político pueden reducirse las muertes maternas incluso en países con bajos ingresos. Las reducciones en los índices de mortalidad materna están estrechamente relacionadas con factores como la proporción de partos asistidos por personal sanitario capacitado, y no tanto con el nivel de riqueza.
- Los gobiernos pueden salvar vidas maternas si evalúan la situación local, vigilan el buen funcionamiento de los programas dirigidos a la salud de las mujeres embarazadas, fortalecen las instalaciones y recursos existentes, y hacen frente a los obstáculos que impiden que la mujer reciba atención con calidad.

- Colombia ha mejorado su situación de mortalidad materna; sin embargo se hace necesario el fortalecimiento de la guía de atención prenatal para brindar un servicio con los estándares más altos de calidad donde lo más importante sea la atención a nuestro cliente sin importar su condición de seguridad social en salud. La buena atención en salud es el punto de partida para mejorar los indicadores de nuestro país.
- Las bajas tasas de mortalidad materna que refleja el País chileno son el resultado de tener una guía prenatal con alto contenido psicosocial y el trabajo multidisciplinario entre el equipo asistencial y unidades estatales; la participación del padre, o una familia que apoye a la gestante son clave para dar continuidad al programa.
- Las bajas tasas de mortalidad materna reflejadas por países como Canadá y España no son solo el resultado de contar con recursos económicos suficientes derivados del PIB, se hace necesario que ese recurso sea distribuido de forma equitativa para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población.
- España tiene en su guía prenatal alto contenido gerencial para realizar una gestión por procesos; los requisitos de competencias para el cargo fortalecen el proceso brindando calidad en la atención con fines de apuntar al logro de la excelencia.
- No se evidencia en la guía prenatal colombiana una herramienta gerencial que ayude a la planeación, ejecución, verificación y evaluación del programa y que lleve a modificar los indicadores maternos perinatales.
- Con la realización de la anterior monografía se opta al título de especialista en Gerencia de IPS de la Universidad CES; asumiendo como gran tarea la

contribución en el liderazgo de los procesos de atención, programas y proyectos de las IPS y ESES donde se labora.

En esta revisión monográfica se incluyeron elementos importantes aprendidos durante la especialización en Gerencia de IPS y que son aplicables en la gestión diaria administrativa de los servicios de salud; es por esto que se menciona y se desarrolla en el trabajo herramientas gerenciales financieras, conceptos económicos, diseño de cuadro de mando integral ;para que los servicios y programas de salud sean más competitivos y apunten al logro de objetivos organizacionales e impacten en la salud pública de los afiliados y por ende mejorar la situación de salud de nuestro país.

## RECOMENDACIONES

Luego de haber concluido esta revisión monográfica surgen varias propuestas que se dejarán planteadas para futuras reformas del programa de control prenatal. Con estos puntos se pretende brindar un mejoramiento en la calidad de la atención prestada durante el proceso del embarazo, parto y puerperio y apuntar así al logro del quinto objetivo del milenio planteado por la ONU en todo lo relacionado con la salud materna (reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna).

Se hace necesario el fortalecimiento de la guía de atención prenatal Colombiana en todo lo relacionado con los componentes psicosocial, atención a la gestante adolescente y atención a la gestante en situación vulnerable (desplazadas, indígenas).

Se deberá realizar una guía de atención solo para adolescentes; enfocada en mejorar la calidad de vida de la gestante, evitar la desescolarización, favorecer la autonomía y el empoderamiento de la adolescente con su nuevo rol, haciendo seguimiento a su estado de salud pero también rehabilitando el proceso de integración de la gestante con la sociedad. Activar una red de apoyo en caso de que se presente rechazo hacia el embarazo por parte de la gestante, su pareja o su grupo familiar.

El personal asistencial que atiende a las gestantes adolescentes debe tener unas competencias propias para desarrollar esta labor, identidad por el programa, y una gran capacidad para el diálogo e impactar a través de la educación brindada; como característica principal no centrar la atención de la gestante en una consulta para juzgar sino para ayudar y orientar. Se propone a través de la guía chilena concentrar la atención de estas usuarias en un horario diferente al de la

gestante adulta. Se debe lograr estrecha coordinación con las redes de la comunidad en caso de requerirse.

