

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DIFERENCIAL PARA LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS PARA LA POBLACIÓN MATERNA EN
EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.**



BEATRIZ ELENA ANACONA ZEMANATE

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
SANTIAGO DE CALI
2017**

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DIFERENCIAL PARA LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS PARA LA POBLACIÓN MATERNA EN
EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.**

BEATRIZ ELENA ANACONA ZEMANATE

**Trabajo de grado para optar el título de: Magister en Gerencia para la
Innovación Social**

**ASESOR
YOSETH ARIZA ARAÚJO. M.SC.**

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
SANTIAGO DE CALI
2017**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a DIOS por permitirme la vida, a mis padres y familiares por el apoyo incondicional y permanente.

Al profesor YOSETH ARIZA ARAÚJO, por su orientación y seguimiento en el desarrollo de la investigación.

A la universidad ICESI por brindarme el conocimiento y las herramientas necesarias para ejecutar el trabajo

Al Hospital Susana López de Valencia ESE por facilitarme la información y los escenarios de investigación.

Infinitas gracias a Ninza Escobar, Diego Toledo y William Pungo por sus aportes en la construcción de este proyecto de vida.

RESUMEN

La mortalidad materna se ha constituido en un problema social y de salud pública, que preocupa a todos los países a nivel mundial, generado por múltiples factores que reflejan las inequidades en el logro de un estado de completo bienestar físico, mental y social para las gestantes. Si bien la tasa de mortalidad materna en Colombia ha tenido un descenso significativo a través del tiempo, entre el año 2000 y 2015, el departamento del Cauca revela una tasa de 75 por cada 100.000 nacidos vivos, valor que se encuentra por encima del promedio nacional.

Esta situación deja en evidencia la necesidad de intervenciones innovadoras en el sector de la salud, para la búsqueda de soluciones novedosas que fortalezcan la atención, por ello surge el interés de diseñar la estrategia Susana, Tejiendo redes de vida` la cual está dirigida a la generación de mejores condiciones de salud para las gestantes del departamento del Cauca, inicia con la caracterización del servicio de Urgencias obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE, continua con la priorización de las áreas potenciales de intervención y finaliza con el diseño participativo de expertos y usuarias, de mecanismos de transformación enfocado en la integración del cuidado asistencial de la población materna.

La estrategia se alinea con los objetivos de desarrollo sostenible descritos en la agenda 2030, se articula con la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, se integra con las metas del plan de desarrollo departamental, Cauca territorio de paz y con los objetivos de desarrollo del Hospital.

Palabras claves: Población materna, Tasa de mortalidad materna, Urgencias, redes integradas, atención en salud.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Descripción General del Problema.....	12
1.2 Formulación del Problema	13
2 ESTADO DEL ARTE	14
2.1 Enfoque de Derechos	14
2.2 Enfoque de desarrollo	17
3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	22
3.1 Objetivo General	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4 MARCO TEÓRICO	23
4.1 Marco Conceptual	23
4.1.1 Generalidades	23
4.1.2 Conceptos.	26
4.2 Marco Legal	30
4.3 Marco Institucional	34
4.3.1 Reseña histórica.....	34
4.3.2 Plataforma estratégica.....	36
4.3.3 Servicios.....	39
4.3.4 Características del servicio de urgencias obstétricas.....	39
4.3.5 Personal del servicio.	40
4.3.6 Ubicación.....	40
4.3.7 Perfil Epidemiológico del Hospital Susana López de Valencia ESE	40
4.3.8 Perfil sociodemográfico del hospital Susana López de Valencia ESE.	41
4.3.9 Procedencia de la población atendida en el hospital Susana López de Valencia E.S.E.....	42
4.3.10 Municipios de donde consultan.	43
4.3.11 Escolaridad.....	43
4.3.12 Vivienda.....	44
4.3.13 Ingresos por familia	45
5 METODOLOGÍA	46
5.1 Descripción Del Contexto.....	46
5.2 Tipo De Estudio	46
5.3 Población Objeto De Estudio	46
5.4 Descripción de las Herramientas Metodológicas	47
5.4.1 Herramienta cuantitativa.....	47
5.4.2 Herramienta cualitativa.....	47
6 CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.....	49

6.1	Caracterización Cuantitativa	49
6.2	Análisis de Datos	50
6.2.1	Conclusiones del análisis cuantitativo	64
6.3	Caracterización Cualitativa	65
6.3.1	Resultados de las entrevistas.....	66
6.3.2	Conclusiones del análisis cualitativo.	70
7	PRIORIZACIÓN DE ÁREAS A INTERVENIR.....	71
8	ESTRATEGIA DIFERENCIAL PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS PARA LA POBLACIÓN MATERNA EN EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E	76
8.1	Descripción	76
8.2	Presentación de la Estrategia	76
8.3	Componentes de la Estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida.....	79
8.4	Indicadores de la Estrategia Susana, Tejiendo Redes de Vida	92
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	93

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de población por municipio del departamento del cauca.....	53
Tabla 2. Diagnósticos Cie 10 Agrupados	61
Tabla 3. MATRIZ DE PRIORIZACION.....	73
Tabla 4. Descripción de ambientes hospitalarios.....	89

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diferencia relativa rural	25
Figura 2. Plan decenal de salud pública	25
Figura 3. Misión y Visión del HSLV ESE.....	37
Figura 4. Valores HSLV	37
Figura 5. Modelo de operación y mapa de procesos	38
Figura 6. Morbilidad por eventos según CIE-10 -Consulta externa Hospital Susana López de Valencia ESE	40
Figura 7. Morbilidad por eventos según CIE-10.- Urgencias Hospital Susana López de Valencia ESE	41
Figura 8. Pirámide Población Hospital Susana López de Valencia ESE 2016	42
Figura 9. Población	42
Figura 10. Origen de la población atendida	43
Figura 11. Escolaridad	43
Figura 12. Número de Hijos	44
Figura 13. Tipo Vivienda	45
Figura 14. Tipo de empleo	45
Figura 15. Mapa de georreferenciación de pacientes maternas remitidas al HSLV ESE por departamento.....	51
Figura 16. Mapa de georreferenciación por municipios de pacientes maternas remitidas al HSLV ESE por municipio.	52
Figura 17. Zona de procedencia	54
Figura 18. Estrato	55
Figura 19. Estado civil.....	55
Figura 20. Afiliación al sistema general de seguridad social en salud	56
Figura 21. Afiliación a EPS	57
Figura 22. Edades de la población materna	58
Figura 23. Grupo de edades	58
Figura 24. Diagnósticos frecuentes.....	59
Figura 25. Diagnósticos agrupados	60
Figura 26. Clasificación del Triage.....	62
Figura 27. Afiliación	63
Figura 28. Clasificación de triage.....	63
Figura 29. Resultado de priorización de áreas a intervenir.	75
Figura 30. Principales áreas a intervenir.....	78
Figura 31. Estrategia: Susana, Tejiendo redes de vida.	78
Figura 32. Mapa de red de atención materna, Municipio de Popayán	81

