

**DISEÑO DE UN MODELO DE IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA IIAMI
COMO PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION
MATERNO INFANTIL EN EL CS SANTO DOMINGO SAVIO DE LA E.S.E.
METROSALUD- EN EL 2010**

**LILIANA MARIA WILCHES PEÑA
MARIBEL RESTREPO GARCIA
OLGA LUCIA ARANGO PEÑA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PUBLICA
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD
MEDELLIN
2010**

**DISEÑO DE UN MODELO DE IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA IIAMI
COMO PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION
MATERNO INFANTIL EN EL CS SANTO DOMINGO SAVIO DE LA E.S.E.
METROSALUD- EN EL 2010**

Trabajo de grado para optar al título de Auditor en Salud

**ASESORA
MSP PIEDAD ROLDAN
DOCENTE
FACULTAD DE MEDICINA**

**LILIANA MARIA WILCHES PEÑA
MARIBEL RESTREPO GARCIA
OLGA LUCIA ARANGO PEÑA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD
MEDELLIN
2010**

DEDICATORIA

A todas las madres, bebés y familias saludables que construirán una Institución
Amiga de la Mujer y la Infancia.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Alejandro Gómez López, Gerente General de la ESE Metrosalud, quien dio su aval para el desarrollo de este trabajo y permitió el acceso a la información necesaria.

Al Doctor Juan Carlos Buitrago Ortiz, Coordinador del Centro de Salud Santo Domingo Savio, por el apoyo en el desarrollo del proyecto y colaboración con el acceso a la información.

A los funcionarios del Centro de Salud Santo Domingo Savio por acoger la propuesta de IAMI, como una opción posible.

A la Doctora Piedad Roldan, asesora y compañía efectiva en la estructuración y desarrollo de esta propuesta.

CONTENIDO

	Pág
1.Planteamiento ¡Error! Marcador no definido.	del problema
2.Objetivos ¡Error! Marcador no definido.	
3.Marco ¡Error! Marcador no definido.	teórico
3.1 Situacion de la atencion materno infantil en colombia: plan de choque para la reducción de la mortalidad materna ¡Error! Marcador no definido.	
3.2 Vigilancia en salud pública de la mortalidad materna ¡Error! Marcador no definido.	
3.3 Planes de reducción de la mortalidad materna: un reto para el sistema de seguridad social en salud en colombia ¡Error! Marcador no definido.	
3.4 Legislación de la atención materno infantil en Colombia ¡Error! Marcador no definido.	
3.5 Instituciones amigas de la mujer y la infancia en el marco de derechos ¡Error! Marcador no definido.	
3.6 Monitoreo, evaluación y acreditación de las instituciones amigas de la mujer y la infancia ¡Error! Marcador no definido.	
4.Enfoque ¡Error! Marcador no definido.	metodológico
4.1. Compromiso de la dirección y organización del proceso ¡Error! Marcador no definido.	
4.2 Investigación con usuarios de la organización ¡Error! Marcador no definido.	
4.3 Medición del desempeño ¡Error! Marcador no definido.	
4.4 Determinar proyectos de mejora ¡Error! Marcador no definido.	

5. Diez pasos para la implementación en IPSs hospitalarias y ambulatorias de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia.
¡Error! Marcador no definido.

6. Datos generales de la institución
¡Error! Marcador no definido.

7. Autoapreciación
¡Error! Marcador no definido.

8. Planes de acción
¡Error! Marcador no definido.

9. Discusión
¡Error! Marcador no definido.

10. Conclusiones
¡Error! Marcador no definido.

11. Recomendaciones
¡Error! Marcador no definido.

12. Bibliografía
¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Acceso a información

Anexo 2. Política Institucional

Anexo 3. Planes de Acción

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ESE Metrosalud nació el 23 de junio de 1994, pero sus orígenes datan de la década de los cuarenta, cuando Medellín era una pequeña ciudad y los dirigentes de la época crearon un ente rector de la salud para la ciudad: la Secretaría de Higiene y Asistencia Social que luego se llamaría Secretaría de Educación, Salud y Bienestar Social. Fueron los primeros pasos en busca de un sistema de salud adecuado para la población de Medellín. Actualmente está compuesta por 10 unidades Hospitalarias y 52 centros de salud. Distribuidos por todas las comunas y barrios de la ciudad. El Centro de Salud Santo Domingo Savio, hace parte de la Unidad Hospitalaria Manrique, y se encuentra ubicado en la Comuna Uno. Se realiza atención en salud de primer nivel con servicio como Urgencias 24 horas, atención del parto normal, consulta externa Medica, Odontológica y de Enfermería y programas de promoción prevención en salud.(1)

La población de geo referencia a septiembre de 2009, es de 35.248 personas, que es el 3.73% de la población total de la ciudad. La población de mujeres en edad fértil, es decir entre los de 12 a 45 años de edad es de 19.965 y los niños

menores de 1 año son 1.071. Las maternas activas actualmente en el control prenatal son aproximadamente 218, con un ingreso antes de las 13 semanas que no supera el 40% y un promedio de 27 partos al mes. Existe la evidencia que a 2009 se presentaron 3 muertes perinatales, 22 casos de sífilis gestacional y un caso de transmisión vertical de VIH/SIDA al recién nacido. La principal razón para estas complicaciones obstétricas, en un ingreso tardío al control prenatal, lo cual hace que los riesgos sean detectados igualmente tarde.

Teniendo en cuenta las características de población de influencia del CS santo domingo, se concluye que es prioritario implementar estrategias para la atención de las usuarias y específicamente un proceso de mejoramiento de la calidad en la atención materno infantil.

La estrategia IAMI, (institución amiga de la mujer y la infancia) y su aplicación es pertinente como modelo de atención integral de elevada calidad para la mujer y la niñez, incorporando otros elementos de vital importancia para la salud de la mujer y el desarrollo infantil. Dado que la iniciativa permite movilizar a los equipos de salud, padres, madres y acompañantes en torno al derecho a la salud, la nutrición y al desarrollo integral, se debe implementar como proceso de calidad en la en la ESE Metrosalud.

La Iniciativa de instituciones amigas de la mujer y la infancia, IAMI fue promulgada en declaración conjunta OMS/UNICEF en 1989, donde se definió la función especial de los servicios de maternidad a través del cumplimiento de 10 pasos hacia una feliz lactancia materna, esta fue ratificada en 1990, en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia y adoptada por Colombia a través de la Ley 12 de 1991. Inicialmente los “Diez pasos” se orientaban a la promoción y fomento de la lactancia materna, y el planteamiento original evolucionó hasta dar lugar a un modelo de atención integral de elevada calidad para la mujer y la niñez, incorporando otros elementos de vital importancia para la salud de la mujer y el desarrollo infantil, tales como la atención a la gestante, parto, puerperio, recién nacido, bajo peso al nacer, crecimiento y desarrollo infantil, consejería y test para el VIH, entre otros, siempre combinados con el compromiso para una atención cálida y respetuosa.(2)

La IAMI contribuye a mejorar la calidad de la atención en la medida que exige revisar y estandarizar procesos de atención, prestarlos de manera oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo a los más altos estándares aceptados para la atención de la población, por lo que mejoran atributos de calidad, lo que fortalece el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del País. Tres de los ocho Objetivos del milenio (ODM) se refieren explícitamente a temas de salud y uno de ellos es la reducción de la mortalidad infantil y materna. Aún más, siete de las 18 metas están directamente relacionadas con las responsabilidades del sector de la salud.

Dentro del desarrollo de los pasos para la implementación de la estrategia como proceso, la información que se espera obtener, es el estado actual de los programas de atención materno infantil del CS Santo Domingo Savio y a partir de dicha información, se aplicaran los 10 pasos de implementación de la estrategia, con el fin de desarrollar una guía propia acorde a las necesidades de la población de influencia de la institución, lo cual va de la mano del establecimiento de planes de mejoramiento que logren que los indicadores de maternidad segura, cumplan sus metas o se acerquen a ellas. La dinámica de implementación y los resultados positivos, servirán para que se difundan a otros puntos de atención de la ESE Metrosalud, como guía de desarrollo de la estrategia en cumplimiento con las políticas de calidad y procesos prioritarios actuales.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Diseñar un modelo de implementación de la estrategia IAMI como proceso de mejoramiento de la calidad en la atención materno infantil, siguiendo los pasos de dicha estrategia, en el CS Santo Domingo Savio, de la E.S.E. Metrosalud del Municipio de Medellín en el año 2010.

2.2 ESPECÍFICOS

- Obtener el aval institucional por parte de la dirección de la ESE Metrosalud, para la adaptación del modelo de política del IAMI integral.
- Realizar el diagnóstico institucional sobre el nivel actual de atención materna e Infantil, construyendo una línea de base como punto de partida

del análisis, mediante la aplicación de instrumentos de recolección de datos poblacionales como medición del desempeño actual.

- Determinar el grado de cumplimiento de los atributos de calidad en los usuarios de los programas de atención materno infantil del centro de salud, para establecer un diagnóstico inicial y que se pueda tomar como referencia.
- Proponer planes de acción, para la implementación de los 10 pasos de la estrategia que sirvan como insumo para la posterior implementación de la estrategia en la institución.

3. MARCO TEORICO

La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres y niños tiene su origen en Europa, a finales del siglo XIX. Los motivos a los que respondió esa preocupación parecen cínicos: los gobiernos veían en aquel entonces a las madres y niños sanos como un recurso para alcanzar sus ambiciones económicas y políticas. Muchos políticos europeos compartían la idea de que la mala salud de los niños de la nación constituía una amenaza para sus aspiraciones culturales y militares(3). Ese sentimiento llegó a ser particularmente fuerte en Francia y Gran Bretaña, que habían tenido dificultades para reclutar soldados con la forma física requerida para ir a la guerra. Los gobiernos vieron una posible solución en los experimentos pioneros franceses del decenio de 1890, como los dispensarios *Goutte de lait* (gota de leche) de Léon Dufour o las Consultations de nourrissons (centros de consultas para lactantes) de Pierre Budin. Esos programas ofrecían un modo científico y convincente para criar niños saludables que luego se convertirían en obreros productivos y robustos soldados. Los programas también fueron encontrando cada vez más apoyo en la emergente

reforma social y los movimientos de beneficencia de la época. Esto hizo que, para comienzos del siglo XX, todos los países industrializados y sus colonias, así como Tailandia y muchos países latinoamericanos, hubiesen pensado aunque de forma rudimentaria en servicios de salud materno infantil.(4) La Primera Guerra Mundial aceleró ese movimiento. Josephine Baker, en aquel entonces Jefa de la División de Higiene Infantil en Nueva York, resumió la situación con las siguientes palabras:

«Por cruel que pueda parecer, alguien debería señalar que la Guerra Mundial mejoró indirectamente la suerte de los niños... Al ver que cada día los hombres morían por miles en los campos de batalla y que el número de bajas era cada vez mayor, las naciones en guerra, de uno y otro bando, empezaron a percatarse de que las nuevas vidas humanas, que más tarde podrían sustituir a las vidas adultas brutalmente arrebatadas, eran un bien nacional extremadamente valioso. [Los niños] cobraron así un nuevo protagonismo, convirtiéndose en la esperanza de la nación. Ésa es la manera más delicada de expresarlo. Un modo más despiadado – y sospecho que más ajustado a la verdad – de describir lo ocurrido es decir simple y llanamente que fue la utilidad militar de la vida humana lo que acarrió este cambio. Cuando una nación está librando una guerra o preparándose para librarla... tiene que asegurar sus futuras existencias de carne de cañón.»

La preocupación por la salud de madres y niños se ganó pronto una legitimidad propia, más allá de cálculos militares y económicos. La creciente participación de diversas instancias – médicas y no médicas, benéficas y gubernamentales – resonó con las expectativas cada vez mayores y el creciente activismo político de la sociedad civil. (5) Movimientos obreros, agrupaciones de mujeres, organizaciones benéficas y profesionales hicieron suya la causa de la salud materno infantil de muy diversas maneras. Así, por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo propuso en 1919 una serie de normas jurídicas para la protección de la maternidad en el trabajo; a comienzos de los años treinta el *New York Times* publicó artículos sobre la mortalidad materna; y en 1938, 60 asociaciones locales del Reino Unido proclamaron una Carta de derechos de la madre (*Mothers' Charter*). Respaldada por una gran profusión de informes oficiales, la salud materno infantil pasó a ser una prioridad para los ministerios de salud. Los programas de salud materno infantil se convirtieron, junto con la lucha contra las enfermedades infecciosas, en un paradigma de la salud pública. Pero cuando realmente empezaron a ganar terreno estos programas fue después de la Segunda Guerra Mundial. Los acontecimientos mundiales precipitaron el interés público por las funciones y responsabilidades de los gobiernos, y la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948 por unas Naciones Unidas recién creadas, consignaba la obligación de éstos de prestar «cuidados y asistencia especiales» a la maternidad y la infancia. (6) Esto dotó a la cuestión de la salud materno infantil de una dimensión internacional y moral y supuso un enorme avance con respecto a las preocupaciones políticas y económicas que imperaban 50 años atrás.

Uno de los cometidos fundamentales asignados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948 era «promover la salud y la asistencia maternal e infantil».(7) Para el decenio de 1950, los planes sanitarios nacionales y los documentos de política de los organismos de desarrollo insistían invariablemente en que las madres y los niños eran grupos vulnerables y, por consiguiente, eran «grupos destinatarios» prioritarios para la acción de salud pública. La noción de madres y niños como grupos vulnerables también fue crucial para el movimiento en pro de la atención primaria de salud lanzado en 1978 en Alma-Ata (ahora Almaty, en Kazajstán). Esta primera tentativa importante de lograr una ampliación en gran escala de la cobertura de la atención sanitaria en las zonas rurales impulsó los programas de salud materno infantil, haciendo hincapié en iniciativas destinadas a aumentar la cobertura inmunitaria y a luchar contra la malnutrición, las enfermedades diarreicas y los trastornos respiratorios. En la práctica, los programas de salud infantil solían constituir el contenido programático esencial – y a menudo el único – de los primeros intentos de aplicación de la atención primaria. (8)

Aunque en sus primeras etapas la aplicación de la atención primaria de salud a menudo tenía un enfoque restringido, uno de sus méritos fue que sentó las bases para vincular la salud con el desarrollo y con un debate de la sociedad civil más amplio sobre las desigualdades. La difícil situación de las madres y los niños pronto acabó entendiéndose como una cuestión que rebasaba con mucho el problema de la vulnerabilidad biológica. En el llamamiento de 1987 a favor de la acción en pro de una maternidad sin riesgos, se indica expresamente que «hunde sus raíces en los entornos sociales, culturales y económicos adversos de la sociedad, en especial en el entorno que las sociedades crean para las mujeres».

(9)

Desde esta perspectiva, más politizada, la relativa falta de poder de decisión de la mujer y el hecho de que no disfrute de igualdad de acceso al empleo, las finanzas, la educación, una atención sanitaria básica y otros recursos son considerados como las causas fundamentales de su mala salud y de la de sus hijos. La mala nutrición de las niñas, el inicio precoz de la actividad sexual y los embarazos durante la adolescencia son factores que, tanto durante como después del embarazo, repercuten en el bienestar de las madres y los niños. Millones de mujeres y sus familias viven en un entorno social que obstaculiza la búsqueda y el disfrute de una buena salud. Las mujeres a menudo tienen un acceso limitado a la educación, la información y las nuevas ideas que podrían evitarles embarazos repetidos y salvarles la vida durante el parto. Puede que no se les permita intervenir en decisiones sobre el uso de anticonceptivos o el lugar en que han de dar a luz. Puede ocurrir también que no deseen acudir a los servicios de salud porque se sientan intimidadas o humilladas por el personal, o presionadas a aceptar tratamientos que están reñidos con sus propios valores y costumbres. La pobreza, las tradiciones culturales y los obstáculos legales que restringen su

acceso a los recursos financieros no hacen sino dificultar aún más sus esfuerzos por obtener atención sanitaria para ellas mismas y para sus hijos. La injusticia de esta situación ha puesto de manifiesto que la salud de las madres y los niños es una cuestión de derechos y que se trata de una lucha diaria por hacer valer estos últimos.

La emergencia de la preocupación por los derechos de la mujer y del niño se vio acelerada por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 en El Cairo (Egipto). En la conferencia se estableció un plan de acción de 20 años de duración que hacía hincapié en el acceso universal a los servicios de salud reproductiva (de los que la atención materno-infantil pasó a ser una parte), un acceso basado en decisiones y derechos individuales. Este cambio de perspectiva es importante, pues implica otro tipo de motivos para invertir en la salud de la madre y el niño.