Se debe tener definida la atención a prestar en caso de que se detecte una gestante en situación vulnerable; tener en cuenta los contextos culturales para evitar que el equipo de salud realice agresiones a las creencias y costumbres de estos grupos. Se debe empezar por conocer los grupos indígenas que habitan en Colombia para realizar un estudio de sus creencias y poder llegar a la gestante de forma adecuada. Brindar educación a un nivel entendible por la gestante indígena o desplazada es clave fundamental para lograr impacto sobre la morbi-mortalidad materna y perinatal en estos grupos.

Como propuesta se debe incluir dentro de la guía prenatal un capítulo destinado a la información de los derechos y deberes de la gestante en todo lo relacionado con educación, leyes laborales, violencia sexual y violencia intrafamiliar. Tener un flujograma descrito en caso de que se presente una sospecha de violencia en cualquiera de sus formas para activar la red de apoyo estatal.

Los horarios de apertura de las IPS y ESES que ejecutan el programa de control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que las IPS y ESES dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicitan control prenatal.

Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y, de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes. Sin embargo, las usuarias que vienen sin turno no deberían ser rechazadas aun cuando no existiera ninguna urgencia. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la

comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta.

Las guías prenatales no solo deben incluir el componente asistencial sino también una orientación gerencial que permita la mejor gestión financiera, de procesos, de clientes, y aprendizaje destinados para prestar un servicio de calidad; se deja así planteado el cuadro de mando integral (Balance Score Card) con varias iniciativas para lograr los indicadores propuestos. Esta herramienta gerencial orientará el logro de varias actividades encaminadas a brindar una atención a nivel de lo que el cliente necesita para hacer del proceso de la gestación una experiencia positiva. El programa de control prenatal debe ser un proceso asistencial integrado; tal como es propuesto en la guía Andaluza. Se debe tener en cuenta que en este proceso todos los actores son importantes. Los objetivos que esta guía plantea no son a conveniencia del director del programa sino que describen lo que la gestante, la familia, la pareja y el personal asistencial esperan del mismo. Contar con un mapa de gestión por competencias hace que el personal asistencial que labore en el programa cumpla con los perfiles más altos en aptitudes, habilidades y conocimientos para ejecutar el programa de control prenatal.

El programa de control prenatal debe innovar la forma de brindar educación a la gestante y su familia; este debe ser un proceso dinámico y no orientado solo a actividades magistrales; la realización de visitas guiadas a centros de atención del parto hace que la gestante y su familia se sensibilicen aún más con este proceso.

Contar con talleres y material lúdico para la enseñanza de la lactancia materna, fomento del autocuidado, atención a signos de alarma cuidados del recién nacido y posnatales, proyecto de vida, empoderamiento del nuevo rol, estimulación prenatal son varios de los temas que deben presentarse en el programa de una forma creativa para mejor captación por parte de la gestante y su familia.



Se propone una línea gratuita telefónica de atención a la materna las 24 horas del día para brindar orientación en temas relacionados al proceso fisiológico normal del embarazo, sospecha de signos de alarma u orientar en caso de que la gestante se encuentre en trabajo de parto activo. A través de esta línea se le informa a la usuaria si verdaderamente su duda requiere ser evaluada de forma presencial o puede ser gestionada telefónicamente. Con esto se pretende satisfacción de la gestante y su familia, fidelización del programa y disminuir el número de consultas innecesarias por causas normales del proceso de gestación. Para regiones donde el acceso geográfico se convierte en una barrera para llevar a cabo el programa de control prenatal; se propone tener centros de paso donde la gestante pueda estar luego de su último control prenatal o donde debido al alto riesgo obstétrico de la misma deba mantenerse cerca de la cabecera municipal para poder acceder de forma oportuna a la institución de salud; de esta forma se contribuye al mejoramiento del indicador de 100% de partos atendidos en instituciones de salud por personal idóneo y calificado.