SIGLAS

OMS: Organización mundial de la salud
MM: Mortalidad materna
SP: Salud pública
SSU: Servicios de salud de urgencias
PM: Población materna
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
TMM: Tasa de mortalidad materna
PIDESC Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
ONU Organización Naciones Unidas
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SM: Salud Materna
POS: Plan Obligatorio de Servicios de Salud
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
GBM: Grupo del Banco Mundial
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
IPM: Índice de Pobreza Multidimensional
RMM: Razón de la mortalidad materna
PDSPC :Plan decenal de salud pública para Colombia
ODS: Objetivos de desarrollo sostenible
VIH: virus de la inmunodeficiencia humana
CIE: Clasificación estadística internacional de enfermedades
MPS: Ministerio de la Protección social
PARS: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
APS: Atención Primaria en Salud
PDSP: Plan decenal de salud pública
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
UPC :Unidad de pago por capitación
SOGCS: Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud
ESE: Empresa Social del Estado
UMI: Unidad Materno Infantil
ICONTEC: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud
UCI: Unidad de cuidados intensivos Neonatal
PNB: Producto nacional bruto
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
IAMI: Institución Amiga de la Mujer y la Infancia
RIPSS: Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
BID: Banco Interamericano de Desarrollo

INTRODUCCIÓN

La morbilidad y mortalidad materna son problemas de salud pública que preocupan a todos los países a nivel mundial y no solo a los que se encuentran en vía de desarrollo, se han convertido en temas de gran interés en las agendas públicas de los gobiernos así como también fueron incluidos en la agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible, en los cuales se propone una disminución de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.(NU.CEPAL, 2016).

Según la organización mundial de la salud, la mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto; para el año 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres por esta causa siendo esta problemática social más frecuente en países de ingresos bajos, con el agravante que la mayoría de ellas podrían haberse evitado (achieving the 2030 target During the course of the MDG era the global, 2016).

Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles en la calidad de vida de los habitantes de una región; cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores que reflejan las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres, se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria (Centro de prensa de la OMS, 2016). Al igual que en muchos países, en Colombia hay grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica.(Situaci y Salud, 2015).

Según el análisis de la situación en Salud en Colombia del año 2015 (Situaci & Salud, 2015) la mortalidad materna ha tenido un descenso significativo a través del tiempo, entre el año 2000 y 2015 la razón pasó de 104,9 a 60 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo el departamento del Cauca revela una tasa de mortalidad materna de 75 por cada 100.000 nv a 2015, (Hospital Susana López de Valencia, 2017) valor que se encuentra por encima del promedio nacional, situación que deja al descubierto la necesidad de intervenciones innovadoras en el sector de la salud y desde la institucionalidad pública de los diferentes territorios que fortalezcan la atención integral de la salud materna.

Garantizar la salud de la población gestante es un tema de gran interés regional que hace parte del plan de desarrollo 2016 – 2019 Cauca territorio de paz, (Desarrollo, 2016), cuya meta esta es disminuir a 72 X 100.000 nacidos vivos la razón de la mortalidad materna evitable. Este escenario abre las puertas a la innovación social, tema relevante en Colombia, que empieza a situarse en la

agenda pública y en iniciativas lideradas por instituciones, como mecanismos para buscar y desarrollar soluciones novedosas a los problemas sociales que afectan negativamente las condiciones de vida de la población.(Villa y Melo, 2015).

La OMS como estrategia para reducir la mortalidad materna prevenible, orienta las acciones de los asociados en resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal, en el acceso a ellos y en lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral, (World Health Organization, 2014). Con lo anterior surge el interés de diseñar una estrategia diferencial para la prestación de servicios de salud de urgencias para la población materna en el Hospital Susana López de Valencia ESE, Institución prestadora de servicios de salud de naturaleza pública de departamento del Cauca, centro de referencia hospitalaria en el sur occidente Colombiano e institución amiga de la mujer y la infancia.

La estrategia tiene como nombre Susana, Tejiendo redes de vida` y está dirigida a la generación de mejores condiciones de salud para las gestantes del departamento del Cauca, inicia con la caracterización de la atención del servicio de Urgencias obstétricas, de la institución, continua con la priorización de las áreas potenciales de intervención y finaliza con el diseño participativo de expertos y usuarias, de mecanismos de transformación del modelo de atención en salud hacia uno que integre el cuidado asistencial de la población materna, mejore la eficiencia en la prestación de servicios y dignifique a la gestante.

La estrategia corresponde a un modelo de innovación social en el sector de la salud, se alinea con los objetivos de desarrollo sostenible descritos en la agenda 2030,y está articulada con la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, (Salud et al., 2016); orientando las acciones hacia la garantía del derecho a la salud; adoptando una serie de herramientas diferenciales que contribuyen a brindar mejores condiciones de accesibilidad, oportunidad, para la población materna desde la particularidad del territorio caucano.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción General del Problema

Según la organización mundial de la salud cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto y el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en vía de desarrollo, este fenómeno se presenta con más frecuencia en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. (Centro de prensa de la OMS, 2016). Estos datos son congruentes con las cifras reveladas en el análisis de la situación en Salud en Colombia del año 2015 (Situación y Salud, 2015) el cual describe una tasa de mortalidad materna de 60 por 100.000 nacidos vivos y revela que en el país la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente, con grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica.

El departamento del Cauca también refleja una reducción de la razón de Mortalidad Materna en los últimos, para el año 2014 fue de 100 por 100.000 nacidos vivos, con una disminución a 75 x100.000nv en el 2015, (Gobernación del Cauca, 2016) cifra que se encuentra por encima del promedio nacional. Sin embargo el boletín de maternidad segura del Hospital Susana López de Valencia E.S.E del año 2016, revela que en la semana 48 del mismo año se habían presentado 569 eventos de Morbilidad materna extrema y 14 casos de muertes maternas para el mismo periodo, que se traducían en una tasa de 80,4 muertes maternas por 100.000 nv (Hospital Susana López de Valencia ESE, 2016).

De los 14 casos de muerte materna dos de ellos se presentaron en el Hospital Susana López de Valencia ESE, después de no presentarse dicho evento por más de diez años. Los casos fueron analizados y se determinó que no estaban relacionados con deficiencias institucionales o falta de competencia médica sin embargo se evidenciaron factores de riesgo que requerían intervenciones inmediatas tendientes a fortalecer la prestación de servicios de salud de la población materna. Estos casos generaron para la institución una razón de mortalidad materna en el segundo semestre 275, 8 por 100.000 nv (Hospital Susana López de Valencia ESE, 2016).