En la actualidad, se sabe más que nunca sobre los factores que determinan la salud de las mujeres y los niños y sobre cuáles son las intervenciones más costo efectivas para propiciar mejoras. Ese conocimiento hace que las inversiones resulten más rentables y que negar la asistencia requerida sea aún más inaceptable. La salud de las madres y los niños cumple los criterios clásicos para establecer prioridades de salud pública. Ahora bien, por muy persuasivos que sean estos argumentos, pasan por alto dos elementos fundamentales.

En primer lugar, los niños son el futuro de la sociedad, y sus madres son las guardianas de ese futuro. Son mucho más que solo cuidadoras y amas de casa, papeles éstos frecuentemente subvalorados. Las madres transmiten la historia cultural de las familias y comunidades junto con sus normas sociales y tradiciones. Asimismo, influyen desde las primeras etapas en el comportamiento y establecen modos de vida que no sólo determinan el futuro desarrollo de sus hijos y la capacidad de éstos para gozar de buena salud, sino que además forjan las sociedades. Por esa razón, la sociedad valora la salud de sus madres y niños por sí sola y no meramente como contribución a la riqueza de la nación.

En segundo lugar, pocas consecuencias de las desigualdades existentes en la sociedad afectan a la salud y supervivencia de las mujeres y los niños. Para los gobiernos que se toman en serio reducir la desigualdad y redistribuir la riqueza, mejorar las condiciones de vida y asegurar a madres y niños un acceso a la atención sanitaria son buenos puntos de partida. La mejora de su salud está en el corazón de la lucha del mundo por reducir la pobreza y la desigualdad.

En su informe a la Cumbre del Milenio, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, pidió «a la comunidad internacional al más alto nivel, a los Jefes de Estado y de Gobierno reunidos en la Cumbre del Milenio, que aprueben el objetivo de reducir a la mitad la proporción de la población mundial que vive en la pobreza extrema, sacando así de la miseria a más de 1000 millones de

personas, para el año 2015».(10) Instó además a que no se escatimaran esfuerzos para alcanzar ese objetivo en ese año, en todas las regiones y en todos los países. La Declaración del Milenio (11), que vio la luz tras una década de «estancamiento y deterioro sin precedentes» (12), estableció ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) específicos, cada uno de ellos con sus metas numéricas y sus indicadores para evaluar los avances logrados. Los ODM hicieron que los países y la comunidad internacional se fundieran en una alianza mundial que, por primera vez, articulaba un compromiso, de países tanto ricos como pobres, para abordar todo un abanico de dimensiones de la pobreza y la desigualdad en un modo concertado e integrado.

La agenda sanitaria ocupa un lugar muy destacado dentro de los ODM: está plasmada explícitamente en tres de los ocho objetivos, en ocho de las 18 metas y en 18 de los 48 indicadores. El énfasis puesto en la salud refleja un consenso mundial respecto a que la mala salud es por sí sola una dimensión importante de la pobreza. La mala salud contribuye a la pobreza. Mejorar la salud es una condición previa para la mitigación de la pobreza y el desarrollo. El mejoramiento sostenible de la salud depende de que se logre aliviar la pobreza y reducir las desigualdades.(11)

No es casual que la formulación de las metas y los indicadores de los ODM revele la especial prioridad conferida a la salud y el bienestar de las mujeres, las madres y los niños. La salud materno infantil figura claramente en el programa internacional, y ello pese a la ausencia del acceso universal a servicios de salud reproductiva como objetivo específico de Desarrollo del Milenio. En términos mundiales, estamos realizando avances hacia los ODM relacionados con la salud de la madre y el niño. Ese logro se ve ensombrecido, sin embargo, por la persistencia de una mortalidad inaceptablemente alta y por la creciente desigualdad en lo que respecta a la salud materno infantil y el acceso a la atención sanitaria en el mundo entero.

3.1 SITUACION DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL EN COLOMBIA: PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

La salud sexual y reproductiva en general, y en particular todos los factores que tienen que ver con la maternidad segura, y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos asociados a ésta, como el derecho a la vida, reflejan de manera directa el nivel de desarrollo de un país y el grado de reducción de las inequidades sociales y económicas que lo afectan. La mortalidad materna es el resultado de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos

médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, y legislativos y políticos, entre otros. (13)

Por ello, el actual gobierno incluyó la reducción de la Mortalidad materna como prioridad en salud pública y en la política nacional de salud sexual y reproductiva se estableció en concordancia la estrategia de maternidad segura. Con el fin de reforzar estas medidas ha decidido movilizar a todos los actores relacionados en torno a un plan de choque que restituya la importancia de la reducción de la mortalidad materna en el país y desencadene acciones que puedan impactarla rápidamente. El objetivo último de esta estrategia es reducir en un 50% la Mortalidad materna por causas evitables en este gobierno.

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas. Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo. Las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias. Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser evitables. Sobre las causas indirectas se tiene poca información consolidada. Es importante resaltar que se encuentra un volumen considerable de muertes que no se clasifica adecuadamente.

En el período 1995 a 2000, de la totalidad de las muertes maternas el 27,3% corresponde a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecía la mujer.

Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros. A su vez, todos estos factores se relacionan con aspectos económicos, sociales y culturales que tienen incidencia en los indicadores de mortalidad materna. A partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención materno infantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos técnicos tienen como objetivo central garantizar

los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales). Las normas técnicas establecen las acciones más costo efectivas para realizarse en la población, de manera secuencial y sistemática.

Pese a estos importantes y extensos desarrollos técnico-normativos, en las evaluaciones realizadas al Régimen Contributivo se observan indicadores de cumplimiento (consultas de control prenatal, atención del parto institucional, consulta del puerperio, entre otros) en grado deficiente o muy deficiente en la mayoría de EPS. Esta situación podría indicar que no se cumplen las directrices de las normas técnicas y las guías de atención y no se hace el énfasis suficiente en la inducción de la demanda hacia los servicios de salud.

En el Régimen Subsidiado, las EPS'S tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio, planificación familiar y atención neonatal. A su vez, deben cumplir de igual manera con los lineamientos técnicos de normas técnicas y guías de atención y con los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad. La vigilancia de estas acciones es función de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Sin embargo, el proceso de monitoreo y seguimiento a las EPS'S ha tenido dificultades en algunos departamentos y distritos y los indicadores, en general, tampoco han mostrado un desempeño adecuado. El MPS ha priorizado el ingreso de las mujeres gestantes vinculadas al Régimen Subsidiado (Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud /CNSSS). Esta medida permite que dichas mujeres cuenten con cobertura de servicios de atención prenatal, parto y puerperio, atención en planificación familiar y atención de las complicaciones.

Se incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública y en febrero de 2003 se formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en donde uno de los temas de principal interés es la promoción de la maternidad segura con una meta de reducción de la mortalidad materna de un 50%.

El plan de choque se basa en la intervención positiva y activa en la técnica de las 3 demoras, es decir, la primera demora consiste en la falta de conocimiento de los signos de alarma de las gestantes sobre cuando acudir a una institución de salud. La segunda demora consiste en la falta de acceso oportuno a dicha institución y la tercera demora consiste en lograr de modo oportuno y con calidad una atención a la gestante. Por otro lado se desarrollan mecanismos de vigilancia y de control de la gestión Institucional, recordando que ya existen indicadores para hacer seguimiento a acciones concretas dentro del Plan Obligatorio de Salud como los indicadores de cumplimiento de las normas técnicas, especialmente los enfocados en las actividades de planificación familiar, atención del embarazo, atención del parto institucional y del puerperio. De igual manera, el indicador centinela de calidad, número de muertes maternas en cada una de las EPS o ARS, y el número

de recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) como parte del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras permitirán evidenciar la situación en la población asegurada(2)

El fin de Sensibilizar a los actores institucionales de las IPS frente al tema de los derechos de las mujeres gestantes es minimizar las barreras administrativas y fortalecer las acciones de seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional, a través del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en la red de instituciones prestadoras de servicios. Ante esto es deber del estado, Intensificar el proceso de habilitación y auditoría de calidad para los servicios relacionados con la atención prenatal y obstétrica integral, y la referencia y la contra referencia dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Con el fin de garantizar las condiciones y procesos mínimos en las IPS requeridos para la segura atención prenatal y obstétrica integral. (2)

3.2 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA MORTALIDAD MATERNA

La estrategia se basa en realizar vigilancia de los casos de mortalidad materna, para establecer las causas, los factores asociados, las patologías relacionadas, los procesos que pueden estar relacionados y las medidas concretas de mejoramiento. Para esto se debe lograr que los Comités de Estadísticas Vitales y Comités de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna se encuentren operando en las áreas de intervención que se determinen como prioritarias en el país y así mismo, Diseñar los protocolos de vigilancia de los factores de riesgo asociados a la mortalidad y Morbilidad maternas. (2)

3.3 PLANES DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA: UN RETO PARA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

La mortalidad materna es un indicador del desarrollo de una nación, es una señal acerca de la disparidad e inequidad en la distribución de la riqueza entre países y dentro de ellos mismos, entre hombres y mujeres, así como también brinda una señal del sitio que ocupa la mujer en una sociedad.

En Colombia, la razón de mortalidad materna había mostrado una disminución en la última década. Para Bogotá en el año 2000, la Secretaría de Salud informó una razón de mortalidad materna de 77 x100.000 nacidos vivos, mientras el DANE registró para el mismo año una razón de 86 x 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, se observa una tendencia, sino a incrementar, sí por lo menos a permanecer en

una situación estable, con una media de aproximadamente 7 muertes semanales entre el 2001 y el 2004.

Se ha descrito que entre 66 a 89% de las muertes maternas institucionales son evitables. Al revisar las causas de mortalidad materna en Colombia se encuentra que casi la mitad de las muertes son causadas por la hipertensión asociada al embarazo y sus complicaciones. Le siguen la Hemorragia postparto, las alteraciones del parto y el trabajo de parto, las complicaciones del aborto y las infecciones posparto. Esta situación, si bien podría obedecer a un mejor registro de la mortalidad materna, es posible que también sea resultado del estancamiento o deterioro de la atención materno perinatal en el país. Inclusive, explican que esta cifra sea en nuestro país hasta 20 veces más frecuente que en los países industrializados.

En vista de lo anterior, Se ha creado un modelo analítico para reducir la mortalidad materna que permite planear intervenciones en diferentes momentos. Este modelo se ha denominado “de las tres demoras”. La primera es la demora que hace referencia a que las maternas por desconocimiento o falta de información no reconocen las complicaciones o los signos de alarma y no acuden a los servicios de salud.

Por las razones anteriores el gobierno se ha ideado un plan de choque para disminuir la mortalidad materna, entre una de las tácticas a tener en cuenta esta la captación de las gestantes de modo rápido para el ingreso al control prenatal; empoderar al compañero y a la familia en el cuidado de la mujer gestante y del recién nacido. Por otra parte intentan coordinar las acciones entre los diferentes niveles para Lograr un acceso rápido según el riesgo y buscar los responsables de los problemas de atención que conducen a la muerte materna.

Como meta para el 2015, el gobierno nacional se ha comprometido en lograr que la mortalidad materna llegue al 45 x 100.000 recién nacidos vivos por medio del incremento en la cobertura de la seguridad social en el país, garantizar el acceso al control prenatal de modo oportuno, Atención de parto y puerperio de toda la población asegurada y no asegurada, fortalecimiento de la calidad de los servicios disponibles en las diferentes regiones del país, desarrollo de la vigilancia epidemiológica y registro de estadísticas vitales.

Las acciones están principalmente encaminadas a la detección temprana y calificación del riesgo. Para lograr un impacto a corto plazo, se requiere una mayor captación de la gestante por parte de los servicios de salud, mejorar el sistema de referencia y contra-referencia para que funcionen de nuevo las redes de atención materna y perinatal entre los hospitales de baja, media y alta complejidad y especialmente contar con servicios adecuadamente Equipados para la atención de la emergencia obstétrica. Esta estrategia no es solamente la de más rápida implementación con alto impacto, sino también la más costo-efectiva. Este aspecto

no es priorizado en el Plan de Choque Contra la Mortalidad Materna como tampoco en el Plan de Desarrollo al 2015. Lo que se observa en la práctica, más allá de la importante inversión en publicidad, es el cierre progresivo de los hospitales altamente especializados en atención materna y perinatal como el Hospital Infantil y el Instituto Materno Infantil de Bogotá y muchos otros en el país, lo que trae como consecuencia, desprotección a las maternas en cuanto a la atención especializada.

Para reducir la mortalidad materna en Bogotá y en el país, se deben definir patologías prioritarias de atención materna perinatal de acuerdo a indicadores de impacto en la política de Salud Sexual y Reproductiva, atención oportuna en instituciones de alto nivel de complejidad para ellas y sus recién nacidos. Definir mecanismos administrativos que garanticen la remisión inmediata y atención prioritaria de las patologías antes mencionadas a los Hospitales de tercero y cuarto nivel, aplicar el método de mejoramiento continuo de calidad en el área de atención materno perinatal y garantizar la atención Universal de la gestante y el recién nacido. (14)

3.4 LEGISLACION DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL EN COLOMBIA

A continuación se citaran algunos párrafos que hacen referencia a la legislación existente en Colombia acerca de los derechos de la población infantil y las madres gestantes:

“Que el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia consagra como derechos fundamentales de los niños, además de los consagrados en la Carta y en los tratados ratificados por Colombia, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión, la protección contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos”. (15)

“Que la citada Ley 1098 de 2006 se sustenta en el principio constitutivo de Protección Integral de la niñez, definida en cinco ejes: - el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, - la garantía y cumplimiento de todos sus derechos de prestación y de protección, - la prevención de que dichos derechos no sean amenazados ni vulnerados - el restablecimiento inmediato cuando han sido transgredidos o inobservados y, el diseño y ejecución de políticas públicas de infancia y adolescencia en todos los niveles territoriales, y que dichas cinco obligaciones deberán materializarse en cada uno de los municipios del país”

3.5 INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA EN EL MARCO DE DERECHOS

La Iniciativa se remonta a principios de los 90 cuando surge principalmente orientada a promover y proteger la lactancia materna, como una estrategia de supervivencia infantil enmarcada en el Plan Nacional de Lactancia Materna que por aquellos años impulsó el entonces Ministerio de Salud. Esta propuesta surgió al calor del estímulo que representó el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de Jefes de Países para la Infancia celebrada en la O.N.U., Nueva York, en septiembre de 1990, y procura el cumplimiento de los «Diez Pasos para una Lactancia Exitosa» orientados al fomento y apoyo de la lactancia materna a fin de contribuir a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios, que de manera errada aún se estimula en muchas instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS.

Si bien en un inicio los “Diez pasos” tendían a la promoción y fomento de la lactancia materna, en su evolución aquel planteamiento original cobró nuevo y ampliado vigor, hasta dar lugar a un modelo de atención integral de elevada calidad para la mujer y la niñez, incorporando otros elementos de vital importancia para la salud de la mujer y el desarrollo infantil, tales como la atención a la gestante, parto, puerperio, recién nacido, bajo peso al nacer, crecimiento y desarrollo infantil, consejería y test para el VIH, entre otros, siempre combinados con el compromiso para una atención cálida y respetuosa. En este sentido hoy se propone dar a la IIAMI una clara perspectiva de derechos como estrategia integral de calidad de la atención, articulada a los planes de mejoramiento institucional de los prestadores de servicios, y como herramienta para garantizar los derechos de las madres, las niñas y niños. La iniciativa permite movilizar a los equipos de salud, padres, madres y acompañantes en torno a estos derechos, entre ellos el derecho a la salud, la nutrición y al desarrollo integral (Convención de los Derechos de la Niñez, Art.24). Partiendo del reconocimiento de que todo ser humano es titular de derechos, se hace especial énfasis en los derechos de los niños y las niñas preservando el principio universal del “interés superior del niño” (CDN, Constitución Política de Colombia). En este sentido, es necesario entender que si bien todo ser humano es titular de derechos, como colectividad diferenciada en sus componentes, la IPS es además portadora de obligaciones frente al cumplimiento de los derechos de aquellos titulares (madres y niños), quienes a su vez tienen la potestad de exigir la plena garantía de los mismos.(16)

La experiencia internacional demuestra, que la IIAMI es una estrategia de elevada efectividad con relación a los costos, que contribuye a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, y además favorece el vínculo afectivo del nuevo

ser con sus progenitores y su entorno(17). Sin embargo, al igual que con otras intervenciones efectivas, esta estrategia se ha ido dejando de lado en favor de nuevas demandas, especialmente aquellas destinadas a atender emergencias. Es necesario volver a insistir en estas estrategias de bajo costo que salvan vidas y mejoran el bienestar de las mujeres, de la niñez y las familias. Hasta el momento, Colombia cuenta con 186 instituciones acreditadas como IAMI de un total de tres mil que potencialmente podrían tener esta condición.