La visita domiciliaria está contemplada dentro de las guías de países con experiencias exitosas como Chile y España; esta actividad afianza la continuidad del programa y se vuelve un factor protector en la gestante ya que se detectan las conductas de riesgo en el domicilio; así mismo se orienta a la gestante y su familia en temas relacionados con adquisición de servicios básicos públicos y se direcciona a entidades estatales para la obtención de mejores condiciones de vida. Esta visita debe realizarse una vez iniciado el control prenatal y en el posparto para resolver dudas relacionadas con lactancia materna y puericultura del recién nacido. Debe prestarse también el servicio de visita domiciliaria a aquellas gestantes que se encuentran inasistentes al programa para analizar el porqué de su inasistencia y prestar ayuda necesaria.

El programa de control prenatal debe estar articulado a los diferentes comités y programas de calidad que maneja la gerencia; como son el PAMEC, comités de

grupo primario, Comité de vigilancia epidemiológica, comité de fármaco-tecnología, comité de acreditación.

Desde la Gerencia se debe plantear la formación de un comité de cumplimiento del programa de control prenatal que vele por la ejecución del cuadro de mando integral y que evalúe el impacto de los indicadores planteados en el transcurso del tiempo. Este comité debe estar capacitado en todas las estrategias planteadas en el medio sobre seguridad del paciente para dar valor agregado a la calidad del programa.

Como última recomendación se deduce que ningún esfuerzo realizado para la mejor atención del programa de control prenatal será minimizado; cada actividad propuesta debe ir enfocada al logro de la disminución de la mortalidad materna; entendido este hecho no solo como un indicador medible de desarrollo de las naciones sino también de sensibilización por el impacto que genera para la familia y la sociedad la pérdida de una madre.

El cumplimiento del objetivo del milenio relacionado con la mejor atención materna es compromiso y responsabilidad de muchos actores implicados en el proceso y no requiere alta tecnología sino voluntad y esfuerzo verdadero por trabajar en pro de la salud de las mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [http://es.wikipedia.org/wiki/Objetivos\\_de\\_Desarrollo\\_del\\_Milenio](http://es.wikipedia.org/wiki/Objetivos_de_Desarrollo_del_Milenio)
2. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2003.
3. [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/maternal\\_mortality/es/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html). Organización mundial de la salud, programas y proyectos, reducir los riesgos del embarazo, mortalidad materna 2005
4. <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>. Gallego Vélez Liliana ( y otros colaboradores) Alcaldía de Medellín, secretaria de salud. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal panorama de la mortalidad materna. Medellín; 2005 pág. 15 a 28,
5. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf). Organización Mundial de la salud, mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco mundial, 2008. Pág. 3-21
6. Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS, 2003.
7. [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/maternal\\_mortality/es/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html), Organización mundial de la salud, programas y proyectos, reducir los riesgos del embarazo, mortalidad materna 2005

8. <http://es.wikipedia.org/wiki/chile>
9. Chile tiene la menor tasa de mortalidad materna de Latinoamérica, según ONU disponible en <http://www.salud.com/salud-femenina/chile-tiene-menor-tasa-mortalidad-materna-latinoamerica-segun-onu.asp>.
10. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, Gobierno de Chile, Ministerio de salud, Departamento ciclo vital, División prevención y control de enfermedades, Subsecretaria de salud pública 2008.
11. España, 46 millones de habitantes. Disponible en : <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/01/17/espana/1295290190.html>
12. Enciclopedia libre wikipedia , economía de España, disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa\\_de\\_Espa%C3%B1a](http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa_de_Espa%C3%B1a),
13. García Armesto Sandra, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), SESPAS, observatorio europeo de sistemas y políticas de salud, Análisis del sistema sanitario, España 2010. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/HiT2010.pdf>
14. Colombia población perfil 2011, disponible en [http://www.indexmundi.com/es/colombia/poblacion\\_perfil.html](http://www.indexmundi.com/es/colombia/poblacion_perfil.html)
15. Enciclopedia libre wikipedia, Canadá, disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Canad%C3%A1>
16. Canadá población, disponible en: <http://geografia.laguia2000.com/geografia-de-la-poblacion/canada-poblacion>