Existen varios factores que incrementan el riesgo de fallas en la prestación de servicios de salud a la población materna en el Hospital Susana López de Valencia ESE, para iniciar se trata de uno de los dos únicos Hospitales públicos de mediana complejidad del departamento y el único en la ciudad capital Popayán, convirtiéndolo en un gran receptor de pacientes gestantes de los Municipios de centro, oriente y sur del departamento y norte de Nariño, especialmente por el servicio de urgencias obstétricas

La demanda de servicios de salud de la población materna por el servicio de Urgencias obstétricas es alta en el año 2016 se atendieron 5674 gestantes y se registraron 9346 atenciones, lo cual indica que muchas de las pacientes re ingresan frecuentemente (Hospital Susana López de Valencia, 2017) . Los registros individuales de prestación de servicios evidencian que un alto número de pacientes consultan por patologías clínicas que pudieron ser atendidos en el primer nivel de atención y están desbordando la capacidad instalada de la institución incrementando el riesgo de incidentes o eventos adversos en la prestación.

Por otra parte se evidencia que el servicio de urgencias obstétricas presenta deficiencias en su entorno físico, al tratarse de una Infraestructura antigua que carece de algunos ambientes hospitalarios propios de la atención de la población gestante, por lo que se convierte en un factor de riesgo potencial, que además de presentar limitaciones a las condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y humanización para la usuarias genera insatisfacción y condiciones poco seguras para esta población.

1.2 Formulación del Problema

El servicio de Urgencias obstétricas del HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E, presenta factores de riesgo en la prestación de servicios de salud a la población materna, que propician la aparición de eventos e incidentes adversos afectando la seguridad de la atención.

2 ESTADO DEL ARTE

2.1 Enfoque de Derechos

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que se entiende por una vida digna, fue proclamado, por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades", (Nicos y Stadnik, 2002).

La declaración universal de derechos humanos, de 1948, menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado, de la misma manera que fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966. (Macarena y Meta, 2010)

En el escenario de los derechos humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos. (Tobergte y Curtis, 2013).

El derecho a la salud, implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud (alimentación, vivienda, agua potable, entre otros). (ONU/OMS, 2008).

La organización mundial de la salud, (ONU/OMS, 2008) describe que el derecho a la salud es inclusivo y comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana, los cuales deberían ser dispuestos por el Estado entre ellos están:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- Alimentos aptos para el consumo;
- Nutrición y vivienda adecuadas;
- Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres;
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- Igualdad de género.

El derecho a la salud comprende algunos derechos, entre los que se encuentran el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales

oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud, derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas, el acceso a medicamentos esenciales, a la salud materna, infantil y reproductiva, el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos, el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud y la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional,(ONU/OMS, 2008).

El derecho a la salud reconoce sujetos y grupos de especial protección, entre los cuales se encuentran los niños y las niñas, las mujeres durante su periodo de embarazo y la maternidad, las víctimas, las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas privadas de la libertad, la misión médica, los cuales incrementan compromisos y particularidades en las acciones.(Montiel, 2000).

La Constitución Política de Colombia en los Artículos 44 y 49, (Constitución Política de Colombia, 1991) contemplan el derecho a la salud como un derecho inherente a la persona, expertos en derecho afirman que fue considerado como un derecho meramente prestacional debido a su ubicación topográfica en dicha constitución y de acuerdo a consideraciones jurisprudenciales de la corte constitucional, fue considerándose como un derecho de doble connotación – fundamental y asistencial.(León y Echavarría, 2011).

No obstante el derecho a la salud en Colombia antes de la ley estatutaria era considerado como fundamental, de acuerdo a lo expresado por la Corte Constitucional por cumplir tres criterios básicos, el tener conexidad con otros derechos fundamentales, cuando está frente a sujetos de especial protección y por su contenido, además se trata de un derecho inherente a la persona humana y por ninguna circunstancia le puede ser arrebatado, con la obligación de todos de respetar los derechos de cada individuo.(Mesa de trabajo de bogotá sobre desplazamiento interno, 2005)

El derecho a la salud se encuentra conectado directamente con los principios constitucionales colombianos por varias razones: por ser Colombia un Estado social de derecho, por contribuir a la materialización de la dignidad humana, por ser un derecho inalienable que en consecuencia goza de primacía, sin discriminación alguna, por ser la Constitución norma de normas y ser el derecho a la salud una disposición constitucional. (León y Echavarría, 2011).

En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la constitución se desarrolla la Ley 100 de 1993,(Ley 100,1993) que, entre otros, estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo es el de regular el servicio público de salud, crear condiciones para el acceso de toda la población al servicio de salud en todos los niveles de atención, cubrir las contingencias de enfermedad general y

maternidad de sus afiliados y beneficiarios y garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, plantea un cambio profundo en el Sistema de Salud imperante en Colombia desde la creación de la Ley 100 de 1993; establece el marco de un nuevo modelo de prestación de servicios que cambia, el modelo de salud en Colombia, concibe la salud como un derecho fundamental de carácter autónomo, es decir sin sujeción o conexidad con otro, y no sólo como un servicio de obligatoria prestación por parte del Estado, Esta ley busca dignificar al ser humano además de incluir el acceso oportuno, aceptable y asequible con la calidad suficiente. Induce al Estado a adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección para el logro de la equidad. (Congreso de la república de Colombia, 2015).

El derecho fundamental de la salud tiene supremacía constitucional sobre normas infraconstitucionales y vincula a todos los poderes del Estado y a los particulares, faculta a las personas para exigir acciones positivas por parte del Estado a favor del mismo. También le prohíbe al Estado realizar acciones negativas que perjudiquen el derecho a la salud de las personas y define al Estado como garante del derecho a la salud y de la materialización progresiva de los bienes y servicios de salud. (León y Echavarría, 2011)

La OMS promueve el derecho a la salud basado en los derechos humanos planteando políticas, estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios (World Health Organization, 2017). Las políticas, estrategias y programas de los aliados se formulan enfocados en el goce del derecho a la salud para todas las personas orientadas a la no discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

Además encaminadas a garantizar la disponibilidad o contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud, que integren la accesibilidad enmarcada en cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación;
- Accesibilidad física;
- Accesibilidad económica (asequibilidad);
- Acceso a la información.

Además del respeto hacia la ética médica y las condiciones culturalmente apropiadas y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital del ser humano, así mismo la integralidad con la calidad en los establecimientos, bienes y servicios de salud desde el punto de vista científico y médico.

La garantía del derecho a la salud es un interés mundial, que se materializa con el cumplimiento de las políticas y agendas de desarrollo, actualmente los estados miembros de la Naciones Unidas adoptaron la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia.(NU.CEPAL, 2016).

Los objetivos de desarrollo sostenible se enfocan en el cumplimiento de derechos incluido el de la salud, el cual se articula con los derechos sexuales y reproductivos los cuales guardan relación directa con otros como la dignidad, la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, y la educación. Dentro de las metas de estos objetivos se encuentra el acceso universal a los derechos reproductivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (Objetivos de desarrollo sostenible, 2015).