Con el fortalecimiento y ampliación de esta Iniciativa se espera contribuir tanto al cumplimiento de las Metas del Milenio, como de aquellas contenidas en el Plan de Acción de “Un mundo justo para las niñas y niños” aprobado por la Asamblea General de la ONU en su sesión especial sobre infancia, efectuada en mayo de.

En la Declaración Conjunta OMS/ UNICEF 1 1989, define la función especial de los servicios de maternidad a través del cumplimiento de 10 pasos hacia una feliz lactancia materna (OMS/UNICEF 1989). Fue ratificada en 1990 en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia y adoptada por Colombia a través de la Ley 12 de 1991. El propósito inicial de esta Iniciativa fue recuperar la práctica de la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil, por su contenido en factores inmunes que protegen al niño de las enfermedades más frecuentes, causantes en muchas ocasiones de muerte en la primera infancia, especialmente en los servicios médicos de maternidad y de atención al recién nacido. Para ello planteó acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia natural en las instituciones con atención materna e infantil, a través del cumplimiento de “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, conocidos como los criterios globales. Posteriormente se ha proferido un número abundante de Declaraciones, Acuerdos y Normas Internacionales y Nacionales que favorecen el desarrollo de la Iniciativa. (18)

A partir de la Declaración Conjunta, de la Convención de los Derechos del Niño en 1989, de las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia, y de la ratificación de Colombia de estos compromisos, el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, formuló el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1991-1994 que sentó las bases para el fomento de la lactancia materna en todo el territorio nacional. Este Plan formuló estrategias operativas para que las instituciones gubernamentales, las organizaciones privadas y los grupos comunitarios, pudieran realizar acciones en esta área en busca del mejoramiento del nivel de vida de la niñez y de la madre.(16)

3.5.1 ANTECEDENTES DEL IAMI EN COLOMBIA

En el país se comenzó a hablar de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño-HAMN, para tener en cuenta no solo a la infancia sino a la madre como protagonista principal de las intervenciones de la iniciativa. A mediados de la década de los 90, con el Pacto por la Infancia se toma la decisión de adoptar el

nombre de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, fundamentada en el principio de integración de servicios, a fin de impulsar otros aspectos como salud sexual y reproductiva, cuidados neonatales, salud bucal, crecimiento y desarrollo, lactarios amigos, entre otros, lo que permitiría convertir la estrategia en un modelo de atención materno infantil como realmente ha llegado a serlo. El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005 incluye dentro de sus líneas de acción la “Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna”, y la Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia es una de las estrategias que facilita de manera más eficaz ponerla en marcha.(19)

El Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008 tuvo en cuenta la dinámica integradora de la IIAMI en los procesos de la salud materna e infantil y la asumió como “una estrategia de desarrollo institucional que fortalece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad” . Cabe reconocer que frente a la Iniciativa “Hospitales Amigos” propuesta por OMS/ UNICEF en 1990, Colombia ha hecho avances conceptuales y metodológicos que van más allá de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, para convertirse en una herramienta gerencial y de mejoramiento de la calidad que facilita a las instituciones la creación de espacios y oportunidades para el cumplimiento de los derechos de las mujeres y de los niños. En este manual se sistematizan dichos avances con lo cual se espera contribuir al mejoramiento continuo de metodologías apropiadas para la atención con calidad y calidez. (20)

A la fecha, el país cuenta con 186 instituciones IPS acreditadas IAMI a través de un proceso de evaluación externa estandarizado internacionalmente. Vale la pena resaltar que en el presente año el Distrito Capital acreditó las primeras 6 “Salas Amigas de la familia lactante“ una iniciativa del Departamento Administrativo de Bienestar Social, DABS, para apoyar la práctica de la lactancia en las mujeres que trabajan fuera del hogar.(19)

La iniciativa IAMI es un trabajo continuo de mejoramiento de procesos de atención y por ello, la acreditación que se otorga en un momento dado de la historia debe ser mantenida y renovada. A continuación se reseñan las IPS que en el periodo 1991- 2004 han recibido la acreditación, pero se insiste en que para mantener los estándares conseguidos se requiere comprometerse con un proceso continuo de reevaluación y reacreditación tanto por parte de las entidades territoriales como de las IPS.(2)

3.5.2 LA IIAMI: UNA ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

La preocupación por ofrecer servicios y productos de calidad nace en el Siglo XX como respuesta a las políticas de mercado y la competencia y exigencias de los clientes, inicialmente pensada para la industria automotriz pero posteriormente aplicada a los servicios en general y a la prestación de los servicios de salud en

particular. La evolución histórica de la calidad en los servicios de salud se remonta quizás a la contribución de la Enfermera Florence Nightingale en 1854, quien evaluó la calidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea e introdujo normas de atención sanitaria y organización de los servicios de enfermería con lo cual obtuvo alta reducción en los índices de mortalidad de los pacientes hospitalizados. Durante el siglo pasado y especialmente en Estados Unidos de América se impuso la calidad como un requisito indispensable para la prestación de los servicios de salud aunque su exigencia ha sido mucho más lenta que para otros productos y servicios. Japón ha sido un líder en los procesos de calidad en el mundo.

En Colombia el trabajo de definición de un proceso de garantía de calidad en los servicios de salud se inició en 1960 con la creación del Comité Nacional de Acreditación de Hospitales, por iniciativa de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME. En los 80 el Instituto de Seguros Sociales, ISS, hizo aportes importantes en el desarrollo de sistemas de calidad en servicios de salud para el país, y finalmente, la Ley 100 de 1993 que creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, permitió por primera vez, que las y los usuarios pudieran decidir dónde recibir servicios, con lo cual se evidenció la conveniencia para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS (públicas y privadas) de ofrecer y competir con servicios de calidad, en los cuales se incluyeran atributos como pertinencia, oportunidad, continuidad, atención humanizada y personalizada, entre otros.

El Decreto 2174 de 1996 del Ministerio de Salud estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible». Este Decreto estuvo vigente hasta su derogación por el Decreto 2309 de 2002 el cual define y reorganiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCAS) e incluye tendencias y estándares mundiales de calidad.

En la actualidad las Instituciones Prestadoras de Servicios IPS, las Empresas Promotoras de Salud EPS, las Administradoras de Régimen Subsidiado ARS, y las Entidades Adaptadas y de Medicina prepagada deben cumplir esta normatividad y garantizar a sus afiliados servicios de calidad con características como accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, buscando siempre mejorar las expectativas de los clientes y cumplir los estándares de calidad definidos.

El Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud en Colombia tiene cuatro componentes: (21)

1. Sistema Único de Habilitación

2. Sistema de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:
3. Sistema Único de Acreditación.
4. Sistema de Información para la Calidad

Algunos atributos de la Calidad que mejoran cuando se implementa la Iniciativa IAMI:

- Oportunidad: Las gestantes y madres en lactancia, sus hijos o hijas y sus familias, son atendidos con facilidad y rapidez en el momento en que demandan el servicio y se dan alternativas de solución a sus necesidades.
- Atención humanizada: Se favorece la participación familiar durante la gestación nacimiento y el amamantamiento con un acompañamiento respetuoso y cálido por parte del personal de salud. La atención humanizada significa también la prestación de servicios libres de intervenciones médicas innecesarias, el respeto a las y los usuarios, y la posibilidad de que los padres o algún familiar acompañe a la madre durante el control prenatal, el trabajo de parto, el parto, el puerperio y posteriormente si lo requiere en las unidades de hospitalización.
- Atención personalizada: “Cada ser humano es único e irrepetible”. Cada madre y familia tiene fortalezas y debilidades diferentes que el personal de salud entrenado y capacitado en la Iniciativa IAMI sabrá valorar y atender de manera particular.
- Pertinencia: La atención oportuna, con calidad y calidez en la gestación, el parto y el puerperio, son intervenciones altamente costo efectivas para la salud y la vida de madres, niñas y niños que permiten dar respuesta oportuna y acertada a sus necesidades. Fomentar y proteger la práctica de la lactancia materna es un deber de toda institución de salud que ofrece servicios a la madre y al niño; sin embargo, a menudo las prácticas médicas obstaculizan la forma como ésta debe ponerse en práctica y no dan a las mujeres oportunidad de decidir de manera informada la forma como quieren alimentar a sus bebés. La IAMI al favorecer la educación de las madres y sus familias contribuye a la reducción de factores de riesgo para la salud y al mantenimiento y promoción de la misma.
- Continuidad: La posibilidad de realizar el seguimiento a la salud de madres, niños y niñas de acuerdo a sus necesidades particulares comienza por la preparación y atención durante la gestación, seguida del acompañamiento cálido y efectivo en el momento del parto, el apoyo afectivo y efectivo para resolver las dudas y dificultades del periodo postnatal inmediato, incluidos el puerperio y la lactancia materna, y posteriormente y en conjunto con la familia, la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil. Adicionalmente, contar con un correcto sistema de referencia y contrarreferencia garantiza la continuidad de la atención en otros niveles de complejidad bajo la misma premisa de calidad y calidez en los servicios de atención materna infantil.

3.6 MONITOREO, EVALUACION Y ACREDITACION DE LAS INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA

El propósito de una evaluación externa es verificar cómo se desarrolla el proceso y reconocer los logros obtenidos. Así mismo, sirve para hacer sugerencias prácticas sobre cómo introducir algunas mejoras en caso de que sea necesario. Es decir, que la evaluación es una oportunidad para tener una mirada externa a las instituciones, y para que a su vez, ellas se miren a sí mismas como portadoras de deberes frente al cumplimiento del derecho a la salud, a la información y a la atención de los usuarios y usuarias, e identifiquen los aciertos y las limitaciones en el ejercicio de dicha labor. Con ello se espera contribuir al mejoramiento continuo en pos de resultados favorables para las madres, niñas y niños, sus familias y aún para el personal institucional. El proceso de implementación de la Iniciativa IAMI comienza con el ejercicio de auto-apreciación por parte de las instituciones a fin de obtener una línea de base de las prácticas institucionales con respecto a los Diez Pasos. A partir de este primer diagnóstico institucional se elabora un plan de acción que contenga los Diez Pasos para implementar la IIAMI, el cual requiere monitoreo constante de las acciones y evaluación interna periódica de los resultados (ésta se efectúa con un nuevo ejercicio de autoapreciación). Finalmente, cuando la institución considera estar cumpliendo a cabalidad con los criterios globales de la iniciativa (los “Diez Pasos”), solicita la evaluación externa, que idealmente, debe culminar con la acreditación de Institución Amiga de la Mujer

3.6.1 EVALUACIÓN EXTERNA

La evaluación externa es un proceso de verificación y análisis orientado a identificar el cabal cumplimiento de los criterios definidos para cada paso de la Iniciativa IAMI. Es realizado por personal externo a la institución para lo cual el país cuenta con un amplio equipo de evaluadoras y evaluadores externos capacitados y acreditados por el Ministerio de la Protección Social y UNICEF. Con recursos que deben ser previstos en el PAB departamental y municipal, se financia la visita de dos o tres días del equipo evaluador conformado por dos o tres evaluadoras/es externos. El número de evaluadores externos depende del nivel de complejidad de la institución, pero en ningún caso debe ser menor de dos. La evaluación consiste en varias etapas para las cuales se cuenta con instrumentos de evaluación estandarizados internacionalmente:

1. Revisión de la documentación de los procesos (política institucional, comité IAMI, Plan de Capacitación que incluye programas de en realidad se trata de dar la última mirada al proceso antes de solicitar la evaluación externa. Para ello se propone utilizar una vez más el formulario de auto apreciación y analizar el cumplimiento de los pasos con una mirada integral, a fin de asegurarse de que efectivamente se han modificado las prácticas institucionales y comprobar el logro de los indicadores de resultados previstos. Si estos son del todo satisfactorios, se

puede solicitar la evaluación externa. En algunas IPS se ha optado por la modalidad de realizar una pre- evaluación con el apoyo de un funcionario/a con buen conocimiento de la IAMI, bien sea de la coordinación del Plan de Atención Básica del municipio, distrito o departamento o de otra institución. Este requisito con un agente externo no es obligatorio, lo mencionamos porque esta modalidad ha dado resultado para asegurarse que las IPS se encuentran listas para solicitar la Evaluación Externa, pero si objetivamente el Comité institucional IAMI está seguro del cabal cumplimiento, puede obviarlo y solicitar la evaluación externa. Capacitación al personal de salud, de educación a las gestantes, inducción al personal de salud nuevo y a todo el personal tanto administrativo como asistencial, material educativo, cronogramas)

2. Entrevistas al personal directivo y de salud, a las gestantes y madres usuarias y a los Grupos Comunitarios de Apoyo a la madre.
3. Observación directa de la atención en los servicios (sala de partos, consulta externa urgencias, vacunación, crecimiento y desarrollo, entre otros)
4. Tabulación y análisis de la información recogida
5. Elaboración de informe final y recomendaciones
6. Reunión final con funcionarios/as de la IPS y del PAB correspondiente, a fin de dar a conocer las observaciones y recomendaciones. El equipo evaluador entrega el informe final a la dirección de salud correspondiente para que ésta defina la acreditación e informe al Ministerio de la Protección Social(13)(22)

4. ENFOQUE METODOLOGICO

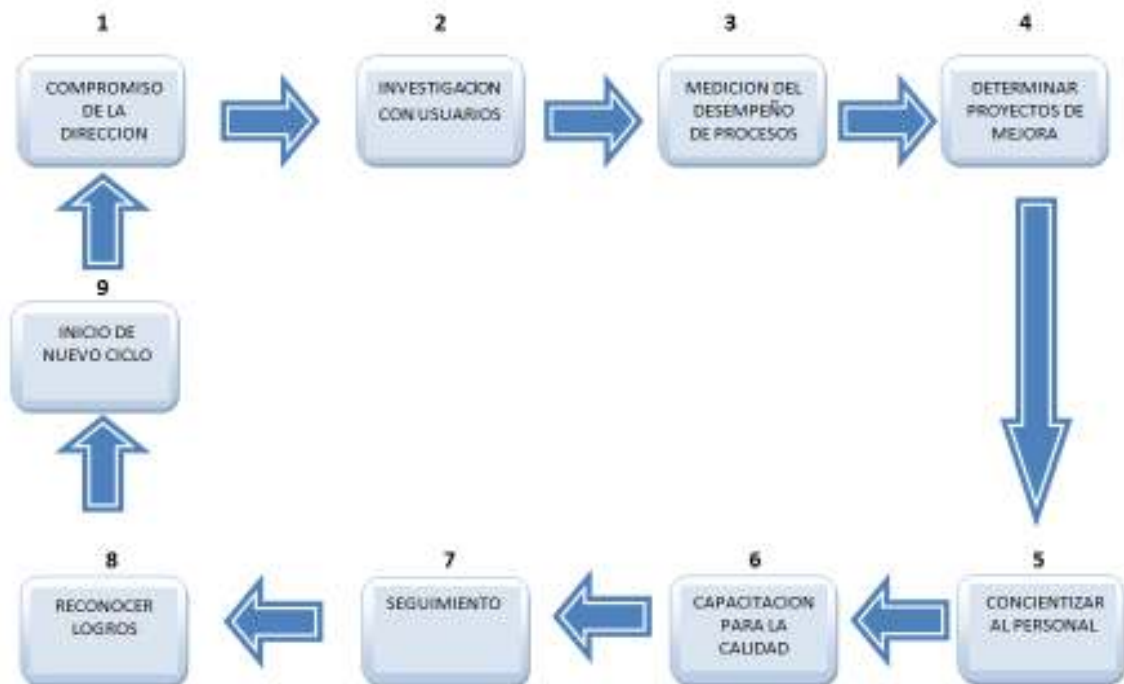
Un proceso de mejoramiento de la calidad es un conjunto de etapas y actividades complementarias entre sí, que hace que los integrantes de una organización tengan el entorno propicio para el mejoramiento de la calidad de sus procesos y servicios, constituyéndose en una nueva forma de trabajar dentro de la organización, a través de la cual los integrantes se comprometen a conseguir la mejora continua.(23)

Los beneficios que se obtienen al implementar un proceso de mejoramiento continuo son a largo plazo, ya que eleva los niveles de satisfacción de los clientes externo e internos, logrando empoderarlos de las actividades y reducir los costos de incumplimiento de la calidad, que con lleva a la optimización en los procesos de desempeño, incrementándose así la productividad (23).