17. Grupo de análisis sanitario de la SEMG, revista a fondo, cálculos, estadísticas, porcentajes, PIB, PAM, PUM, febrero 2007 pág. 8-10 disponible en : [http://www.medicinageneral.org/revista\\_92/pdf/8-10.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_92/pdf/8-10.pdf),
18. Ministerio de sanidad y consumo, plan de calidad para el sistema nacional de salud, la salud de la población española, indicadores de salud, abril de 2006 pág. 3-26 Disponible en [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores\\_18\\_abril\\_PDF.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_18_abril_PDF.pdf)
19. Camacho Yamile, Revista CES salud pública, vol No 1 jul-dic 2010 Artículo mortalidad materna : un reto que persiste para la salud publica en Colombia, agosto de 2010, pág. 102-107, disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co/ojs/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/viewFile/1310/828](http://bdigital.ces.edu.co/ojs/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/1310/828)
20. DANE, MPS, UNFPA. Estudio la mortalidad materna en los albores del siglo XXI. Bogotá; 2005. Documento preliminar.
21. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública; Guía 3, Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Colombia Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS • Ministerio de la Protección Social.
22. Departamento académico de estudios internacionales ( ITAM), México, disponible en: [www.g8mexico.itam.mx](http://www.g8mexico.itam.mx)

23. Public health agency of Canadá, healthy families program prenatal, marzo de 2011 disponible en <http://translate.google.com.co/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://cpnp-pcnp.phac-aspc.gc.ca/details-eng.php%3Fproject%3D362>
24. Muñoz Natalia, Documento Lineamientos nacionales reducción mortalidad materna. Julio de 2010 disponible en <http://dssa.gov.co/index.php/salud-publica/programas/mortalidad-materna?format=pdf>
25. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261/94. “Por la\_cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud”
26. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales, Proceso asistencial integrado Embarazo, Parto y puerperio; junta de Andalucía 2da edición 2005.
27. Organización panamericana de la salud, situación de salud en Colombia, enero 2010 disponible en: <http://www.slideshare.net/guestc740c103/situacion-de-salud-colombia-y-odm-enero-2010>
28. greatplacetowork, institute 2011 disponible en: <http://www.greatplacetowork.com.co/great/modelo.php>
29. Decreto 1011/ 2006, “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud”
30. Fernández Alberto; El Balance scorecard. Ayudando a implantar la estrategia. Revista antiguos alumnos año 2001, pág. 32-42. Barcelona- España.

31. Prieto murillo Boris, libro cuadro de mando integral, The Balanced Scorecard disponible en: <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/cuadro-mando-integral-teoria-y-practica.pdf>
32. Creación y desarrollo de empresas, (CEEI ciudad real) Guía de apoyo al emprendedor, como realizar un cuadro de mando integral, España, disponible en:  
[http://www.uax.es/fileadmin/templates/fundacion/docs/Cuadro de Mando Integral.pdf](http://www.uax.es/fileadmin/templates/fundacion/docs/Cuadro_de_Mando_Integral.pdf)
33. Alianza CINETS, ministerio de la protección social, república de Colombia, departamento administrativo de ciencia, tecnología e innovación guía de atención integral (GAI), guías de atención integral para la prevención , detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, disponible en [http://www.guiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96&Itemid=27](http://www.guiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.org/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=27)