En el estado social de derecho Colombiano dentro de los derechos sexuales y reproductivos se han reconocido, el derecho a la intimidad personal; a la igualdad de sexo y género; el respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual; la decisión sobre el número de hijos e hijas; el espaciamiento entre ellos; la libertad para elegir métodos anticonceptivos; el derecho a la información veraz, completa y oportuna; el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo dada por la Sentencia C-355 de 2006 (Corte constitucional, 2006).

2.2 Enfoque de desarrollo

El concepto de desarrollo es tan necesario como impreciso, varios autores coinciden en que éste hace referencia a factores y cambios cualitativos en la vida del hombre y de la sociedad en la que habita, aunque otros se detienen en el aspecto material o cuantitativo del cambio. Se trata de un concepto de constante evolución visto como el avance progresivo de una forma básica o simple a una compleja desde una amplia gama de dimensiones, tanto políticas, sociales, biológicas y económicas (London y Formichella, 2006).

Una de las teorías que fundamenta el concepto de desarrollo al inicio del siglo XX es la marxista, en cuyas premisas esenciales describe al hombre con una

necesidad imperante de satisfacer ciertas necesidades básicas y con la capacidad de usar la imaginación para hacer uso de otros recursos en busca de esa satisfacción a través de relaciones sociales; define a la familia como la primera célula social, las cuales multiplican necesidades de desarrollo y progreso. La necesidad del hombre de salir al mundo a relacionarse entre si conlleva a construir lazos sociales así como la formación de clases sociales, definidas por la posición que ocupan en el sistema de producción y desde ahí empieza a surgir el concepto de distribución desigual del trabajo (Marx y Marx, 1895).

El concepto de desarrollo tiene antecedentes en términos de progreso, entendido como civilización, evolución, riqueza y crecimiento, como lo expone Adam Smith (1776) y luego John Stuart Mill (1848), quienes afirman que la riqueza es el factor indicador de prosperidad o decadencia de las naciones, y definen el avance o retroceso del desarrollo (Valcárcel, 2006).

Joseph Schumpeter, a mediados del siglo XX introduce el concepto de *innovación* como causa del desarrollo y el *empresario innovador* como propiciador de los procesos de innovación y subraya el papel clave de la innovación en el crecimiento económico de los países. Schumpeter considera el proceso de producción como una combinación de fuerzas productivas, que a su vez están compuestas por fuerzas materiales e inmateriales. Las fuerzas materiales las componen los llamados factores originales de la producción como el trabajo, la tierra y el capital y las fuerzas inmateriales las componen los “hechos técnicos” y los “hechos de organización social”, que, al igual que los factores materiales, también condicionan la naturaleza y el nivel del desarrollo (Suárez, 2004).

Desde finales de los años 80 y principios de los 90 ha ido tomando fuerza, a nivel mundial, un nuevo enfoque de desarrollo en franca contradicción con la visión neoliberal y economista que predominó en el mundo después de la II Guerra Mundial. Esta nueva visión de desarrollo tiene su mayor sostén conceptual y filosófico en los planteamientos del economista, Amartya Sen, quien define el desarrollo como un proceso de expansión de las capacidades de los individuos, además afirma que para hablar del desarrollo de una sociedad hay que analizar la vida de quienes la integran, y no podría considerarse que hay éxito económico sin tener en cuenta la vida de los individuos que conforman la comunidad, siendo las capacidades las que simbolizan las posibilidades que tienen los individuos de alcanzar desempeños valiosos, y las define como la potencialidad” o “capacidad para existir o actuar (London y Formichella, 2006).

Existe diferencia en el concepto de capacidad humana y capital humano, los dos centran la atención en el hombre, el capital humano pone mayor énfasis en el rol del ser humano como productor de bienes y servicios, y la capacidad humana centra su atención en la capacidad de los individuos para vivir la vida. Sen se refiere a las capacidades como las libertades fundamentales que pueden poseer los individuos y las define como las diferentes combinaciones de funciones que el

individuo puede conseguir y que le permiten lograr distintos estilos de vida (Sen, 2000).

Las libertades que la gente disfruta dependen también de otros factores determinantes, tales como las instituciones sociales y económicas por ejemplo, las instalaciones para la educación y el cuidado de la salud, así como también los derechos políticos y civiles tales como la libertad de expresión y el derecho a elegir las autoridades públicas (Rodríguez, 2014).

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades de desarrollo que generan motivos para valorar, fundamentadas en la distribución equitativa de medios y servicios y formación eficiente de las capacidades humanas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables, sin estas condiciones sería imposible tomar las riendas de la vida y decidir (Sen, 2002).

La salud tiene algunos determinantes configurados por niveles y centrado en una concepción causal, en el nivel más externo se encuentra el contexto sociopolítico, refiriéndose a aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que influyen los patrones de estratificación social, como: educación, mercado laboral y las instituciones políticas. En un nivel más interior se encuentran los determinantes estructurales, refiriéndose a la educación, el ingreso, cohesión social, género y raza. En un nivel más interno se encuentran los determinantes intermedios que, a su vez, determinan diferencias en el grado de exposición y vulnerabilidad a condiciones que comprometen la salud y directamente al desarrollo, tales como: las condiciones de vida y de trabajo, acceso a los alimentos, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludables.(Peñaranda, 2013).

Este enfoque define el desarrollo como un proceso de ampliación de oportunidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran, esta teoría pone en el centro de sus postulados, la expansión de las libertades y la superación de las privaciones que limitan las posibilidades reales de alcanzar el desarrollo de las personas, entre las principales privaciones de esas libertades están los efectos negativos en la salud que tienen las debilidades del servicio sanitario, así como otros determinantes sociales de ésta (Malloch, 2005). Estas teorías han sido adoptadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través de la elaboración y promoción de los Informes de Desarrollo Humano, basados en este enfoque y utilizando indicadores e instrumentos que conllevan a medir y evaluar los niveles y calidad del desarrollo de los países. Se crea el Índice de desarrollo humano (IDH) el cual integra a las personas y sus capacidades y no solo el crecimiento económico, se convierte en el criterio más importante para evaluar el desarrollo de un país.

El IDH también puede usarse para cuestionar las decisiones normativas nacionales, comparando cómo dos países con el mismo nivel de ingreso nacional bruto (INB) per cápita que obtienen resultados diferentes en materia de desarrollo humano, contrastes que pueden impulsar debates sobre las prioridades normativas de los gobiernos. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016). El IDH es un indicador que sintetiza los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, como, tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno, se expresa en una media geométrica de los índices normalizados de cada una de las tres dimensiones.

Los componentes de salud y educación, no generan duda sobre la conveniencia de introducirlos en el IDH, se discute la idoneidad de la introducción de la renta o el ingreso; para el PNUD este indicador es importante en el desarrollo humano porque permite reflejar las opciones de las personas para satisfacer los bienes y servicios que necesitan sin embargo algunos críticos plantean que no debe incluirse la renta, ya que el desarrollo humano debe tener en cuenta los resultados conseguidos y no los medios (Dubois, 2006).