La estrategia IAMI responde a los anteriores planteamientos dado que de esta forma, la adecuación de la estrategia IAMI en el CS Santo Domingo, se hace con base en el modelo de implantación de un proceso de mejoramiento de la calidad

específicamente en la atención materno infantil para obtener los beneficios anteriormente descritos. El modelo de calidad utilizado, se toma del presentado en el Manual de Implantación de un proceso de mejoramiento de la calidad de J. Raúl Martínez, que incluye nueve etapas de las cuales las primeras cuatro hacen parte de los objetivos de este proyecto, las demás etapas se dejan planteadas, para que en el futuro sean aplicadas por la institución y lograr cerrar el ciclo de mejora con un proceso de atención materno infantil implementado.

PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ETAPAS DEL PROCESO



Este esquema fue escogido, por que integra los objetivo de calidad con los objetivos generales de la institución, en el sentido de mejorar la atención materno infantil y en conjunto con los 10 pasos de la estrategia IAMI, van desde el compromiso gerencial, pasando por el fomento de la cultura de la calidad, hasta la entrega de un producto final a los usuarios, el cual es verificable y susceptible de mejora siempre.

De la etapas de este modelo de mejoramiento continuo, esta propuesta incluye, las cuatro primeras etapas, es decir, se planea la implementación, que servirá de insumo para que la organización inicie el despliegue de la estrategia. Las etapas se enfocaron así:

4.1. COMPROMISO DE LA DIRECCION Y ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

Esta etapa está compuesta por varias actividades:

- 4.1.1 Presentación: Se dio a conocer a la institución en este caso la ESE Metrosalud, la importancia de implementar la estrategia IAMI en el Centro de Salud, Santo Domingo, con una explicación de los fundamentos de esta, los beneficios que se derivaran a partir de esta propuesta. Se obtuvo la autorización de Gerencia para obtener los datos necesarios para el desarrollo de esta propuesta, con el compromiso que una vez terminada se entregue copia del informe final (ver anexo 1). Escanear autorización de gerencia
- 4.1.2 Creación del Comité IAMI: La estrategia plantea que debe existir un comité en la institución que tenga reuniones periódicas, para que se encargue del seguimiento y verificación de la implementación de la estrategia y una vez puesta en marcha, de la verificación de sus indicadores. En el centro de salud Santo Domingo Savio, existe un comité de Calidad, conformado por los líderes de los servicios y encabezado por el coordinador, cumpliendo con todos los requisitos de lo que debe ser un comité, por sus reuniones periódicas, actas, análisis de planes de mejoramiento y toma de decisiones basadas en datos. Por lo tanto se plantea no crear un nuevo comité, si no que se incluya en el de Calidad, los temas de IAMI. A partir de la integración al comité de calidad, se desarrollaran las estrategias, propuestas en este proyecto para la implementación del IAMI, establecer objetivos y metas, así como hacer un seguimiento periódico y sistemático de su funcionamiento, es decir se encargara de la administración del proceso en todas las etapas. Es necesario que se designe un líder con conocimientos en la estrategia IAMI, para dirigir las actividades del comité y evaluar el grado de cumplimiento de las tareas o etapas de implementación del proceso.
- 4.1.3 Basado en el modelo de política IAMI (24) y entendiéndose, la formulación de la política de calidad como el pronunciamiento formal de la gerencia de la ESE Metrosalud, donde define con precisión, a lo que se compromete para que la implementación del proceso para que el cumplimiento de los estándares de IAMI sea posible. Se tomara como guía la política propuesta por los lineamientos del ministerio de protección social, adaptándola las particularidades de la empresa. Una vez adaptada se presenta a la Gerencia a la espera de su aprobación (ver anexo 2).

4.2 INVESTIGACION CON USUARIOS DE LA ORGANIZACION

El enfoque que se dio a los usuarios fue basado en dos aspectos básicos: el primero es conocer las necesidades o expectativas de los usuarios acerca del producto o servicio que va a recibir, en este caso los servicios encaminados a la atención materno infantil en salud. El segundo aspecto es determinar el nivel de satisfacción que el cliente experimenta o percibe después de haber recibido el servicio, teniendo en cuenta características de calidad como confiabilidad, competencia, credibilidad y acceso a los servicios. De este último aspecto no se tiene información, porque no hay medición de satisfacción de los usuarios del centro de salud, específicamente de los servicios de atención materno infantil. Para hacer una adecuada evaluación de la satisfacción de los clientes con respecto a un producto o servicio, se utilizan diversas técnicas, tales como entrevista de grupo (23), cuya característica principal es escuchar activamente y así brindar a los usuarios un espacio para recibir retroalimentación de ellos sobre la forma como perciben los servicios, con el objetivo de reconocer las sugerencias por parte de ellos, y realizar planes de mejoramiento y realizar su seguimiento, siempre midiendo el grado de satisfacción de los clientes.

Otra técnica de evaluación importante es la observación directa sobre la ejecución de los servicios, donde en cada servicio se tiene una secuencia lógica de las actividades a desarrollar y en las cuales participa el cliente en la organización. Es necesario determinar las actividades puntuales y los requisitos de calidad que el cliente desea en dicho ciclo de servicio, para así poder realizar la observación directa y determinar los puntos críticos a partir de los cuales se implementan los planes de acción.

Con estas técnicas de investigación a los usuarios se pretende finalmente ubicar los servicios que requieren una mejora importante, para así poder concentrar los esfuerzos en el proceso de mejoramiento de la calidad de la atención centrados en los usuarios.

4.3 MEDICION DEL DESEMPEÑO

Esta etapa consiste en que el proceso de mejoramiento de la calidad se base en la medición del desempeño de los procesos prioritarios, en este caso el proceso es la atención materno infantil.

El marco de referencia lo establecen los estándares de la estrategia IAMI, y la información recolectada en la institución a partir de sus requerimientos, así a través de la medición de los estándares, se podrá conocer su comportamiento y una vez se obtienen los datos de la medición realizada se comparan estos con el parámetro establecido como meta. Sin embargo en este caso no hay medición previa frente a los estándares del IAMI, por lo que se hizo una primera medición, para determinar su comportamiento y evaluar hasta donde el proceso cumple con los parámetros de calidad. Para realizar la medición de los procesos se aplico los instrumentos de la misma estrategia, con una descripción de los detalles de la obtención de información, se califico uno a uno los pasos y a partir de esa línea de base se construyeron planes de mejoramiento, describiendo actividades a implementar por cada uno de los integrantes de la organización y que agregan valor al servicio. Cuando sean presentados los planes de acción aquí propuestos al comité de Calidad del Centro de salud, se debe determinar los procesos de trabajo más importantes, es decir se debe establecer cuales áreas serán las primeras para iniciar su mejoramiento, en concordancia con los datos obtenidos en la institución.

Los datos se obtuvieron a partir de las bases que tiene la E.S.E. Metrosalud, en conjunto con la secretaria de Salud del Municipio de Medellín, del número de habitantes de la zona de influencia, que están discriminados por género y por edad entre menores de un año hasta 76 y más años. De dicha base de datos, se tomó la población de mujeres en edad fértil, es decir en edades entre los 12 y los 45 años, y niños y niñas menores de 5 años. Dicha base de datos se encuentra en una hoja de Excel, mediante la cual se adquieren los datos censales o de geo referencia. Los lineamientos de la estrategia dados por el Ministerio de protección social, incluyen instrumentos de recolección de información para la auto apreciación, es decir para el diagnóstico institucional, estos instrumentos se aplicaron en el centro de salud, con una información de los meses de Abril, Mayo y Junio del 2010 de la siguiente manera:

- El grupo de gestantes atendidas en el control prenatal con la descripción de otras características inherentes a la gestación, se obtuvo a partir de la base de datos de pacientes activas en el control prenatal, donde se incluye semanas de gestación de ingreso al control prenatal, riesgo obstétrico, su causa y diagnóstico de infecciones gestacionales.

- La atención postparto de la madre y recién nacido, se obtuvo de los datos del informe que arroja el sistema de información de la ESE Metrosalud, que muestra cuales pacientes fueron atendidas en los meses descritos por atención del parto, y que número de ellas asisten con su recién nacido al control posparto, se hizo por revisión de las historias clínicas respectivas.
- La información acerca del esquema de alimentación de niños y niñas hasta los 180 días postparto, se obtuvo mediante entrevista telefónica a las usuarias.
- La información de los usuarios de programas de crecimiento y desarrollo, se tomó de los informes de facturación, por cada paciente que se atiende en consulta de ingreso con Médico y control de Enfermería.
- Los datos de esquemas de vacunación completos, se verificaron por medio del programa Paisoft, el cual es un software diseñado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y es el Sistema de Información específico para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- La verificación del estado de cumplimiento o de aplicación de la estrategia AIEPI en el CS, no se realizó ya que dicho programa no se ha implementado en esta institución.
- Los datos censales de la institución, fueron suministrados por el por el coordinador del CS con su respectiva verificación visual, al igual que la capacidad logística para la atención materno infantil, solicitando los informes de planeación de ESE Metrosalud.

Una vez realizado el diagnóstico institucional, se procedió a realizar la auto apreciación de los 10 pasos específicos de la estrategia, por medio de la aplicación de los instrumentos de evaluación de cada uno de ellos.

4.4 DETERMINAR PROYECTOS DE MEJORA

Con los datos obtenidos en el diagnóstico, verificando si cumple, no cumple o no aplican los estándares de los 10 pasos de la estrategia se construyeron los planes de acción. que son los proyectos de mejoramiento de la calidad dichos planes se diligenciaron en el formato propuesto por la misma estrategia, donde se tiene en cuenta el hallazgo de la evaluación, el incumplimiento o la oportunidad de mejora, este debe transcribirse textualmente para que el sentido de las demás columnas del formato tengan concordancia con el mejoramiento al que se debe llegar.

5. DIEZ PASOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN IPS HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA.

<p align="center">PASO 1: Voluntad política institucional</p>	<p>Disponer por escrito de una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil, con enfoque de derechos y perspectiva diferencial, que garanticen la integralidad, calidad, y continuidad de la atención en los servicios y programas dirigidos a gestantes, madres, niñas y niños menores de 6 años y que se ponga sistemáticamente en conocimiento de todo el personal de la institución.</p>
<p align="center">PASO 2: Preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición del personal de la institución</p>	<p>Capacitar a todo el personal que atiende la población materna e infantil, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política institucional en favor de la mujer y la infancia, dentro del marco de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género.</p>
<p align="center">PASO 3: Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias.</p>	<p>Brindar a las mujeres gestantes y sus familias, educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna, incluyendo la preparación para el cuidado en salud y nutrición de sus hijas e hijos, con énfasis en los recién nacidos, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, la participación familiar y en especial la corresponsabilidad del padre en la crianza.</p>
<p align="center">PASO 4: Trabajo de parto y parto con calidad y calidez.</p>	<p>Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora.</p>

<p>PASO 5: Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo.</p>	<p>Brindar orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros cuidadores sobre la promoción, protección y atención en salud, nutrición de las madres y de las niñas y niños recién nacidos, sean sanos o enfermos, con especial atención a las familias más vulnerables. Así como facilitar el registro civil al nacimiento y los controles posparto a la madre y al recién nacido.</p>
<p>PASO 6: Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna</p>	<p>Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más. No suministrar a las niñas y niños chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las resoluciones posteriores que lo actualizan o modifican y la norma nacional que reglamenta la comercialización de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños.</p>
<p>PASO 7: Favorecer el alojamiento conjunto y el acompañamiento</p>	<p>Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y crear condiciones para mantener la lactancia materna, incluso en situación de hospitalización de la madre y/o de su hijo o hija. Además permitir la presencia permanente de un familiar en los casos de hospitalización de todas las niñas y niños.</p>
<p>PASO 8: Atención Integral en salud y nutrición a las niñas y los niños para su adecuado crecimiento y desarrollo.</p>	<p>Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años que acuden a la institución, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas, y la orientación efectiva a madres, padres y sus familias sobre los cuidados acordes con la edad y condición de cada niña o niño atendido, respetando la diversidad y las diferencias.</p>
<p>PASO 9: Entornos protectores y espacios amigables.</p>	<p>Garantizar entornos protectores y espacios amigables en la institución, partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, a quienes se les garantiza la educación para la promoción de la salud, la lactancia materna, la</p>

	<p>nutrición y la alimentación adecuadas, y la prevención de la enfermedad. Así mismo, la información veraz, oportuna, completa y libre de presiones comerciales o de cualquier tipo, la no discriminación, la participación y el trato digno para todas las madres, niñas, niños y familias que acuden a la institución.</p>
<p>PASO 10: Continuidad en el cuidado de la salud y nutrición más allá de la IPS.</p>	<p>Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones desarrolladas en los diferentes servicios institucionales, con las acciones que madres, padres familias y cuidadores realizan en sus hogares y comunidades, con el fin de favorecer el desarrollo infantil temprano de todas las niñas y niños.</p>

6. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

Fecha de diligenciamiento: Agosto 12 2010

Nombre de la Institución

ESE METROSALUD CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SAVIO

Dirección: Cra 33 # 107B - 15 Teléfono: 5 29 31 64

Ciudad, municipio o región: Medellín comuna 1

Departamento: Antioquia

Nombre del Director o Gerente de la Institución

Alejandro Gómez. Gerente

Juan Carlos Buitrago. Coordinador de Centro de Salud

Nombre del coordinador del comité IAMI

Por definir

Tipo de Institución: Pública: Privada:

Docente-asistencial Otro: ¿Cuál? _____

Nivel de complejidad: 1

POBLACIÓN ASIGNADA A SEPTIEMBRE DE 2009

Población total	35.248
Niños y niñas menores de 1 año	460
Niños y niñas de 1 a 4 años	2.752
Niños y niñas de 5 a 9 años	4.510
Adolescentes de 10 a 14 años	4.462
Mujeres en edad fértil de 15 a 19 años	2.235
Mujeres en edad fértil de 20 a 49 años	7.381

Capacidad total de camas: 4

Nº de camas en el área de trabajo de parto	4
Nº de sala(s) de parto	1
Nº de sala(s) de cirugía para cesáreas	0
Nº de camas del área de puerperio (Alojamiento conjunto)	4
Nº de camas para la hospitalización recién nacidos (UCI, Unidad de cuidados intermedios, Unidad de cuidados básicos).	0
Nº de camas para la hospitalización de pediatría.	0
Nº de camas en otras áreas para la hospitalización de madres con sus hijas o hijos.	0
Nº de camas de observación en urgencias pediátricas.	1

Estrategia de atención a las y los recién nacidos con bajo peso al nacer o pretérmino: No hay

¿Existe en la institución el programa madre canguro? NO

¿Hay otros tipos de programas para estos usuarios? NO

ATENCIÓN PRENATAL ¹

Edad de la gestante	Edad gestacional al ingreso al Control Prenatal	Total
10-14 años	< 14 semanas	1
	15 – 28 semanas	1
	29 – 40 semanas	-
15-19 años	< 14 semanas	11
	15 – 28 semanas	15
	29 – 40 semanas	2
20-34 años	< 14 semanas	16
	15 – 28 semanas	18
	29 – 40 semanas	2
35 o más años	< 14 semanas	2
	15 – 28 semanas	1
	29 – 40 semanas	-
Total	Este total no incluye las pacientes que al ingreso tenían edad gestacional	69

¹ En los casos en los cuales las actividades relacionadas con las estadísticas solicitadas no son de competencia por el nivel de complejidad de la IPS debe diligenciarse el campo correspondiente con las iniciales NA, que significan No Aplica. Sin embargo es importante aclarar que todos los puntos diligenciados en el presente instrumento, incluyendo los NA, serán verificados por el equipo de evaluadores externos durante la visita oficial de evaluación.