# ANEXOS



**ANEXO A. MAPA GENERAL DE COMPETENCIAS PARA EL PROCESO  
DE CONTROL PRENATAL**

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MEDICO							
CONOCIMIENTOS	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
				1	2	3	4
<b>COMPETENCIA LITERAL</b>							
Fisiología y exploración materno-fetal	I	I	I				4
Patología del embarazo, parto y puerperio	I	I	I				4
Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio	I	I	I				4
Patologías médicas y Quirúrgicas preexistentes y concurrentes al embarazo que pueden condicionar el proceso	I	I	I				4
Conocimiento de la utilización de fármacos en embarazo, parto y puerperio	I	I	I				4
Impacto de factores psicosociales en la embarazada y entorno familiar	I	I	I				3
Nivel básico en diagnóstico prenatal	I	I	I				3
Analgesia Obstétrica	I	I	I				2
Fisiología, Patología y Exploración del Recién Nacido normal y patológico	I	I	I				3
Reanimación del recién nacido	I	I	I				3
Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)	I	I	I				2
Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				4
Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				4
Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				2
Soporte Vital Avanzado Cardiológico	D	I	I				2
Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				4
Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				2
Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				2
Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración	D	I	I				2

CONOCIMIENTOS	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
				1	2	3	4
<b>COMPETENCIA LITERAL</b>							
de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)							
Medicina Basada en la Evidencia: aplicabilidad	D	I	I			2	
Metodología de Calidad	D	I	I				
Planificación, programación actividad asistencia	D	I	I			4	
Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I			4	
Sistemas evaluación sanitaria	D	I	I			4	
Metodología en gestión de procesos	D	I	I			4	
Inglés, nivel básico	D	I	I			3	
Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I			1	
Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I			3	

HABILIDADES							
COMPETENCIA LITERAL				PERFIL			
				1	2	3	4
Capacidad de realización de Ecografía Obstétrica	I	I	I			3	
Exploración Ginecoobstétrica, mamaria, y del recién nacido	I	I	I			4	
Interpretación de Registro Cardio Tocográfico	I	I	I			4	
Interpretación de pruebas complementarias	I	I	I			4	
Registro y cumplimentación de datos	I	I	I			4	
Asistencia clínica al embarazo, parto y puerperio	I	I	I			4	
Aplicación de técnicas de analgesia y anestesia obstétrica	I	I	I			3	
Realización de técnicas de reanimación del recién nacido	I	I	I			4	
Informática, nivel usuario	I	I	I			3	
Capacidad de Relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	I	I	I			4	
Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I			4	

<b>COMPETENCIA LITERAL</b>				1	2	3	4
Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I			3	
Entrevista clínica	I	I	I			4	
Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I			3	
Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I			3	
Capacidad para tomar decisiones.	I	I	I			4	
Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	D	I	I			3	
Práctica de amniocentesis	D	I	I			3	
Capacidad de promover decisiones informadas en la mujer en cuanto a la lactancia	D	I	I			3	
Capacidad docente	D	I	I				
Capacidad para delegar	D	I	I			2	
Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I			4	
Comunicación oral y escrita	D	I	I			4	
Dar apoyo	D	I	I			4	
Gestión del tiempo	D	I	I			4	
Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I			4	
Manejo Telemedicina	D	I	I			1	
Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I			2	
Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I			2	
Capacidad de liderazgo	D	D	I			4	
Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso. Capacidad de motivar	D	D	I			4	
Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I			3	
Afrontamiento del <i>stress</i>	D	D	I			4	

### **ACTITUDES**

<b>COMPETENCIA LITERAL</b>				1	2	3	4
Humanización de las capacidades científico-técnicas	I	I	I			3	
Discreción	I	I	I			4	
Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I			3	
Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I			4	
Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I			3	
Orientación a resultados	I	I	I			4	

<b>COMPETENCIA LITERAL</b>				1	2	3	4
Responsabilidad	I	I	I				4
Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I				3
Honestidad, sinceridad	I	I	I				3
Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				3
Positivo	I	I	I				3
Sensatez	I	I	I				3
Discreción	I	I	I				3
Dialogante, negociador	I	I	I				3
Juicio crítico	I	I	I				3
Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				4
Amabilidad	D	I	I				3
Longitudinalidad: Seguimiento continuado del proceso por el profesional	D	I	I				2
Generador de clima de confianza y seguridad	D	I	I				3
Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				3
Creatividad	D	I	I				3
Colaborador, cooperador	D	I	I				4
Resolutivo	D	I	I				3
Promueve la expresión de emociones (“dudas-temores”) por parte de la embarazada	D	D	I				3
Sentido de pertenencia: de ser un elemento integrador del SSPA	D	D	I				2
Visión de futuro	D	D	I				3