El desarrollo humano es un proceso encaminado a ampliar las oportunidades de las personas pero también es un objetivo, por lo que constituye a la vez un proceso y un resultado, implica que las personas deben influir en los procesos que determinan sus vidas, bajo este contexto, el crecimiento económico es un medio importante para el logro del desarrollo humano, pero no es el fin. El desarrollo humano es el desarrollo de las personas mediante la creación de capacidades humanas a través de la participación activa en los procesos que determinan sus vidas, y para las personas, mediante la mejora de sus vidas (Malloch, 2000).

Este enfoque de desarrollo ha generado transformaciones importantes en el mundo y ha impulsado al diseño de la agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible los cuales pretende hacer realidad los derechos humanos de todas las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Los Objetivos y las metas son de carácter integrado e indivisible y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental (Asamblea general de naciones unidas, 2011). Dentro de los propósitos de la agenda está la reducción de la tasa de mortalidad materna como enfoque en el avance de cumplimiento de derechos, además de ser un indicador que refleja la realidad frente al grado de desarrollo humano de los países, en regiones con estructuras sociales no equitativas y sistemas de salud débiles.

Finalmente los derechos humanos y el desarrollo humano velan por las libertades básicas, los derechos humanos expresan la idea audaz de que todos están facultados para reclamar medidas sociales que los protejan de los peores abusos y privaciones, y que garanticen la libertad para vivir una vida digna y el desarrollo humano, a su vez, es un proceso de realce de la capacidad humana, para ampliar

las opciones y oportunidades de manera que cada persona pueda vivir una vida de respeto y valor. Cuando el desarrollo humano y los derechos humanos avanzan juntos se refuerzan recíprocamente, aumentando la capacidad de la gente y protegiendo sus derechos y libertades fundamentales (PNUD, 2000).

3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 Objetivo General

Diseñar una estrategia diferencial para la prestación de servicios de salud de Urgencias para la población materna en el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA ESE.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la atención del servicio de Urgencias en el Hospital Susana López de Valencia ESE para la población materna.
- Priorizar las áreas potenciales de intervención para el mejoramiento de la atención de Urgencias para la población materna.
- Diseñar de forma participativa una estrategia de atención con enfoque integral para para la población materna en el servicio de Urgencias en el Hospital Susana López de Valencia ESE.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Conceptual

4.1.1 Generalidades

La mortalidad materna es un indicador que refleja el grado de desarrollo de un país, la eficiencia de un modelo de salud y de protección social, las fallas estructurales de la sociedad, las relaciones afectivas y el vínculo familiar, además evidencia las desigualdades económicas y sociales que afronta la mujer embarazada en una sociedad (José y Baños, 2009). La muerte materna es el desenlace de una cadena de eventos biológicos, sociales y culturales que influyen en la vida de la mujer y que requieren ser atendidas desde diferentes perspectivas desde el estado enfocado en la garantía de derechos, articulado con los sectores de la salud, la educación y el comunitario.

El informe del año 2015 del cumplimiento de los objetivos del milenio describe que se alcanzaron logros significativos en la salud materna, desde 1990 a 2013, la tasa de mortalidad materna disminuyó en un 45% a nivel mundial y la mayor parte de esta reducción ocurrió a partir del año 2000, con particularidades como en Asia meridional donde disminuyó en un 64%, y en África subsahariana cayó en un 49%. Otro dato importante es que más del 71% de los nacimientos en todo el mundo fueron atendidos en 2014 por personal de salud capacitado, lo que significa un aumento del 59% a partir de 1990 (Naciones Unidas, 2015).

Estas cifras son congruentes con los informes estadísticos de la OMS los cuales describen que la tasa de mortalidad materna mundial ha presentado disminuciones de 385 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1990, a 216 en 2015, lo que corresponde a una disminución relativa del 43,9%, con 303.000 muertes maternas en todo el mundo en el año 2015 durante el embarazo y el parto o después de ellos, la gran mayoría de estas muertes podrían haberse evitado. Las MMR regionales para 2015 oscilaron entre 12 muertes por 100.000 nacidos vivos en las regiones de ingresos altos y 546 (511-652) en el África subsahariana (Patton, Coffey, Sawyer, Russell, Dagmar, Krishna, Theo & Colin, 2009)

Sin embargo la mortalidad y morbilidad materna continúan siendo problemas de salud pública a nivel mundial, la OMS afirma que mueren en el mundo cada día unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto; el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y se presenta mayormente en las zonas rurales y en las comunidades más pobres (UNICEF, 2015).

Las adolescentes de menos de 15 años representan el mayor riesgo de mortalidad materna y describen una de las causas principales en la mayoría de los países en

desarrollo (Say, Chou, Gemmill, Tunçalp, Moller, Daniels, Gülmezoglu, Temmerman, & Alkema, 2014). Las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, el riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud, OMS (UNICEF, 2015).

El informe de Evolución de la mortalidad materna 1990-2015, Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial, describe que para América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2015, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75% fijada por los ODM. La razón de mortalidad materna en la región fue de 85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos lo que se considera baja entre las regiones en desarrollo.(OMS UICEF UNFPA Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas, 2015). Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56%), Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%). Varios de estos países en el año 1990 presentaban las razones de mortalidad más altas de la región.

El mismo informe del 2015, describe a Colombia con una RMM de 80 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2005, con 72 en 2010 y 64 en el 2015, con un cambio porcentual entre 1990 y 2015 del 45,8, el cambio porcentual medio anual entre 1990 y 2015 de 2,4 y con un progreso insuficiente respecto a la meta definida en los ODM.

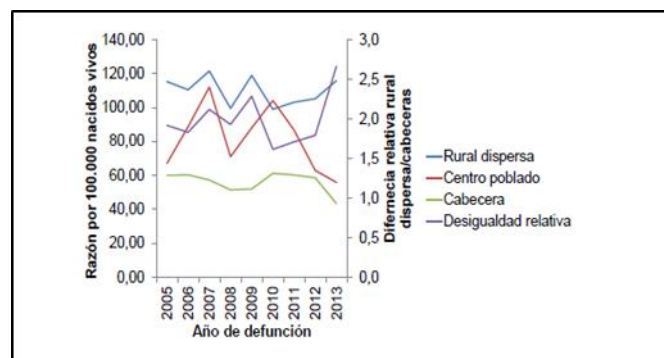
En Colombia al igual que en otros países del mundo en vía de desarrollo, la mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre. La razón de esta mortalidad es 2,84 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) que en el quintil de menor proporción de personas con estas mismas necesidades (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), así lo describe el Análisis situacional de salud de Colombia del año 2015, (Situaci & Salud, 2015)

El 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -017, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente, alrededor el 60% de la mortalidad materna se concentra en

la población con mayor porcentaje de analfabetismo, con un índice de concentración de -013, (Situaci y Salud, 2015).

El análisis de situación en salud, también refleja que para el 2013 se produjeron 72,4 más muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales y la brecha de desigualdad tendió al incremento durante el último cuatrienio; para el último año la razón fue 1,7 veces más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras, convirtiendo a la dispersión poblacional como un determinante importante de la mortalidad materna.