	desconocida	
-	Total de gestantes atendidas de primera vez en odontología (El dato no está disponible, solo se registran en el CLAP quienes asisten a control)	
-	Total de gestantes atendidas en el curso de preparación de la maternidad (psicoprofiláctico) (No hay dato exacto de las pacientes del control prenatal que asisten al curso psico profiláctico)	
90	Total de gestantes que recibieron micronutrientes	
90	Total de gestantes que recibieron la vacuna Td	
90	Total de gestantes que recibieron asesoría pre prueba de VIH	
90	Total de gestantes a las cuales se les realizó la prueba para VIH	
90	Total de gestantes que recibieron asesoría post prueba de VIH.	
1	Total de gestantes VIH positivas atendidas de primera vez en el control prenatal	
90	Total de gestantes atendidas por primera vez a quienes se les realizó la serología.	
1	Número de casos de sífilis congénita.	
9	Días entre la solicitud de las citas del control prenatal y la atención de la Gestante.	
-	Tiempo promedio (en horas o minutos) transcurrido entre la entrada a la institución y la atención de la gestante (No se tiene instrumento, ni indicador establecido para medir la puntualidad de atención)	
85	Total de gestantes de alto riesgo atendidas de primera vez en control prenatal.	
-	Total de gestantes atendidas en control prenatal que se remitieron a un nivel de mayor complejidad (Solo se registran las pacientes que se remiten, pero no quienes efectivamente fueron atendidas por el	

	especialista o la disciplina de apoyo como Nutrición y Psicología)
--	--

ATENCIÓN DEL PARTO

24	Horas/día que funciona la atención de partos
24	Horas/día médico general del servicio de atención de partos. (No incluye disponibilidad)
NA	Horas/día médico gineco-obstetra del servicio de atención de partos. (No incluye disponibilidad)
24	Horas/día laboratorio clínico.
24	Horas/día servicio de ambulancia
8	Total de gestantes que se remitieron a un nivel de mayor complejidad para la atención de parto
-	Número de madres que fueron acompañadas por sus parejas o alguien significativo para ellas durante el trabajo de parto (No se registra dicha información)
0	Número de madres que fueron acompañadas por sus parejas o alguien significativo para ellas durante el parto
12	Total de partos atendidos de mujeres sin control prenatal.
32	Total de nacimientos
32	Por vía vaginal
-	Por cesárea
15	Número de controles posparto realizados en los primeros 7 días.
-	Número de madres atendidas por dificultades con la lactancia materna. (No hay registro de atención por dificultades con lactancia en los pospartos)

INFORMACIÓN DEL AÑO ANTERIOR: Se tomaron los datos del primer semestre del 2010

0	Número de muertes maternas.
<p><i>(La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10, 1995 define muerte materna como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, y muerte materna tardía, a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo).</i></p>	

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

80	Número de recién nacidos vivos.
0	Número de niñas y niños con peso al nacer inferior a 2.500 gramos.
0	Número de niñas y niños con peso al nacer inferior a 1.500 gramos.
80	Número de niñas y niños a los cuales se les realizó TSH al nacer.
0	Número de niñas y niños a los cuales se les entregó el resultado del TSH a la madre o familiar antes de ser dados de alta de la institución. (el resultado de TSH llega una semana después y es revisado por medico de control prenatal, si hay alguno anormal, se localiza a la madre para toma de muestra de sangre venosa)
1	Número de niñas y niños nacidos hijos de madres con resultado VIH +.
80	Número de niñas y niños nacidos en la institución y a los cuales se les realizó Hemoclasificación.
0	Número de niñas y niños que tuvieron el registro civil tramitado al ser dados de alta de la institución.

NA	Número de niñas y niños que ingresaron al programa madre canguro.
80	Número de recién nacidos vacunados con BCG y a quienes se les entregó carné de vacunación antes de ser dados de alta de la institución.
32	Número de recién nacidos vacunados con Hepatitis B durante las primeras doce horas de nacido y a quienes se les entregó carné de vacunación antes de ser dados de alta de la institución.

INFORMACIÓN DEL AÑO ANTERIOR

Se tomaron los datos del primer semestre del 2010

1	Número de muertes perinatales.
<p><i>(La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10, 1995) define mortalidad perinatal como la muerte del feto con peso de por lo menos 500 gramos (o, cuando el peso al nacer no puede obtenerse, con 22 semanas completas de gestación o una talla de 25 cm. o más de la coronilla al talón) y hasta los 7 días de nacido.</i></p>	

INFORMACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LAS Y LOS RECIÉN NACIDOS TOMADA DE LOS REGISTROS O DE INFORMACIÓN DEL PERSONAL

80	Número de madres con su hija-hijo atendidas en la institución y dados de alta.
-	Número de madres con su hija-hijo que practicaron lactancia materna exclusiva desde el nacimiento o desde el ingreso a la institución y hasta ser dados de alta.

-	Número de niñas y niños recién nacidos que utilizaron biberón hasta ser dados de alta de la institución.
-	Número de recién nacidos atendidos en la institución que no recibieron lactancia materna antes de ser dados de alta.

Los datos anteriores fueron obtenidos de la siguiente fuente:	
No se obtienen datos, porque dicha información no está incluida en las notas de evolución, ni al alta de las pacientes a quienes se les atiende el parto en el centro de salud.	

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS

Se tomaron los datos del primer semestre del 2010

ATENCIÓN EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1440	Total de niñas y niños menores de 10 años atendidos por primera vez en el año en consultas de crecimiento y desarrollo: Ingresos médicos: 231 Control de enfermería: 1209
-	Nº de niñas y niños menores de 1 año
-	Nº de niñas y niños de 1 a 4 años
-	Nº de niñas y niños de 5 a 9 años

No hay datos por edades, para obtenerlos se necesitaría revisar las historias clínicas de todos los controles

ATENCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS ENFERMOS: ESTRATEGIA AIEPI (ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA)

No aplica

	Total de consultas de urgencias en niñas y niños hasta 5 años.
	Total de consultas de niñas y niños hasta 5 años atendidos en consulta externa (no incluye control de niño sano).
	Total de consultas de urgencias por Infección Respiratoria Aguda en niñas y niños hasta los 5 años.
	Total de consultas externas por Infección Respiratoria Aguda en niñas y niños hasta los 5 años.
	Total de hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda en niñas y niños hasta los 5 años.
	Total de consultas de urgencias por Enfermedad Diarreica Aguda en niñas y niños hasta los 5 años.
	Total de consultas externas por Enfermedad Diarreica Aguda en niñas y niños hasta los 5 años.
	Total de hospitalizaciones por Enfermedad Diarreica Aguda en niñas y niños hasta los 5 años.
	Número de niñas y niños hasta los 5 años con riesgo de desnutrición o desnutrición*, registrados en el trimestre anterior. *[Desnutrición: Se clasifica cuando el Indicador peso/edad, talla/edad o peso/talla es menor o igual del percentil 10].
	Número de niñas y niños hasta los 5 años remitidos a recuperación nutricional en el trimestre anterior.
	Número de instrumentos AIEPI diligenciados en el trimestre anterior.

7. AUTOAPRECIACIÓN

PASO 1.

1.1. ¿Dispone la institución de una política escrita ² que incluya los 10 pasos de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI?	SI	NO X
1.2. ¿En la política institucional y en la oferta de servicios, la institución reconoce a las usuarias/os como titulares de derechos, y se reconoce a sí misma como portadora de obligaciones para su cumplimiento?	SI	NO X
1.3. ¿La política IAMI ha sido formulada tomando como base los principios y normas de la Convención de los Derechos del Niño, CDN, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW y las políticas públicas de infancia y adolescencia?	SI	NO X
1.4. ¿Incorpora la política el enfoque diferencial y la perspectiva de género que tenga en cuenta las necesidades e intereses de las mujeres y contribuya a la inclusión del hombre en los procesos de la salud y la nutrición de la mujer y de sus hijas e hijos?	SI	NO X
1.5. ¿Contempla la política actividades de promoción, protección, apoyo, prevención y atención de la salud, lactancia materna y la nutrición materna e infantil con características de integralidad, calidad y continuidad?	SI	NO X
1.6. ¿La política institucional se refiere explícitamente a la integración de acciones, programas y estrategias como la planificación familiar, la educación a la gestante, la atención de la gestación con enfoque de riesgo, la prevención de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita, la detección de los casos de malnutrición en las gestantes, gestantes adolescentes y la atención con calidad y calidez durante el trabajo de parto, el parto, el puerperio, la detección temprana de las anomalías congénitas, entre otras?	SI	NO X
1.7. ¿La política institucional se refiere explícitamente a la integración de acciones y programas como la promoción, protección y apoyo efectivo a la lactancia materna, el inicio y seguimiento apropiado de la alimentación complementaria adecuada a los niños y niñas entre los 6 y 24 meses de edad,	SI	NO X

² Una propuesta de resolución para plantear la política institucional para IAMI se referencia en el anexo 1 del presente documento.

así como la identificación oportuna de las alteraciones del crecimiento y desarrollo durante la primera infancia, la detección de los casos de malnutrición en las niñas y los niños y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, entre otras?		
1.8. ¿En la gerencia y diversas áreas de prestación de servicios a madres, niñas, niños y adolescentes está expuesta la política IAMI relacionada con la competencia de cada área específica?	SI	NO X
1.9. ¿La política publicada se encuentra redactada en lenguaje claro y sencillo para que sea comprendida por las usuarias y los usuarios de la institución?	SI	NO X
1.10. ¿La institución tiene implementadas estrategias de difusión de la política para todos los funcionarios, usuarias, usuarios y grupos de apoyo?	SI	NO X
1.11. ¿Todos los miembros del personal de la institución, tanto administrativo como asistencial, conocen y practican la política?	SI	NO X
1.12. ¿Existe un comité que se reúne periódicamente y que es responsable de la coordinación y seguimiento de las actividades que se desarrollan para hacer operativa la política?	SI	NO X
1.13. ¿Están incluidos los 10 pasos de la IAMI en el Plan de Desarrollo o de Gestión Institucional?	SI	NO X
1.14. ¿Se aplica periódicamente el formulario de autoapreciación para monitorear el cumplimiento y los avances en el desarrollo y la implementación de la política?	SI	NO X
1.15. ¿La institución tiene establecidos indicadores (de gestión, de productividad, de satisfacción, entre otros) que den cuenta del cumplimiento de la política como una institución que implementa la IAMI?	SI	NO X
1.16. ¿En la institución se tienen mecanismos establecidos para evaluar la sostenibilidad de la estrategia IAMI en los cuales participe el personal de los servicios de atención materna e infantil?	SI	NO X
1.17. ¿Los resultados de la autoapreciación, el seguimiento a los indicadores de los datos generales, así como las pre-evaluaciones y sus análisis son usados para introducir mejoras, fortalecer o mantener procesos institucionales?	SI	NO X

1.18. ¿la institución desagrega la información de las actividades IAMI por sexo ³ , edad, etnia, nivel educativo, discapacidad, etc?	SI	NO X
---	----	---------

PASO 2.

2.1. ¿Conoce el personal de la institución los 10 pasos de la estrategia IAMI y la forma de ponerlos en práctica?	SI	NO X
2.2. ¿Existe por escrito el plan de capacitación ⁴ sobre la estrategia IAMI que parte de un diagnóstico sobre las necesidades de capacitación y cuenta con los programas de inducción, información, educación y capacitación, incluyendo los temas específicos con sus contenidos desarrollados para cada grupo objetivo?	SI	NO X
2.3. ¿El plan de capacitación describe la metodología y cuenta con un cronograma para desarrollar los programas descritos?	SI	NO X
2.4. ¿La institución tiene mecanismos establecidos para realizar la inducción periódica sobre la política IAMI al personal nuevo?	SI	NO X
2.5. ¿Existe en la institución un mecanismo de capacitación permanente para que todo el personal esté actualizado en los temas establecidos en la política de IAMI?	SI	NO X
2.6. ¿La capacitación incluye los principios y reglas generales de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género?	SI	NO X
2.7. ¿La capacitación al personal nuevo se realiza durante los 6 primeros meses ⁵ de haber ingresado a trabajar en la institución?	SI	NO X
2.8. ¿El plan de capacitación tiene descrito el mecanismo a través del cual la institución se asegura que más del 80% de los funcionarios/as ha recibido capacitación en la implementación y sostenibilidad de la IAMI?	SI	NO X
2.9. Específicamente el personal que brinda atención asistencial en las áreas de planificación familiar, control prenatal, atención del trabajo de parto, el parto, puerperio, consulta externa,	SI	NO X

³ La desagregación por sexo permite hacer análisis de género el cual evidencia el impacto diferenciado de las políticas, estrategias y resultados en hombres y mujeres, y permite tomar decisiones que favorezcan la equidad entre los géneros.

⁴ Los contenidos de los temas propuestos en los programas de capacitación se referencian en el anexo 2 del presente documento. Sin embargo cada institución debe determinar el énfasis conceptual y práctico que deba darle a su plan según el diagnóstico que ha levantado respecto a la puesta en práctica de cada uno de los pasos para la implementación y sostenibilidad de la IAMI.

⁵ Op cit. Pág 33.

urgencias, crecimiento y desarrollo, pediatría, salud bucal, hospitalización en recién nacidos y pediatría, unidad neonatal y salas de lactancia, ¿ha recibido entrenamiento práctico para ofrecer ayuda efectiva en lactancia materna (técnicas de consejería, posición, valoración oral motora, extracción manual, almacenamiento, conservación y ofrecimiento de leche materna, entre otros)?		
--	--	--

PASO 3.

3.1. ¿Desarrolla la IPS mecanismos de coordinación verificables con las EPS, conocidos por todo el personal de la institución, las y los usuarios y los grupos de apoyo, para lograr que las gestantes tengan como mínimo cuatro controles prenatales y que el primero de ellos se realice en el primer trimestre de la gestación?	SI	NO X
3.2. ¿Tiene la IPS estrategias establecidas, verificables y conocidas por todo el personal, usuarios y grupos de apoyo para hacer búsqueda activa de gestantes?	SI	NO X
3.3. ¿Tiene la IPS mecanismos verificables que permitan la coordinación con las EPS para favorecer la atención oportuna y sin barreras de las gestantes que asisten a sus servicios?	SI	NO X
3.4. ¿Tiene la IPS mecanismos verificables que permitan a las gestantes que asisten a sus servicios, con énfasis en aquellas que tienen barreras de acceso, la oportunidad en la toma y entrega de resultados de exámenes diagnósticos, al igual que al manejo indicado?	SI	NO X
3.5. ¿La institución cuenta con estrategias de información dirigidas a las usuarias y usuarios sobre los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de niños, niñas y adolescentes?	SI	NO X
3.6. ¿Tiene la institución mecanismos o estrategias para verificar que la atención de todas las gestantes, incluyendo las adolescentes y las que se encuentran en situaciones especiales, ha sido amable y respetuosa?	SI	NO X
3.7. ¿Todas las gestantes atendidas en la institución tienen historia clínica prenatal completa con enfoque de riesgo?	SI X	NO
3.8. ¿A las madres que asisten al control prenatal se les lleva adecuadamente el carné materno y se les dan explicaciones sobre su uso e importancia de llevarlo siempre consigo?	SI X	NO
3.9. ¿A las madres que asisten al control prenatal, se les hace la evaluación sistemática del estado nutricional y psicosocial, y	SI	NO X

ellas conocen su interpretación y recomendaciones para vivir una gestación saludable?		
3.10. ¿Tiene la institución mecanismos o estrategias para verificar que la educación y adherencia al programa de suplementación con micronutrientes son efectivas?	SI	NO X
3.11. ¿A todas las gestantes atendidas en control prenatal se les informa sobre la importancia de la salud bucal, se les remite sistemáticamente a control odontológico, reciben atención y en caso necesario se les asegura el tratamiento oportuno de la enfermedad periodontal??	SI	NO X
3.12. ¿Se realizan actividades de educación ⁶ en salud, y nutrición individuales y/o grupales para todas las gestantes que asisten al control prenatal, madres, padres y otros familiares?	SI X	NO
3.13. ¿Todas las gestantes atendidas pueden describir nociones básicas sobre signos de alarma durante la gestación, el parto y el puerperio; y mecanismos de transmisión del VIH y sífilis?	SI	NO X
3.14. ¿Las gestantes atendidas en la institución están en capacidad de demostrar que conocen los beneficios y las ventajas de la lactancia materna, la forma de ponerla en práctica, la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años y más, la libre demanda y las desventajas y peligros del uso de chupos y biberones?	SI	NO X
3.15. ¿Se registran las actividades educativas que reciben las gestantes y sus acompañantes en la historia clínica correspondiente?	SI	NO X
3.16. ¿Se realizan entrevistas periódicas a las gestantes para indagar sobre el grado de conocimiento y aplicación de las prácticas en salud y nutrición aprendidas?	SI	NO X
3.17. ¿Si la madre lo desea, la institución facilita la presencia del esposo, compañero o en su defecto, de un acompañante significativo durante el control prenatal?	SI	NO X
3.18. ¿Brinda la institución apoyo especial a aquellas mujeres, parejas y familias con condiciones especiales como dificultad para aceptar la gestación, la maternidad en adolescentes, la discapacidad, un resultado positivo de VIH, sífilis o cualquier otra ITS, anomalías congénitas del recién	SI	NO X