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERA JEFE				
CONOCIMIENTOS	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL
COMPETENCIA LITERAL				1   2   3   4
Fisiología y exploración materno-fetal	I	I	I	4
Patología básica del embarazo, parto y puerperio	I	I	I	4
Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio	I	I	I	4
Conocimientos básicos de analgesia y anestesia obstétrica	I	I	I	4
Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)	I	I	I	2
Conocer los derechos y deberes de los usuarios (Gestantes y RN - Boja nº 72 Mayo 1995)	I	I	I	4
Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I	2
Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I	4
Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I	2
Soporte vital pediátrico	I	I	I	2
Prevención de embarazos no deseados	I	I	I	2
Detección y prevención de enfermedades de transmisión sexual.	I	I	I	2
Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico	I	I	I	2
Conocimiento básico de utilización de fármacos en embarazo y puerperio	D	I	I	3
Nivel básico en diagnóstico prenatal	D	I	I	2
Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de	D	I	I	3

CONOCIMIENTOS	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
				1	2	3	4
<b>COMPETENCIA LITERAL</b>							
cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)							
Metodología en gestión de procesos	D	I	I			3	
Conocimientos Básicos de Calidad (Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica)	D	I	I			2	
Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I			1	
Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto.)	D	I	I			3	
Sexualidad	D	I	I			2	
Climaterio	D	I	I			2	
Bioética	D	D	I			1	
Inglés, nivel básico	D	D	I			1	

<b>HABILIDADES</b>							
COMPETENCIA LITERAL				PERFIL			
				1	2	3	4
Asistencia clínica al embarazo, parto y puerperio	I	I	I			4	
Realización de técnicas de reanimación del recién nacido	I	I	I			4	
Extracción y manipulación de muestras biológicas	I	I	I			2	
Toma y evaluación de constantes vitales	I	I	I			4	
Exploración Ginecoobstétrica, mamaria, y del recién nacido	I	I	I			4	
Control domiciliario al alta	I	I	I			3	
Capacidad de identificación de riesgos en el proceso	I	I	I			3	
Manejo de dinámica de grupos en	I	I	I			4	

<b>COMPETENCIA LITERAL</b>				1	2	3	4
Educación maternal							
Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	I	I	I			3	
Interpretación de registro Cardio-Tocográfico (R.C.T.G.B.)	I	I	I			4	
Realización de partograma	I	I	I			4	
Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I			3	
Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I			3	
Individualización de cuidados	I	I	I			4	
Comunicación oral y escrita	I	I	I			2	
Capacidad de promover decisiones informadas en la mujer en cuanto a la lactancia	I	I	I			3	
Detección y apoyo en la violencia de género	I	I	I			3	
Orientación sobre planificación familiar	I	I	I			2	
Manejo del parto con analgesia	I	I	I			3	
Proporcionar a la gestante y entorno familiar seguridad y confianza durante el proceso del parto	I	I	I			3	
Capacidad para la creación y formación de grupos de ciudadanos	I	I	I			2	
Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I			4	
Capacidad para tomar de decisiones.	D	I	I			4	
Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I			3	
Gestión del tiempo	D	I	I			2	
Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I			2	
Informática, nivel usuario	D	I	I			2	
Capacidad docente	D	I	I			1	
Afrontamiento del <i>stress</i>	D	I	I			3	
Técnicas de exploración mamaria	D	I	I			2	
Identificación precoz de enfermedades de transmisión sexual	D	I	I			2	
Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I			1	

<b>COMPETENCIA LITERAL</b>				1	2	3	4
Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I	1			
Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	D	I	1			
Analgesia intraparto				3			