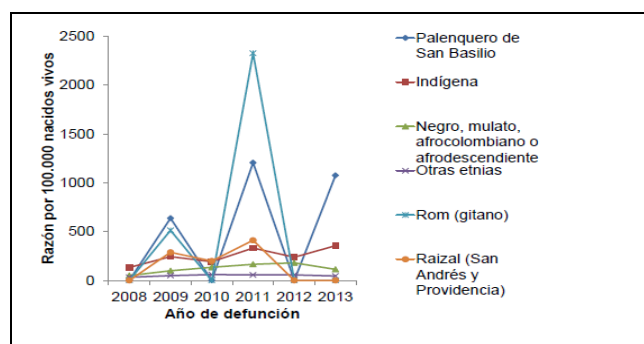
Figura 1. Diferencia relativa rural



Fuente: Análisis de Situación de Salud - ASIS 2015

La mortalidad materna también es influenciada por la etnia, para 2013 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones de palenqueros de San Basilio y de indígenas, alcanzando valores de 1.075,3 y 355,7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente. La grafica siguiente muestra el comportamiento de la RMM para los palenqueros, indígenas, negros y mulatos y otras etnias.

Figura 2. Plan decenal de salud pública



Fuente: Análisis de Situación de Salud - ASIS 2015

El plan decenal de salud pública para Colombia 2012 – 2021, describe que la mayoría de muertes maternas que se consideran evitables se asocian con deficiencias en el acceso a servicios de salud de calidad, dado que más del 95% de los partos son institucionales y el 92% de las mujeres recibieron atención prenatal de un profesional médico entre 1998 y 2010. Por otra parte entre las que tienen parto en casa o en otro sitio, predominan las mujeres con menor nivel educativo o sin educación formal, en las áreas rurales y el 70% de las muertes maternas se presentan en los estratos socioeconómicos más bajos, entre las mujeres menos educadas (Tobergte y Curtis, 2013).

Las desigualdades persistentes de la población materna, a nivel nacional e internacional conllevan a disparidades en el acceso a la atención sanitaria y en su calidad y resultados. Los gobiernos de los países y demás instituciones de desarrollo direccionan sus planes para disminuir la mortalidad materna evitable, y alinean sus estrategias al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030, específicamente el ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, el cual contempla para el año 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos .(NU.CEPAL, 2016).

4.1.2 Conceptos.

Mortalidad Materna. La organización mundial de la salud OMS define la mortalidad materna como la “causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (Briones y Díaz, 2013).

Causas de la Mortalidad Materna. Son numerosas las causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. La OMS afirma que a nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas, encontrándose cuatro causas principales las hemorragias intensas generalmente puerperales o en el periodo posterior al parto que dura 6 a 8 semanas, las infecciones o sepsis en la mayoría, los trastornos hipertensivos del embarazo generalmente la eclampsia y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Las defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Entre las causas indirectas el 20% se encuentran en enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él,

como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.(Organización mundial de la salud, 2005).

La mayor parte de las muertes por causas directas puede prevenirse, si las mujeres reciben atención capacitada en momentos cruciales durante el embarazo y el parto. Desafortunadamente, muchas mujeres dan a luz sin ser debidamente asistidas por un profesional de la salud como un médico, enfermera o partera que sepa qué hacer en los partos normales y cómo tratar las complicaciones mortales del embarazo o el parto o estabilizar a la mujer para luego referirla al lugar donde puedan proporcionarle la atención adecuada. (Yinger, Bureau, Adamchak, Creel & Ramsom, 2002)

Existen soluciones terapéuticas o profilácticas que se garantizan desde las instituciones sanitarias, la atención especializada al parto, por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede originar la muerte, incluso a una mujer sana, en dos horas y la aplicación de una inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de la misma (Centro de prensa de la OMS, 2015).

Así mismo la utilización de técnicas asépticas reduce el riesgo de la septicemia y la pre eclampsia se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto mediante la administración de medicamentos por lo que resulta necesario que la gestante realice los controles del embarazo (Centro de prensa de la OMS, 2015). El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal, un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma o gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea (José y Baños, 2009)

Clasificación estadística internacional de enfermedades CIE-10.

El concepto de “defunción relacionada con el embarazo”, recogido en la CIE-10, da cabida a las defunciones maternas acaecidas por cualquier causa. Según este concepto, se define como “defunción relacionada con el embarazo” cualquier muerte durante el embarazo, el parto o el puerperio, incluso si es por causas accidentales o incidentales Esta definición alternativa permite la medición de defunciones relacionadas con el embarazo, aunque no se ajusten estrictamente al concepto estándar de “defunción materna”, en contextos en donde no pueden obtenerse datos precisos sobre la causa de defunción a partir de certificados médicos. La CIE-10 además incluye el concepto alternativo de defunción materna tardía como: ‘ la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.’(Organización Mundial de la Salud, 2012).

Medidas de la Mortalidad Materna. El número de defunciones maternas en una población es esencialmente producto de dos factores: el riesgo de mortalidad asociada a un único embarazo o a un único nacido vivo, y el número de embarazos o partos que experimentan las mujeres en edad fecunda. La razón de mortalidad materna RMM se define como el número de defunciones maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos; y representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos.

Por otra parte, la tasa de mortalidad materna TMM se define como el número de defunciones maternas en una población dividido por el número de mujeres en edad fecunda; de esta forma, refleja no sólo el riesgo de defunción materna por embarazo o por alumbramiento, sino también el grado de fertilidad en la población. (Organización mundial de la salud, 2005).

Barreras de la Salud Materna. Son varias las barreras que limitan el completo estado de bienestar de la población materna, la pobreza, la localización geográfica, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados o las prácticas culturales (World Health Organization, 2014). Esta compleja interrelación genera que las mujeres pobres de zonas remotas tengan menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada, sin embargo puede suceder que, incluso cuando se dispone de atención capacitada, las mujeres no la busquen, o no la reciban. Puede que las mujeres y sus familias, o las personas que las cuidan, quizás no reconozcan los signos de complicaciones mortales; o que las mujeres tengan dificultad en tomar la decisión de buscar atención médica; o que teman que las traten de mala manera en los establecimientos de salud; o que les cobren demasiado; o que el tratamiento sea deficiente. También puede que las mujeres no alcancen a llegar a tiempo a las instalaciones de salud, aunque también los partos en dichas instalaciones pueden conllevar riesgos evitables, causados por atención obstétrica de baja calidad o falta de materiales médicos u otros.

Atención en salud. Al hablar de atención en salud para la población materna es necesario definir el significado, cuyo concepto ha sido analizado desde diferentes disciplinas sin embargo para el objeto de la investigación se asume el desarrollado por el Ministerio de salud Colombiano y definido como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Decreto 1011 de 2006).

La atención en salud va muy alineada con el concepto de calidad de la atención de salud el cual se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Decreto 1011 de 2006).