⁶ Los contenidos básicos del Programa de Educación que se proponen en los criterios globales definidos en el paso 2, se especifican en el anexo 2 del presente documento. Sin embargo se espera que la institución tenga en cuenta el perfil epidemiológico de sus usuarias y usuarios para especificarlo a sus necesidades.

nacido, o haber sido víctima de violencia (incluida la doméstica) y cuando se encuentran en situación de desplazamiento forzado, entre otras?		
3.19. ¿El personal de salud ofrece información completa, veraz y oportuna a las madres y sus familias sobre el proceso de su gestación y favorece la toma de decisiones informadas sobre su condición de salud o la de sus hijas e hijos?	SI	NO X
3.20. ¿Se ofrece y garantiza a todas las gestantes atendidas en la institución la prueba voluntaria para VIH, acompañada de asesoría pre y post prueba?	SI	NO X
3.21. ¿A todas las gestantes atendidas en la institución se les aplica y/o remite para aplicación de la vacuna Td, se les explica su importancia y se les registra en la historia clínica y en el carné materno, respectivamente?	SI X	NO
3.22. ¿Se garantiza a todas las gestantes y madres atendidas en la institución, y a sus esposos y compañeros, la información y consejería en planificación familiar y lactancia materna?	SI	NO X
3.23. ¿La institución tiene establecido un sistema verificable de referencia y contrarreferencia para las gestantes que lo requieran?	SI	NO X
3.24. ¿Saben todas las gestantes atendidas y sus familias sobre la importancia de asistir al control posparto y de llevar al recién nacido a control dentro de los siete días siguientes a haber sido dados de alta?	SI	NO X
3.25. ¿Conocen las gestantes y sus familias el derecho de sus hijos o hijas a un nombre y una nacionalidad, y la importancia del registro civil desde el nacimiento?	SI	NO X

PASO 4

4.1. ¿En el control prenatal se explica a las gestantes sobre sus derechos a la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, en un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, donde prevalece el derecho a la intimidad?	SI	NO X	NA
4.2. En el control prenatal ¿Se explica a las gestantes que tienen derecho a la compañía del padre del bebé o de una persona significativa durante el parto, de tener a su niño o niña en contacto inmediato piel a piel, e iniciar la lactancia materna en la hora siguiente al nacimiento?	SI	NO X	NA
4.3. ¿El personal de salud de la institución informa a las	SI	NO	

madres, a los padres o a algún otro acompañante sobre el derecho al nombre y al registro civil de sus hijos o hijas desde el nacimiento y les orienta en dónde pueden hacerlo?		X	
4.4. ¿En el control prenatal se explica a las gestantes y a sus acompañantes sobre su derecho a recibir el carné de salud infantil con información veraz y completa sobre el estado del niño o la niña al nacer ⁷ ?	SI	NO X	NA
4.5. ¿Tiene la IPS mecanismos verificables que permitan la coordinación con las EPS para favorecer la toma, el procesamiento y la entrega de resultados en forma oportuna de los exámenes realizados durante el parto?	SI	NO X	NA
4.6. ¿El personal de la institución informa a las gestantes que, si ellas lo desean y si la institución cuenta con las condiciones apropiadas, pueden solicitar que se les permita estar acompañadas del padre o de una persona significativa para ellas durante el trabajo de parto y el parto?	SI	NO X	NA
4.7. ¿Cuenta la institución con un protocolo de atención del parto que garantice el derecho a la intimidad y una atención respetuosa, amable, con calidad y libre de intervenciones innecesarias que favorezca el pinzamiento adecuado del cordón umbilical, el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna?	SI X	NO	NA
4.8. ¿Incluye el protocolo las normas específicas para la prevención de la transmisión perinatal del VIH durante el parto ⁸ ?	SI	NO X	NA
4.9. ¿El personal de maternidad brinda atención respetuosa, cálida y oportuna y orienta a la madre sobre cómo respirar y relajarse para disminuir el nivel de estrés durante el trabajo del parto y el parto?	SI	NO X	NA
4.10. ¿El personal de salud que atiende partos utiliza sistemáticamente la historia clínica perinatal y el partograma y además registra los datos del parto en el carné materno?	SI	NO X	NA
4.11. ¿En salas de parto se promueve un ambiente de intimidad y respeto para con la madre y se facilitan las condiciones para que, si ella lo desea, esté acompañada	SI	NO X	NA

⁷ Se refiere a incluir en el carné de salud infantil: los resultados del APGAR al minuto y a los 5 minutos, sexo, edad gestacional, peso, talla, perímetro cefálico, contacto inmediato piel a piel, inicio temprano de la lactancia materna, resultados de laboratorio en el periodo neonatal (entre ellos TSH, serología y hemoclasificación), y cita para el control de las y los recién nacidos.

⁸ Ver las normas específicas en el Manual de Procedimientos para la prevención de la transmisión perinatal del VIH y sífilis, MPS 2009.

por su esposo o compañero?			
4.12. ¿El personal de salud informa a la madre sobre la indicación médica para intervenciones como cesárea e instrumentación del parto?	SI	NO X	NA
4.13. ¿El personal de salud que brinda atención inmediata a la niña o niño recién nacido en sala de partos, procura su adaptación neonatal armoniosa y evita el uso sistemático de sondas nasogástricas, ruidos, enfriamiento y procedimientos invasivos innecesarios?	SI X	NO	NA
4.14. ¿El personal de salud favorece el contacto inmediato piel a piel durante por lo menos 15 minutos y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento?	SI	NO X	NA
4.15. ¿Después de un parto por cesárea se realiza contacto piel a piel cuando la madre está alerta y en capacidad de responder?	SI	NO	NA X
4.16. ¿Las rutinas de cuidados del cordón umbilical, gotas oftálmicas, vitamina K, peso, talla y perímetro cefálico y torácico, se realizan después de permitir el contacto piel a piel?	SI X	NO	NA
4.17. ¿El personal de salud que brinda atención inmediata al recién nacido en sala de partos conoce y aplica la norma técnica sobre pinzamiento adecuado del cordón umbilical?	SI X	NO	NA
4.18. ¿Conoce el personal que atiende a las madres y sus hijas e hijos el procedimiento para la atención de una gestante con resultado positivo para VIH y/o sífilis que ingresa para atención del parto sin estas pruebas?	SI	NO X	NA
4.19. ¿Se realiza la toma de muestras de TSH y hemoclasificación a los recién nacidos en cordón umbilical y se tiene una estrategia para garantizar que los padres conozcan los resultados y que estos estén disponibles para el control de las 72 horas después del nacimiento?	SI	NO X	NA
4.20. ¿En las salas de recuperación se da apoyo efectivo a la madre para amamantar y se resuelven las dudas que pueda tener sobre su capacidad para poner en práctica la lactancia materna?	SI	NO X	NA

PASO 5.

<p>5.1. ¿El personal de salas de puerperio o que atiende en salas de maternidad y pediatría (consulta externa, unidades de cuidados especiales, hospitalización, vacunación, urgencias y control de niñas y niños sanos) brinda información a las madres, padres u otro familiar o persona cercana a la madre sobre aspectos como el autocuidado materno incluyendo la planificación familiar, los cuidados del recién nacido, la importancia de reclamar los resultados de laboratorio; los signos de alarma para la madre y niña o niño recién nacido, la alimentación al seno, higiene, sueño, posición del recién nacido para dormir, masaje infantil, vínculo afectivo, interacciones positivas entre adultos y recién nacidos, primeras vacunas, importancia del control médico en los primeros siete días después del parto y posteriormente el control de crecimiento y desarrollo?</p>	SI	NO X	
<p>5.2. ¿Las madres, padres y familias de los niñas y niños recién nacidos atendidos en salas de maternidad y pediatría (consulta externa, unidades de cuidados especiales, hospitalización, vacunación, urgencias y control de niño sano) conocen los aspectos básicos para el autocuidado de la madre incluyendo la planificación familiar, los cuidados de recién nacidos y lactantes, los signos de alarma para la madre y sus hijas e hijos, alimentación, higiene, interacciones positivas con los recién nacidos, vacunación, importancia del control postparto tanto materno como del recién nacido e inicio temprano del control de crecimiento y desarrollo?</p>	SI	NO X	
<p>5.3. ¿El personal de la institución informa, orienta y brinda ayuda efectiva a las madres y proporciona información al papá o a otros familiares sobre la importancia de la nutrición de las madres durante la lactancia y cuenta con estrategias de intervención oportuna en caso de riesgo o de malnutrición materna?</p>	SI	NO X	
<p>5.4. ¿El personal de salas de puerperio, pediatría, urgencias y consulta externa (incluyendo control de crecimiento y desarrollo) que atiende madres, niños y niñas brinda ayuda efectiva para el amamantamiento (posición recomendada, agarre efectivo, respiración, succión, deglución, lactancia a libre demanda), técnica de extracción manual y conservación de la leche</p>	SI	NO X	

materna, y hace seguimiento permanente al conocimiento impartido a todas sus usuarias?			
5.5. ¿Sabén las madres identificar si sus hijos o hijas están realizando una succión efectiva y por qué ésta es importante para la producción de la leche materna?	SI	NO X	
5.6. ¿Las madres de niñas y niños recién nacidos y lactantes están en capacidad de demostrar cómo colocar al niño/a al seno y cómo hacer la extracción manual de la leche?	SI	NO X	
5.7. ¿El personal de salas de puerperio, pediatría, urgencias y consulta externa (incluyendo control de crecimiento y desarrollo) que atiende madres, niños y niñas brinda ayuda específica para promover la salud y nutrición adecuada en situaciones especiales (madres adolescentes, bajo peso al nacer, prematurez, parto gemelar, malformaciones congénitas, discapacidad, entre otras)?	SI	NO X	
5.8. ¿Conocen las madres, padres y otros familiares dónde y cuándo acudir en caso de identificar signos de alarma en las madres y/o las y los recién nacidos y lactantes?	SI	NO X	
5.9. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido para asesorar a las madres con resultado VIH positivo sobre el cuidado de la salud y nutrición de su hijo o hija e informarles sobre la importancia del control médico y nutricional periódico?	SI	NO X	
5.10. ¿La asesoría y atención a las madres con resultado VIH positivo contempla criterios de confidencialidad, respeto y no discriminación?	SI	NO X	
5.11. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido de coordinación con el ente de salud correspondiente y las aseguradoras ⁹ que permita a las madres con resultado VIH positivo y sus recién nacidos acceder al tratamiento médico y nutricional correspondiente bajo condiciones de discrecionalidad y trato no discriminatorio?	SI	NO X	
5.12. ¿Se aplican a las y los recién nacidos, de manera oportuna antes de ser dados de alta de la	SI X	NO	NA

⁹ Tener presentes las acciones propuestas en el PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE EL VIH Y EL SIDA. COLOMBIA 2008-2011. Disponible en la dirección electrónica: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6428.pdf>

institución, los biológicos de acuerdo con el esquema de vacunación establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI?			
5.13. ¿Se indaga a las madres atendidas sobre su conocimiento y sobre la importancia de asistir al control postparto en los primeros siete días?	SI	NO X	
5.14. ¿Cuenta la institución con mecanismos establecidos de coordinación con las EPS para garantizar la atención oportuna del control posparto a la madre y la consulta de las y los recién nacidos en los primeros siete días?	SI	NO X	
5.15. ¿Cuenta la institución con mecanismos establecidos de seguimiento para garantizar que todas las madres y sus recién nacidos atendidos han asistido al control posparto en los primeros siete días después del parto?	SI	NO X	
5.16. ¿Cuenta la institución con estrategias verificables que garanticen el registro civil del recién nacido allí mismo o, tiene mecanismos de coordinación para facilitar el trámite a sus usuarias y usuarios inmediatamente después de ser dados de alta?	SI	NO X	NA
5.17. ¿El personal de los servicios de maternidad, salas de puerperio, vacunación, pediatría, unidades de cuidados especiales, urgencias y consulta externa (incluyendo control de crecimiento y desarrollo) refuerza en las madres, padres y otros familiares el conocimiento del derecho al nombre y la importancia del registro civil al nacimiento?	SI	NO X	
5.18. ¿Se entrega a la madre los carnés materno y de salud infantil completamente diligenciados antes de ser dadas de alta de la institución y se les indica la importancia de portarlos cada vez que asistan a la institución de salud?	SI	NO X	NA
5.19. ¿La institución tiene establecido un sistema de referencia y contrarreferencia verificable para las madres, las niñas y niños recién nacidos y especialmente para aquellos con bajo peso al nacer, prematuros y otras situaciones que lo requieran?	SI	NO X	NA

PASO 6.

6.1. ¿El personal de salud que atiende en los servicios ambulatorios y hospitalarios de maternidad y pediatría e incluso en urgencias respeta las decisiones informadas de las madres sobre el tipo de alimentación para sus hijas e hijos y las apoya para su cumplimiento sin recriminarlas, discriminarlas, excluirlas o inducir las al uso de fórmulas artificiales?	SI X	NO
6.2. ¿El personal del área asistencial informa a las madres y sus familiares sobre las ventajas y beneficios de la leche materna, la importancia del calostro y la libre demanda, sin horarios ni restricciones de día y de noche, para mantener la producción de la leche y la buena nutrición de sus hijas e hijos?	SI	NO X
6.3. ¿El personal de salud que atiende en los servicios ambulatorios y de hospitalización tanto de maternidad como de pediatría orienta y brinda apoyo efectivo a las madres, para poner la niña o el niño al seno?	SI	NO X
6.4. ¿El personal de salud que atiende en los servicios ambulatorios y de hospitalización de maternidad, pediatría, urgencias, crecimiento y desarrollo, odontología, vacunación y las salas de lactancia promueve la lactancia materna, orienta y brinda ayuda efectiva a las madres, padres y acompañantes para que las niñas y niños reciban solo leche materna durante los seis primeros meses de vida sin suministrarles aguas, ni ningún otro alimento, ni bebida ¹⁰ , salvo indicación médica?	SI	NO X
6.5. ¿El personal de salud de los servicios ambulatorios y de hospitalización en maternidad y pediatría, urgencias, crecimiento y desarrollo detecta los problemas tempranos del amamantamiento y proporciona a la madre consejería en lactancia para mejorar la técnica y para que desarrolle confianza en su capacidad de amamantar?	SI	NO X
6.6. ¿El personal que atiende madres en periodo de lactancia y niñas y niños menores de dos años brinda información y ayuda efectiva para que las usuarias aprendan a hacer la extracción manual, la conservación de la leche materna extraída y la administración de la misma con taza y/o cucharita?	SI	NO X

¹⁰ La indicación de Lactancia Materna Exclusiva incluye que las niñas y niños no reciben ninguna otra bebida distinta a la leche materna, ni siquiera agua. Es importante explicar a las madres, padres y cuidadores que la leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para el buen crecimiento de niñas y niños, incluso el agua.