<b>ACTITUDES</b>							
<b>COMPETENCIA LITERAL</b>				1	2	3	4
Tolerante dialogante y autocontrol	I	I	I	4			
Orientación al fomento del autocuidado	I	I	I	4			
Discreción	I	I	I	2			
Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I	4			
Orientación al cliente (el ciudadano como centro,) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I	4			
Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I	3			
Orientación a resultados	I	I	I	3			
Responsabilidad	I	I	I	4			
Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I	3			
Honestidad, sinceridad	I	I	I	2			
Capacidad de asumir compromisos	I	I	I	3			
Positivo	I	I	I	1			
Sensatez	I	I	I	2			
Discreción	I	I	I	3			
Dialogante, negociador	I	I	I	3			
Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I	4			
Amabilidad	D	I	I	3			
Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I	4			
Creatividad	D	I	I	3			
Colaborador, cooperador	D	I	I	2			
Juicio crítico	D	I	I	2			
Sentido de pertenencia: de ser un elemento integrador del SSPA	D	D	I	1			
Resolutivo	D	D	I	3			
Visión de futuro	D	D	I	1			



**ANEXO B. ESTIMATIVO DE META DE REDUCCIÓN MORTALIDAD  
MATERNA EN COLOMBIA\* A 2011 Y 2015**

DIRECCION TERRITORIAL	Años										Dato Mediano 98/07	Meta a 2011	Meta a 2015
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007			
AMAZONAS		2		4	3	1	2	2		2	2	1	1
ANTIOQUIA	75	73	76	67	55	59	65	62	70	39	66	48	30
ARAUCA	2	1	6	10	6	3	4	3	2	5	4	3	2
ATLÁNTICO	26	31	35	35	33	31	30	29	31	26	31	22	14
BOGOTÁ D.C.	126	109	114	92	74	67	73	67	62	57	74	53	33
BOLÍVAR	16	38	24	29	25	30	28	29	30	29	29	21	13
BOYACÁ	22	20	28	25	21	15	14	16	14	22	21	15	9
CALDAS	11	12	17	19	14	15	12	6	12	6	12	9	5
CAQUETÁ	22	14	19	18	12	5	14	8	10	11	13	9	6
CASANARE	7	6	2	1	3	3	4	3	3	2	3	2	1
CAUCA	25	34	41	36	23	21	22	23	18	22	23	17	10
CESAR	9	10	21	14	12	17	20	8	13	13	13	9	6
CHOCÓ	17	19	12	17	14	18	22	13	12	11	16	11	7
CÓRDOBA	20	29	38	26	26	25	29	7	14	38	26	19	12
CUNDINAM	30	22	29	37	25	24	30	25	29	21	27	20	12
GUAINÍA	2	2	2	1	2		1	2	3		2	1	1
GUAVIARE	5	4	1	10		3	5	3	3	1	3	2	1
HUILA	22	23	16	19	17	22	14	8	17	15	17	12	8
LA GUAJIRA	16	9	28	4	5	10	13	15	19	20	14	10	6
MAGDALENA	19	20	19	27	24	22	20	23	18	31	21	15	9
META	15	10	17	22	15	13	11	13	14	16	15	11	7
NARIÑO	39	27	42	35	32	17	33	18	17	21	30	21	13
NORTE SANT	19	15	19	15	17	13	14	19	13	12	15	11	7
PUTUMAYO	6	10	8	7	8	8	4	3	5	7	7	5	3
QUINDIO	7	3	5	9	7	3	4	6	2	6	6	4	2
RISARALDA	10	4	8	12	5	8	9	9	6	8	8	6	4
SAN ANDRES		1	3		1		2		1	1	1	1	0
SANTANDER	15	17	23	30	14	18	16	19	18	13	18	13	8
SUCRE	16	17	12	11	11	7	9	8	10	16	11	8	5
TOLIMA	33	21	35	17	25	27	10	20	22	14	22	16	10
VALLE	80	69	82	59	51	43	31	56	44	42	54	39	24
VAUPÉS		1		1	1	1	1		2	3	1	1	0
VICHADA	4		7		2	2	3		1	4	3	2	1
Sin Informac	6		1					2	1	2	2	1	1
Extranjeros												0	0
TOTAL	722	677	790	714	591	553	569	526	536	536	591	428	266

Fuente: Certificados de Defunción EEVV DANE – Proceso P y P DGSP 2010

**ANEXO C. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN CONTROL PRENATAL-GUÍA  
412/2000**