Estos conceptos son integrados en el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, definido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud Colombiano para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud (Kerguelen, 2001).

En el marco del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud en Colombia, la calidad de la atención tiene las características que se definen a continuación:

- **Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud,
- **Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia:** Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales
- **Continuidad:** grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los términos acceso y accesibilidad tienden a utilizarse indistintamente, siendo a su vez sinónimos de uso, utilización y cobertura. Sin embargo el acceso a los servicios de salud es un fenómeno complejo en el cual se presenta una sucesión de acontecimientos que pueden partir desde el momento en que surge la necesidad de atención médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios (Complicaciones & Ogotá, 2002). Las características de calidad en su totalidad son aplicables a la atención de la población materna, por lo que se tomaran en cuenta dentro de la investigación los conceptos guiados por el (Ministerio de Salud, 2008).

Servicio de Urgencias. En la garantía de la calidad de los servicios a la población materna es pertinente analizar los servicios de urgencias los cuales cumplen una misión social muy importante, puesto que proporcionan atención en salud las 24 horas al día, 365 días al año sin discriminación por situación social o económica. Uno de los fundamentos clave de estos servicios es la capacidad y expectativa de proporcionar acceso inmediato y estabilización para aquellos pacientes con emergencias médicas. (Derlet, 2008)

La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Su función es valorar al paciente para, posteriormente, diagnosticarlo, tratarlo, evaluarlo y así decidir si el paciente se ingresa o se envía a casa con los cuidados que debe seguir. Este servicio da prioridad a situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente, es por ello que el orden de atención a los pacientes sigue un código de priorización: rojo, amarillo y verde; siendo el Rojo la Situación súbita que pone en peligro un órgano, sistema o la vida, y que requiere atención inmediata, Amarillo, Situación en la que el paciente experimenta alguna alteración en sus signos vitales y que, de manera inmediata, puede poner en riesgo su vida y Verde, situación en la que el paciente presenta signos y síntomas estables que no ponen en peligro la vida.

4.2 Marco Legal

La Constitución Política de Colombia en sus artículos 44 y 49 declara la salud como un derecho inherente a la persona considerado de doble connotación, fundamental y asistencial (León y Echavarría, 2011). Así mismo declara en el artículo 43 que la mujer 'Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado.

En atención a los artículos artículos 44 y 49, se desarrolla la Ley 100 de 1993, que estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, cuyo objetivo es el de regular el servicio público de salud, crear condiciones para el acceso de toda la población al servicio de salud en todos los niveles de atención, cubrir las contingencias de enfermedad general y maternidad de sus afiliados y beneficiarios y garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (Ley 100 de 1993)

El SGSSS, se construyó bajo unos principios que se integran con la protección de la población materna, como lo es la prevalencia de derechos definida como la obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral (Ley 100 de 1993). Además define que los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

Por otra parte la ley 100 de 1993 en el artículo 166, hace énfasis sobre la atención materno infantil el cual describe que el plan obligatorio de salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control

prenatal, la atención del parto, el postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. Adicionalmente promulga en el Artículo 211 que serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, tendrán particular importancia, dentro de este grupo, las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, y otros grupos sin capacidad de pago.

El SGSSS se transforma con la ley 1122 de 2007 la cual propone gestionar el riesgo en salud a través de la articulación de los servicios que garantice, el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador, exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Además garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país, sin que medie un contrato y la situación clínica lo amerite (Zeit y Beweis, 2010). Estos postulados amplían la garantía de la salud materna, en cuanto fortalecen las condiciones del aseguramiento y acceso al sistema.

Complementariamente con la expedición de ley 1438 de 2011 se visibilizan transformaciones del SGSSS el cual se orienta a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Con ello empiezan a diseñarse acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud. Mediante esta reglamentación se unifica el Plan de Beneficios y se inicia con la universalidad del aseguramiento, se propone la definición de metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán la prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil (Ley 1438 del 2011).

La estrategia de Atención Primaria en Salud busca la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS, lo cual indica que la población materna hace parte de este propósito de atención. Así mismo la de ley 1438 de 2011 busca el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutoria, para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población (Ley 1438 del 2011).

Por otra parte el plan decenal de salud pública 2012 - 2021 producto de la implementación de la de ley 1438 de 2011 en el marco de la estrategia de

atención primaria en salud, integra las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, define los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación; en lo correspondiente a la población materna define metas específicas como la reducción de Casos de mortalidad materna evitable los cuales deberán ser inferiores a 150 casos anuales en el país, el 95% de las mujeres gestantes deberán tener 4 o más controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales y el 80% de las mujeres gestantes, ingresaran al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional (Tobergte y Curtis, 2013).

La ley Estatutaria 1751 de 2015, plantea un cambio profundo en el SGSSS; concibe la salud como un derecho fundamental de carácter autónomo, es decir sin sujeción o conexidad con otro, busca dignificar al ser humano además de garantizar el acceso oportuno, aceptable y asequible con la calidad a los servicios de salud.(Ley 1751 de 2015). Determina especial protección por parte del estado para los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, para las mujeres en estado de embarazo adoptará medidas que garanticen el acceso a los servicios de salud que requieran durante el embarazo y con posterioridad al mismo.

La ley estatutaria de salud obliga al Estado a organizar un sistema de salud el cual de manera coordinada y armónica, defina los principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias facultades, para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud, por lo que el ministerio de salud y protección social traza la Política de Atención Integral en Salud PAIS, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que permiten la acción coordinada de las instituciones y normas, hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud; la PAIS es adoptada mediante la resolución 429 de 2016 (Resolución 429 de 2016).

El marco *estratégico de la PAIS* se fundamenta en la atención primaria en salud APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones y el marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud MIAS en estrategias definidas, que adoptan herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, con una visión centrada en las personas (Resolución 429 de 2016). Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de programas para la población materna, de acuerdo con la situación de salud de los territorios, familias y comunidades.

En el marco de la PAIS, se reglamenta bajo la resolución 3202 de 2016, el diseño y operación de las rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, como componente del MIAS, estas rutas Incorporan acciones sectoriales e intersectoriales, intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS (Resolución 3202, 2016); para la población materno - perinatal se tiene diseñada una ruta específica que busca intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

El deber del estado de garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, dio origen a la modificación del plan de beneficios en Salud con cargo a la unidad de pago por capitación UPC de tal manera que incluya la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Lo anterior fue reglamentado bajo la resolución 6408 de 2016, la cual abre la puerta al sistema en forma directa a través de urgencias o por consulta ambulatoria, con prioridad a población obstetricia durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita.