6.7. ¿El personal del área asistencial informa a las madres sobre la importancia de despertar al bebé, en las primeras semanas de vida, si duerme demasiado (3 horas o más seguidas)?	SI X	NO
6.8. ¿El personal de salud capacita y hace seguimiento a la educación impartida a las madres para mantener la lactancia materna exclusiva en el momento del ingreso al trabajo fuera del hogar?	SI	NO X
6.9. ¿El personal de salud que atiende en los servicios de salud y nutrición materna e infantil, brinda orientación efectiva a las madres, padres y cuidadores sobre los riesgos y la forma de identificar la malnutrición en la población menor de 2 años?	SI	NO X
6.10. ¿El personal de salud de los servicios de odontología puede enunciar por lo menos tres ventajas de amamantar relacionadas con la salud bucal y además las desventajas del uso de chupos y biberones?	SI	NO X
6.11. ¿El personal que atiende en los servicios de salud y nutrición materna e infantil, conoce las razones médicas aceptables ¹¹ para prescribir alimentos diferentes a la leche materna?	SI	NO X
6.12. ¿El personal médico y de enfermería conoce el manejo de los medicamentos para las madres en lactancia ¹² y cómo intervenir médicamente sin desestimularla, en el caso de complicaciones?	SI	NO X
6.13. ¿El personal que atiende madres, lactantes, niñas y niños pequeños informa y brinda orientación efectiva a las madres, padres y cuidadores/as sobre la forma de iniciar la alimentación complementaria adecuada, utilizando las pautas establecidas para lograr una alimentación perceptiva a partir de los seis meses de vida, a la vez que se continúa con el amamantamiento hasta los dos años o más?	SI	NO X
6.14. ¿El personal que atiende madres, niñas y niños lactantes hace seguimiento sistemático a la comprensión de los mensajes sobre la alimentación complementaria adecuada que recibieron las madres, padres y cuidadores y a la forma cómo los están poniendo en práctica?	SI	NO X
6.15. ¿El personal responsable de la sala de lactancia y quienes brindan ayuda directamente a las madres, puede demostrar que en los servicios de atención materna e infantil, urgencias, crecimiento y desarrollo y hospitalización	SI	NO X

¹¹ Revisar el anexo: Razones Médicas Aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. Unicef, 2009 que se encuentran al final del presente documento.

¹² Ídem.

no se promueve ningún sucedáneo de la leche materna, y que se da apoyo efectivo a las madres para mantener la lactancia materna, incluso en caso de separación forzosa?		
6.16. ¿Conoce el personal de salud de la institución el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna, las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud y las normas nacionales que promueven, protegen y apoyan la lactancia materna?	SI	NO X
6.17. ¿Las fórmulas artificiales o alimentos complementarios sugeridos para las niñas y niños menores de dos años de edad se prescriben en la institución como medicamento?	SI	NO X
6.18. ¿Se reciben en la institución donaciones de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños, biberones, chupos o productos relacionados, material educativo y de promoción, u obsequios para las madres o el personal de salud, de parte de los laboratorios o de la industria de alimentos? ¹³	SI X	NO
6.19. ¿Cuenta la institución con material de apoyo, basado en Guías Alimentarias para el menor de 2 años para reforzar la educación impartida a las madres, padres y cuidadores que iniciarán el proceso de la alimentación complementaria adecuada con lactancia materna hasta los dos años y más?	SI	NO X
6.20. ¿Conocen las madres los mecanismos de producción de la leche materna, la importancia de la frecuencia de las mamadas a libre demanda y qué significa una succión efectiva?	SI	NO X
6.21. ¿Conocen las madres atendidas en la institución la importancia del calostro y el por qué del inicio temprano de la lactancia?	SI	NO X
6.22. ¿Las madres de niñas y niños recién nacidos y lactantes menores de dos años, están en capacidad de demostrar cómo poner correctamente a la niña y al niño al seno y cómo extraerse manualmente la leche?	SI	NO X
6.23. ¿Saben las madres la importancia de alimentar a sus bebés sólo con leche materna durante los seis primeros meses de vida, sin ningún otro alimento ni bebida?	SI	NO X
6.24. ¿Conocen las madres la forma de iniciar la alimentación complementaria adecuada con lactancia	SI	NO X

¹³ Estas acciones se consideran violatorias del Código Internacional de comercialización de sucedáneos y de la norma nacional que lo reglamenta – Por lo tanto la respuesta NO indica el cumplimiento de la Norma.

materna hasta los dos años y más, y las pautas de la alimentación perceptiva ¹⁴ a partir de los 6 meses de edad de sus hijas o hijos?		
6.25. Las madres, padres y cuidadores conocen los factores de riesgo y la forma de identificar la malnutrición en la población menor de 2 años?	SI	NO X

¹⁴ Alimentación Perceptiva: "Significa aplicar los principios de cuidado psico-social, en la alimentación así: a) alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; b) alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos; c) si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer; d) minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente; e) recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual". Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, OPS, Washington DC, 2003.

PASO 7.

7.1. ¿Cuenta la institución con un mecanismo verificable para favorecer el alojamiento conjunto de la madre y su niña o niño recién nacido?	SI X	NO	
7.2. ¿Favorece la institución el alojamiento conjunto de madres, niñas y niños, aún en casos de hospitalización de ellas o de sus hijos/as?	SI X	NO	
7.3. ¿El personal de salud de consulta externa, pediatría, salas de lactancia, urgencias y demás servicios que atienden madres, niños y niñas, conoce la importancia del alojamiento conjunto madre- hijos/as?	SI X	NO	
7.4. ¿El personal de salud de consulta externa, pediatría, urgencias y demás servicios que atienden madres, niños y niñas, enseña a las usuarias y usuarios sobre su derecho a permanecer junto a sus hijos e hijas en caso de hospitalización?	SI X	NO	
7.5. ¿Cuenta la institución con estrategias de información y educación para que la familia participe en el cuidado y alimentación de los recién nacidos y lactantes?	SI	NO X	
7.6. ¿Permite la institución la presencia sin restricciones de la madre, del padre o de un familiar en caso de la hospitalización de niños y niñas?	SI	NO	NA X
7.7. ¿Tiene la institución horarios flexibles para permitir que la madre o el padre acompañen a sus hijos e hijas en la unidad de cuidado intensivo neonatal o de recién nacidos?	SI	NO	NA X
7.8. ¿El personal de salud pone especial atención en capacitar y educa a los padres sobre la importancia de su participación en el cuidado y la crianza de sus hijas e hijos?	SI	NO X	NA
7.9. ¿Tiene la institución mecanismos incluidos en los parámetros de calidad que favorezcan condiciones de comodidad a las madres o acompañantes de las niñas y niños hospitalizados?	SI	NO	NA X
7.10. ¿Conocen las madres, padres y familiares la importancia del alojamiento conjunto madre- hijo/a para favorecer el vínculo afectivo y la lactancia materna a libre demanda de día y de noche, sin horarios ni restricciones?	SI	NO X	NA
7.11. ¿Conocen las madres su derecho a permanecer con su hijo/a en caso de hospitalización o cuando	SI	NO X	NA

están en observación?			
-----------------------	--	--	--

PASO 8.

8.1. ¿Aplica la institución las normas técnicas y guías de atención de crecimiento y desarrollo y aplica un protocolo de atención en la consulta externa para favorecer el desarrollo infantil temprano de las niñas y los niños menores de 6 años?	SI	NO X	
8.2. ¿Tiene la institución estrategias para garantizar el control periódico de crecimiento y desarrollo de todos los niños y niñas menores de 6 años?	SI	NO X	
8.3. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido de coordinación con el ente de salud correspondiente y las aseguradoras que permita a las niñas y niños con alteraciones en su estado nutricional (malnutrición, anemia) recibir intervención integral oportuna hasta lograr su recuperación?	SI	NO X	
8.4. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido de coordinación con el ente territorial correspondiente y las aseguradoras que permita a las niñas y niños víctimas o en riesgo de maltrato recibir atención integral oportuna?	SI	NO X	
8.5. ¿Durante los controles y las consultas de niños y niñas menores de seis años se hace seguimiento dinámico y sistemático del crecimiento y desarrollo según los estándares adoptados por el país y el marco de la política pública de primera infancia?	SI	NO X	
8.6. ¿El personal de salud encargado de la atención de niñas y niños explica a las madres, padres y cuidadoras/es cómo evoluciona el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de acuerdo con los estándares adoptados por el país?	SI	NO X	
8.7. ¿Durante los controles de crecimiento y desarrollo y/o las consultas de niños y niñas se hace seguimiento al registro civil, ambientes propicios para el desarrollo como ambiente sano y prevención de accidentes, entre otros?	SI	NO X	
8.8. ¿Durante el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas el personal de salud brinda educación a las madres, padres y cuidadores/as sobre factores protectores para la salud y nutrición, y en especial sobre pautas y prácticas de crianza que	SI	NO X	

favorecen el desarrollo infantil temprano. Como por ejemplo: En salud, recomendaciones sobre vacunación, salud bucal, higiene y prevención de accidentes; en nutrición, amamantamiento, recomendaciones para la lactancia materna exitosa y la alimentación complementaria adecuada, la práctica intencional de interacciones positivas con las niñas y niños como acariciarlos, importancia del masaje infantil, hablarles, leerles cuentos y acompañarlos en los juegos?			
8.9. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas orienta a las madres, padres y cuidadores/as sobre cuándo y cómo iniciar la alimentación complementaria adecuada garantizando la continuidad del amamantamiento hasta los dos años y más?	SI	NO X	
8.10. ¿Durante los controles de crecimiento y desarrollo y/o las consultas de niños y niñas menores de seis años se detectan oportunamente las alteraciones del crecimiento y desarrollo, se remite inmediatamente para su intervención oportuna y se hace seguimiento a esa remisión?	SI	NO X	
8.11. ¿Durante el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas se orienta a las madres, padres y cuidadores sobre las desventajas de la utilización del chupo y el biberón y se brinda ayuda especial para las familias que los utilizan, permitiéndoles tomar decisiones informadas?	SI	NO X	
8.12. ¿En el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niñas y niños se pone especial atención a la desparasitación periódica y a la suplementación con micronutrientes?	SI	NO X	
8.13. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas conoce y aplica las Guías Alimentarias para la población Colombiana ¹⁵ ?	SI	NO X	
8.14. ¿En la consulta de control de crecimiento y desarrollo del niño sano o en otras consultas de pediatría, se evalúa la alimentación y en caso de ser diagnosticados con anemia o desnutrición se remiten para su intervención oportuna, se hace seguimiento del	SI	NO X	

¹⁵ Las Guías Alimentarias para la población colombiana son: Para Gestantes y madres en periodo de lactancia, para niñas y niños menores de 2 años y para las niñas y los niños mayores de 2 años.

caso y se registra en la historia clínica?			
8.15. ¿En la consulta de control de crecimiento y desarrollo del niño sano o en otras consultas de lactantes y niñas y niños pequeños, se explica a las madres, padres y cuidadores/as la importancia de llevar a los niños y niñas a consulta de salud bucal, se les remite a ella y se hace seguimiento de su participación en la misma?	SI	NO X	
8.16. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niñas y niños, proporciona apoyo especial a aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad como hijas e hijos de adolescentes, de familias en pobreza extrema, violencia intrafamiliar, madres cabeza de familia, desplazamiento, discapacidad, prematuridad, niños y niñas con bajo peso al nacer o con afectación por VIH-SIDA, entre otros ¹⁶ ?	SI	NO X	
8.17. ¿En casos de enfermedad de las niñas y los niños menores de 6 años, el personal de salud que atiende servicios dirigidos a la primera infancia (consulta externa, urgencias, hospitalización, salas de lactancia, vacunación, consulta de pediatría y crecimiento y desarrollo), brinda información oportuna y sencilla a las madres, padres y cuidadores sobre cómo tratar la enfermedad, la importancia de incrementar la frecuencia de alimentación durante la convalecencia manteniendo interacciones positivas como caricias, juego, lectura y cantos? complementaria sin suspender la lactancia materna y mantener las actividades de estimulación, incluyendo el juego y la continuidad de la educación inicial entre otros?	SI	NO X	
8.18. ¿Durante el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas se revisa y diligencia sistemáticamente el carné de salud infantil?	SI	NO X	
8.19. ¿La institución cuenta con mecanismos verificables para hacer seguimiento de la adherencia a las recomendaciones y educación impartida sobre la salud y nutrición infantil en el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas?	SI	NO X	
8.20. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y	SI	NO X	

¹⁶ Op. Cit. Pág 80.

niñas informa a madres, padres y familiares acerca de los mecanismos institucionales para continuar brindando atención a sus hijas e hijos o para la remisión a otros centros?			
8.21. ¿Conocen y pueden informar las madres, padres y familiares que asisten con las niñas y los niños al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas, aspectos básicos sobre factores protectores para la salud y nutrición, y en especial sobre pautas y prácticas de crianza que favorecen el desarrollo infantil temprano. Como por ejemplo: En salud, recomendaciones sobre vacunación, salud bucal, higiene y prevención de accidentes; en nutrición, recomendaciones para la lactancia materna exitosa y la alimentación complementaria adecuada, y en educación inicial, la práctica intencional de interacciones positivas con las niñas y niños como acariciarlos, hablarles, leerles cuentos y acompañarlos en los juegos?	SI	NO X	
8.22. ¿Conocen y pueden demostrar las madres que asisten con las y los recién nacidos al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas la técnica para amamantar: posición, agarre, succión efectiva; la extracción manual de la leche materna y la técnica de conservación y ofrecimiento con taza y cuchara de la misma?	SI	NO X	
8.23. ¿Conocen las madres, padres y familiares que asisten con las niñas y los niños al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas específicamente sobre cuándo y cómo iniciar la alimentación complementaria adecuada para garantizar la continuidad del amamantamiento hasta los dos años y más?	SI	NO X	
8.24. ¿Las madres, padres y familiares que asisten con las niñas y los niños al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas conocen sobre la existencia de redes/grupos institucionales y comunitarios de apoyo para el cuidado de niñas y niños en el hogar y en la comunidad y saben cómo contactarse con ellos?	SI	NO X	
8.25. ¿Todos los niños y niñas menores de 6 años que son llevados a consulta externa o urgencias son valorados en forma integral, con los parámetros e instrumentos de la estrategia de AIEPI Clínico?	SI	NO X	

PASO 9.

9.1. ¿El personal de salud recibe capacitación en los principios básicos de derechos humanos, y los aplica en forma práctica durante la prestación de la atención, en el marco de la implementación o sostenimiento de la estrategia IAMI?	SI	NO X	
9.2. ¿El personal de salud tiene una actitud positiva para escuchar las preguntas y percibir las necesidades de madres e hijos/as les brinda información clara, veraz y objetiva para facilitarles la toma de decisiones y se asegura de que sus respuestas fueron comprendidas?	SI	NO X	
9.3. ¿El personal de salud, brinda ayuda efectiva a las madres, niñas y niños para que puedan recuperar y mantener su salud y bienestar?	SI	NO X	
9.4. ¿El personal de salud brinda atención oportuna, cálida y eficaz a las mujeres víctimas de violencia física, psicológica o sexual?	SI X	NO	
9.5. ¿El personal administrativo conoce los mecanismos de atención a las mujeres víctimas de violencia y les da atención preferencial poniéndolas en contacto inmediato con el personal responsable de dicho procedimiento?	SI X	NO	
9.6. ¿El personal de salud presta atención especial a las mujeres que presentan algún tipo de discapacidad sea física, cognitiva o sensorial para asegurar la no discriminación y el disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos?	SI	NO X	
9.7. ¿El personal de la institución en su totalidad porta su carné, se identifica y mantiene una actitud amable y respetuosa frente a las y los usuarios, acompañantes y visitantes?	SI X	NO	
9.8. ¿Los servicios de la institución están debidamente iluminados, aireados y señalizados y las informaciones están escritas en lenguaje sencillo y comprensible para todas las personas?	SI	NO X	
9.9. ¿Tiene la institución dotación básica (sillas suficientes, sistema de asignación de turnos, baños adecuados, papeleras, puesto de información, servicios para facilitar el lavado de manos) para garantizar la	SI X	NO	

comodidad en salas de espera, servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias?			
9.10. ¿Dispone la institución de mecanismos que faciliten el acompañamiento de los padres y madres a las niñas y niños hospitalizados?	SI	NO	X
9.11. ¿Cuenta la institución con espacios adecuados para promover el derecho de las niñas y niños al juego en salas de espera y/o en las áreas de hospitalización?	SI	NO	X
9.12. ¿Ha creado la institución mecanismos que faciliten la entrega oportuna, preferencial y no discriminatoria, de servicios a gestantes, madres, niñas y niños?	SI X	NO	
9.13. ¿Tiene la institución un protocolo de información con orientaciones básicas para las familias, que facilite los trámites administrativos y evite barreras innecesarias a la atención?	SI	NO	X
9.14. ¿El personal de salud dispone de material propio, que no hace alusión a ninguna empresa en especial, para su uso con las usuarias y usuarios (rotafolios, afiches, modelos de bebés, de glándulas mamarias, de tazas, curvas de crecimiento, tallímetros, hojas de prescripción médica entre otros)?	SI	NO X	
9.15. ¿La institución dispone de un salón cómodo, dotado de equipos audiovisuales (como VHS, DVD; video beam, proyector u otro), material audiovisual (videos, diapositivas, acetatos, otros), para utilizar en las actividades grupales de promoción de la salud, la lactancia materna y de la nutrición?	SI X	NO	
9.16. ¿En su relación con las madres, niñas, niños y familiares, el personal de salud utiliza lenguaje y prácticas no sexistas, evitando discriminaciones y exclusiones?	SI X	NO	
9.17. ¿El personal de salud le da explicaciones a las niñas y niños sobre su estado de salud, utilizando un lenguaje apropiado de acuerdo a su edad y condiciones?	SI	NO X	
9.18. ¿El personal de salud informa a las madres, padres, cuidadores e incluso a los mismos niños y niñas sobre los cuidados de la salud y la nutrición teniendo en cuenta su pertenencia étnica y su cultura?	SI	NO X	
9.19. ¿La institución cuenta con servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes y les brinda atención que responde a sus necesidades específicas?	SI X	NO	

9.20. ¿Manifiestan las gestantes, las madres y sus familias que durante la estancia en la institución de salud encontraron condiciones físicas, sociales y afectivas dignas, que las y los hicieron sentir titulares de derechos y no pacientes anónimos?	SI	NO X	
9.21. ¿Consideran las madres, padres y familiares que durante los distintos momentos de atención, el personal de salud orienta y da respuesta oportuna y pertinente a los problemas de salud planteados?	SI	NO X	
9.22. ¿La IPS cuenta con mecanismos efectivos de seguimiento a las remisiones que se hacen de la población materna e infantil atendida?	SI	NO X	
9.23. ¿Las IPS de la red de prestadores hacen contrarreferencia de los casos remitidos? ¿La institución realiza encuestas de calidad para conocer la percepción de la atención por parte de los usuarios y usuarias?	SI	NO X	

PASO 10.

10.1. ¿Cuenta la institución con grupos de apoyo comunitarios y/o institucionales formados y capacitados en temas relacionados con los derechos humanos, la salud y nutrición materna e infantil?	SI X	NO	
10.2. ¿Hay participación de los grupos y/o redes de apoyo en el comité institucional?	SI X	NO	
10.3. ¿Antes de ser dados de alta la madre y el niño o la niña, se informa a las madres y a sus acompañantes acerca de los mecanismos institucionales para que puedan consultar y tener respuesta efectiva en caso de tener problemas con la lactancia materna y con los demás aspectos de salud y nutrición materna e infantil?	SI X	NO	
10.4. ¿Para la capacitación de los grupos de apoyo comunitario en los diferentes temas de salud infantil y nutrición, existe coordinación con las Secretarías de Salud, las IPS, los Grupos Familia, Mujer e Infancia, FAMI, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y otros grupos u organizaciones que trabajen por la primera infancia?	SI X	NO	NA
10.5. ¿En las actividades de capacitación a los grupos de apoyo se contemplan temas como consejería en lactancia materna, pautas y prácticas de crianza en	SI X	NO	

áreas específicas de cuidados como alimentación, salud, hábitos de higiene, estimulación psicoafectiva, lenguaje (sonrisa, llanto, lectura), juego, reposo y sueño?			
10.6. ¿Tienen conocimiento las personas que conforman los grupos de apoyo sobre: pautas y prácticas de crianza en áreas específicas de cuidados como alimentación, salud, hábitos de higiene, estimulación psicoafectiva, lenguaje (sonrisa, llanto, lectura), juego, reposo y descanso?	SI X	NO	
10.7. ¿En el puerperio, antes del alta de la institución y en la consulta postparto se le informa a la madre y a sus acompañantes sobre la existencia de los grupos y/o redes de apoyo y se le remite a ellos?	SI X	NO	NA
10.8. ¿La institución publica el directorio de los grupos de apoyo e informa a las usuarias y usuarios sobre la existencia y funcionamiento de los mismos?	SI X	NO	NA
10.9. ¿Los coordinadores/as de los servicios de enfermería, nutrición, trabajo social, psicología y urgencias confirman que en caso de que la madre acuda a la institución por problemas relacionados con su salud o la de su hija o hijo, es atendida y se le resuelven las dudas efectivamente, y en ningún caso se le devuelve sin atención?	SI X	NO	
10.10. ¿Se hacen con periodicidad actividades de actualización y complementación de la capacitación a los grupos comunitarios y/o institucionales de apoyo?	SI X	NO	
10.11. ¿La institución favorece la integración de los diferentes grupos y/o redes de apoyo institucional y comunitario que implementan otras estrategias o intervenciones (lactancia materna, AIEPI, maternidad saludable, reducción de la transmisión perinatal del VIH y sífilis)?	SI X	NO	
10.12. ¿Cuenta la IPS con mecanismos de apoyo institucional para favorecer los cuidados en salud y nutrición a las madres y sus niñas y niños después de salir de la Institución?	SI X	NO	
10.13. ¿Tiene la institución un mecanismo de seguimiento para apoyar a las madres a su salida del servicio de maternidad? (visitas domiciliarias, promotor de salud, equipos extramurales, seguimientos telefónicos, etc.)?	SI X	NO	
10.14. ¿Conocen las madres, padres y familiares sobre la existencia de los grupos y/o redes de apoyo y la	SI X	NO	

forma de contactarlos?			
10.15. ¿La institución tiene en cuenta las propuestas de los grupos de apoyo comunitario y/o institucional para el mejoramiento de la atención en salud en la IPS?	SI X	NO	
10.16. ¿Los grupos de apoyo conocen los mecanismos de seguimiento para apoyar a las madres a su salida del servicio de maternidad?	SI X	NO	

8. PLANES DE ACCION

Los planes de acción propuestos para la implementación de la estrategia IAMI en el CS Santo Domingo Savio, se presentan en el Anexo 3, en el formato propuesto por la estrategia, el cual incluye cada uno de los ítems de los pasos que no se cumplen y la descripción de las actividades propuestas para cumplir el estándar.

9. DISCUSIÓN

La implementación de un proceso de calidad, debe estar anclada al principio del mejoramiento continuo sea cual sea el proceso a implementar. La construcción de este proceso se hace siguiendo pasos lógicos de desarrollo, ya que si se salta alguno, la organización corre peligro de no aprender y por lo tanto de no mejorar.

Un elemento sustantivo en la implementación es la educación a funcionarios y usuarios de la institución, de allí que, la capacitación debe hacerse más allá de las charlas magistrales y enfocarse en el entrenamiento continuo, definiendo líderes, que acompañen y dirijan, verificando la aplicación y cumplimiento de guías de atención.

La estrategia IAMI, como todo proceso de calidad, requiere de tiempo, lo que explica los plazos amplios que se proponen en el desarrollo de los planes de acción, los cuales permiten ser ajustados según la historia que vaya desarrollando el centro de salud frente a la estrategia. En primer momento no se obtendrán mejoras, pero a futuro el aumento en el nivel de satisfacción de los usuarios, será evidente, así como la competitividad en el mercado, la disminución de los costos de la mala calidad y los re procesos, por otro lado el aumento de la productividad y a largo plazo el aumento de utilidades, son otros resultados a esperar.

El personal de la institución verá desempeño superior por los liderazgos que hay que asumir, habrá mayor compromiso por la calidad y la comunicación será mejor, ya que el conocimiento será de todos y el equipo de trabajo se puede consolidar, mejorando así el clima laboral, ideal para la atención materno infantil.

Para la ESE Metrosalud, como principal prestador de servicios de salud y la única opción para la población más vulnerable del municipio de Medellín, es más que obligatorio implementar estrategias como el IAMI, que si bien no es nueva, su desarrollo en la ciudad no ha sido muy amplio, pero ha comprobado su efectividad en países y en ciudades de Colombia donde se ha implementado. Tomar la estrategia IAMI y desplegarla como un proceso de calidad, hace que la institución se comprometa con la salud de madres y niños asegurando un mejor futuro, saludable y con mejores niveles de educación en prácticas de vida saludable. El desarrollo de la estrategia con los pasos del modelo elegido para la implementación y propuesto en el presente trabajo, es fácil y lógico, porque recorre en orden la institución ya que se visualiza el proceso y en este caso la

estrategia como un compromiso que inicia desde una política Gerencial, que perdurará en el tiempo, y que genera cambios favorecedores al establecer los pasos de la estrategia, pasando por cambio de mentalidad de los funcionarios y llegando a las redes sociales y de apoyo para una infancia y maternidad integral, enfocada en el desarrollo de niños saludables y padres o cuidadores educados.

10. CONCLUSIONES

- Para la obtención de la información requerida en diagnóstico inicial, se dificultó, por que el acceso a los datos del sistema informativo, no son fáciles y solo pueden obtenerse por funcionarios con código de autorización, por lo que se tomaron de informes en bases de datos en Excel especialmente, diseñados por los funcionarios del centro de salud. Lo que hace concluir que el sistema de información requiere ser mejorado en toda la institución.
- A partir de la obtención de la información solicitada por los instrumentos dados por los lineamientos de la estrategia, se plantean varias oportunidades de mejora, como la necesidad de diseñar instrumentos de recolección de información, para el seguimiento a los avances de planes de acción que se presentan.
- El registro de referencia y contra referencia, en el servicio de hospitalización y urgencias, es bien llevado, pero en consulta externa en el control prenatal solo hay un registro de las remisiones, sin seguimiento a si la paciente asistió o no. Por otro lado no hay control de las contra referencias, que es un obligación de las instituciones a las que se remite.
- Se presentaron varias dificultades para recolectar toda la información, las cuales fueron: No hay seguimiento a la puntualidad de atención o a los tiempos de espera de las embarazadas en el control prenatal, pero si se puede rastrear la oportunidad de la atención en urgencias, el control posparto no es muy consistente y no hay control del procedimiento, lo que se evidencia con cifras fluctuantes en el trimestre analizado además la revisión del recién nacido las primeras 72 horas no se cumple; no hay un procedimiento escrito para la asignación de citas de revisión o ingreso a programas de promoción y prevención a la maternas dadas de alta, lo que no permite integrar los programas de planificación, crecimiento y desarrollo con la familia posparto. La información acerca de lactancia materna, fue necesario obtenerla por entrevista telefónica, la cual se dificultó porque, una parte de las historias clínicas tenía números telefónicos errados, o desactualizados y no hay registro en las mismas al alta y en los escasos controles postparto de la descripción de la alimentación del recién nacido, así como tampoco de problemas relacionados con la lactancia que hayan tenido las madres, lo cual no quiere decir que no existan, si no que, no se hace búsqueda activa.
- El enlace de la estrategia con crecimiento y desarrollo es AIEPI, pero este programa no está implementado en el centro de salud.

- Los datos de crecimiento y desarrollo son casi nulos, con una oportunidad de asignación de citas, su óptima. Hay falta de espacio y de personal, no hay instrumentos de atención, y los registros de desnutrición son poco fiables, así como la ausencia de guías de detección y manejo específico de alteraciones de la nutrición.
- Los instrumentos que proporcionan los lineamientos, son de fácil aplicación para cualquier institución que atienda población materno infantil, por lo tanto la estrategia es posible de aplicar.
- Gran parte del desarrollo de los pasos se centra en la educación, capacitación y entrenamiento inicialmente del personal de la institución y a su vez de la familia gestante, con el propósito que la estrategia tenga éxito. Por lo que es importante el diseño y establecimiento de un programa continuado de capacitación para el desarrollo de competencias en lactancia materna inicialmente y en atención integral de la madre, el recién nacido, las familias y los niños.
- El paso 10 se cumple en su totalidad, ya que la Alcaldía ha desarrollado el programa Buen Comienzo Había una Vez que trabaja para que las madres tengan, desde el primer trimestre de gestación, citas de seguimiento y control cada 15 días. Durante el embarazo las mujeres reciben un complemento nutricional, además de encuentros educativos donde, en compañía de sus familias, aprenden la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de los niños. Después del parto, las madres siguen recibiendo capacitación, citas de control, complementación nutricional y la posibilidad de participar en las Salas de Desarrollo Infantil, unos espacios adecuados en la Red de Unidades Hospitalarias de Metrosalud donde las mamás y las familias pueden jugar con sus hijos y estimular su desarrollo físico y cognitivo.

11. RECOMEDACIONES

- Fortalecer el sistema de información de la ESE Metrosalud, para centralizar una sola fuente de datos, que permita la obtención de datos de manera ágil, fácil y en tiempo real, ya que así el monitoreo a los avances de la implementación de la estrategia IAMI como proceso de calidad será objetivo y con datos confiables.
- Centralizar los instrumentos de registros para facilitar el seguimiento a los pacientes remitidos a otras instituciones, verificando la oportunidad de la atención y los lineamientos de contra referencia.
- Diseñar indicadores, de seguimiento a la estrategia, incluyendo fichas técnicas completas, que garanticen la fiabilidad de la información suministrada por el indicador.
- Implementar el uso de guías de manejo de las altas hospitalarias, para integrar a las pacientes a los diferentes programas de promoción y prevención de la atención materno infantil, incluyendo específicamente la educación y verificación de comprensión acerca de la lactancia materna y esquema de nutrición infantil así como mecanismos de seguimiento ambulatorio, de su correcta aplicación.
- Implementar la atención de los menores de 6 años con la aplicación de los instrumentos AIEPI, permitiendo así integrar la estrategia y comenzar a tener datos y control del programa de crecimiento y desarrollo, para poder mejorarlo.
- El diseño de un programa de capacitación y entrenamiento continuado para el personal, líderes y familias, debe ser el insumo más grande de la estrategia, ya que la mayoría de los pasos incluye la verificación de conocimientos acerca de lactancia, nutrición y ambientes saludables para el desarrollo de los niños. La institución se debe comprometer a brindar espacios y tiempos de capacitación así como de verificación permanente a su cumplimiento, lo que permitirá, el avance en los pasos a cumplir de la estrategia.
- Fortalecer la integración con las redes sociales existentes y especialmente con el programa buen comienzo, para la verificación y mejoramiento, específicamente del paso 10 de la estrategia.

12. BIBLIOGRAFIA

1. METROSALUD [Internet]. Available from:
http://www.metrosalud.gov.co/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=4&Itemid=28
2. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. 2004 Jul 29;
3. Dwork D. War is good for babies and other young children. Londres: Travistock; 1987.
4. ungerer R. Uma revisaohistorica sobre a crianca e o alojamento conjunto mae-filho. Rio de janeiro: Papel virtual editora; 2000.
5. Bynun W, Porter R, editores. Companion encyclopedia of history of medicina. Londres y Nueva York: 1993.
6. NACIONES UNIDAS. Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de las naciones Unidas. 1948.
7. Organizacion Mundial de la Salud. Constitucion de la Organización Mundial de la Salud. 1948.
8. Walsh J, Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. New England Journal of Medicine. 1979;301:967–974.
9. mahler H. The Safe Motherhood Initiative: a call to action. Lancet. 1987;(1):668–670.
10. NACIONES UNIDAS. Informe del Milenio del Secretario General de las Naciones Unidas. Nueva York [Internet]. [cited 2010 Feb 13];Available from: <http://www.un.org/millennium/sg/report/>
11. NACIONES UNIDAS. Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas. Resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas [Internet]. 2000;Available from:

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>

12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. 2004;
13. Acostoa A, Kattah F. Hacia la construcción de una política pública de niñez y adolescencia. 2003 Mar;
14. Gaitán H. El instituto materno infantil y los planes de reducción de la mortalidad materna: un reto para el sistema de seguridad social en salud. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2005 Jun;56(2):113-115.
15. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 4690. Comisión Intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por grupos organizados al margen de la ley. 2007 Dic 3;
16. Asamblea General de Naciones Unidas U. Convención de los derechos del niño, 1989 Nov 20;
17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural. 1998;
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, UNICEF. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, . Protección, Promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. 1989;
19. PROINAPSA-UIS. Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el marco de los derechos Manual para su aplicación. 2005 Abr;
20. UNICEF, MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, BIENESTAR FAMILIAR. Plan Decenal para la Promoción y apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008. 1998;
21. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad. 2006.
22. anderson roos J. Documento Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de servicios de salud Santa Fe de Bogotá Colombia. 1997;
23. Martinez Tamariz JR. Manual de implantación de un proceso de mejoramiento de la calidad. Primera edicion. Mexico: Panorama Editorial; 1997.

24. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA U.
Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI- Lineamientos. 2010 Feb;