Por otra parte esta resolución define el cubrimiento de los programas de protección específica de acuerdo con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmuno prevenibles y disminuir el embarazo adolescente. Contempla la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías definidas y la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

En el marco del cumplimiento de la ley estatutaria es necesario resaltar las acciones que orientan la mejora de los resultados en salud direccionadas por el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud SOGCS, definido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país el cual esta reglamentado por el decreto 1011 (Decreto 1011 de 2006). El SOGCS define cinco características que permiten evaluar la calidad y la mejora de los servicios de salud a toda la población, la Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad, además define cuatro componentes que describen los lineamientos para mantener la calidad en los servicios de salud, el sistema único de habilitación, la auditoria

para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad.

El sistema único de la habilitación reglamentado por la resolución 2003 de 2014, define las condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, exalta la responsabilidad del estado frente a la atención de la población materna definiendo requisitos particulares propios de este grupo de personas así como también priorizando la verificación de cumplimiento de requisitos de servicios obstétricos, por parte de los entes territoriales (Resolución 2003 de 2014).

Es amplio el marco legal que reglamenta el alcance del derecho a la salud de la población materna, sin embargo es pertinente tener en cuenta la Sentencia C-355 del 10 de mayo 2006, la cual ha condicionado los principios del SGSSS y del SOGC dada la exequibilidad del artículo 122 del Código Penal a que se entienda que no se incurre en el delito de aborto cuando, con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; b) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Así mismo la Corte decidió también declarar exequible el artículo 32-7 del Código Penal, e inexecutable la expresión “o en mujer menor de catorce años” contenida en el artículo 123 y el artículo 124 del mismo (Sentencia C-355, 2006, 2006).

4.3 Marco Institucional

4.3.1 Reseña histórica

EL Hospital Susana López de Valencia E.S.E. viene atendiendo la salud de la población más necesitada del Departamento del Cauca, desde hace setenta años, de los cuales hace veintidós años se transformó en una Empresa Social del Estado, pasando por diferentes etapas.

El 22 de Noviembre de 1947, el congreso de Colombia expidió la ley 27, por la cual se planifica y nacionaliza la lucha contra la tuberculosis, reglamentando diferentes aspectos y disponiendo mecanismos de control y tratamiento, así como obras de infraestructura discriminadas para cada departamento; en lo que respecta al Departamento del Cauca, incluía la creación de tres hospitales

sanatorios, uno en Popayán con capacidad para 300 camas, otro en Mercaderes o El Bordo con 120 camas y un tercero en Santander de Quilichao. A esta ley solo se le dio cumplimiento parcial 10 años después, cuando el 15 de marzo de 1957, se inició en Popayán la construcción del hospital antituberculoso (Hospital Susana López de Valencia, 2017)

El 30 diciembre de 1952 la alcaldía de Popayán, mediante el Decreto No. 97 destino un lote de terreno de 5.000 metros cuadrados, en la zona norte del predio “La Ladera” para construcción del hospital antituberculoso, el cual fue aprobado por la Gobernación del Cauca por el Decreto No. 7 del 5 de enero de 1953. En 1957 se concretó su ejecución, para lo cual el Departamento del Cauca, destino una partida inicial de \$450.000 pesos.

Según el boletín informativo de la gobernación, los trabajos se iniciaron el 15 de marzo de 1957 y se ejecutaron hasta finales de 1958 cuando debieron suspenderse por falta de presupuesto, lo que causo graves problemas sociales, puesto que además de no contar los enfermos con la atención requerida, los que quedaban por fuera deambulaban libremente constituyéndose en foco de contagio para toda la comunidad.

Los diferentes estamentos pidieron la culminación del Hospital como una sentida necesidad de la comunidad payanesa, fue así como el Hospital se construyó con pequeñas partidas presupuestales; recibiendo poco a poco los fondos para la terminación y dotación hasta que finalmente fue posible el traslado de los enfermos del pabellón San Roque, al nuevo hospital de vías respiratorias inaugurado el 10 de diciembre de 1964.

Inicialmente se llamó Hospital de Vías Respiratorias y luego se le bautizó con el nombre de Susana López de Valencia, en memoria a la Primera Dama de la República por su apoyo a esta obra, la señora López de Valencia falleció el mismo año en que se fundó el Hospital. El Hospital se enfocó en el manejo integral de los pacientes tuberculosos, tuvo proyección comunitaria, realizaba visitas domiciliarias y apoyaba centros y puestos de salud con el fin de prevenir la enfermedad.

El terremoto de marzo de 1983, obligó al Hospital a adecuarse para apoyar la atención de la emergencia, a pesar que el 60% de su estructura sufrió daños. En 1989 el Hospital se convierte en cabeza de la Unidad Regional Centro del Cauca, lo que significó que los hospitales y centros de salud de los municipios de Morales, Silvia, Jámbalo, Totoró, Puracé, Sotaró, Popayán, Santa Rosa, Timbio, Rosas, La Sierra, La Vega, Almaguer, Piendamó y Cajibío dependieran administrativamente del Hospital Susana. Con esta responsabilidad el Hospital pasó de ser especializado en el manejo de la tuberculosis, a ser Hospital General y por lo tanto de referencia de la regional Centro del Cauca, (Hospital Susana López de Valencia, 2017).

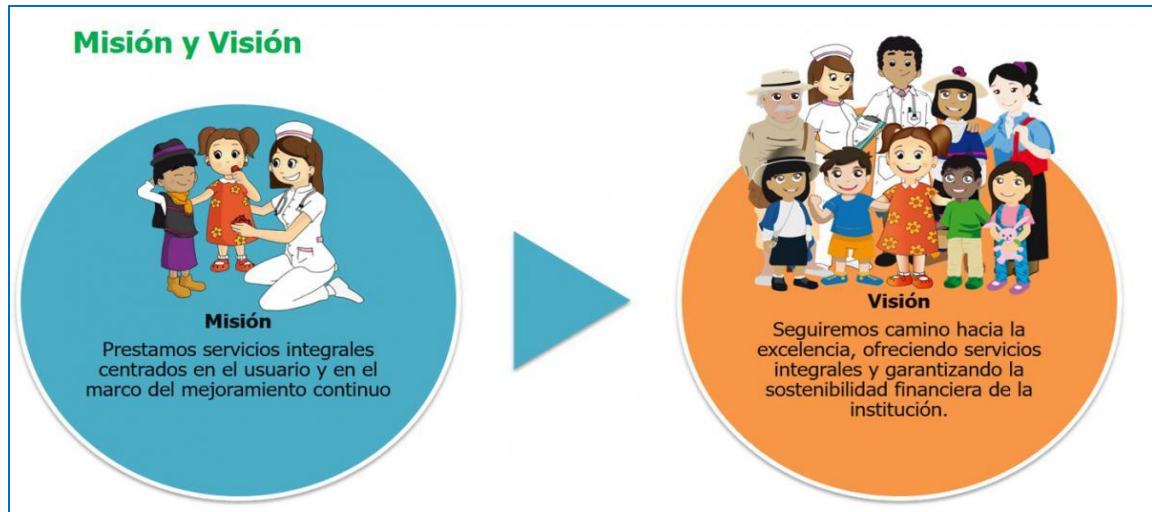
Con la ley 100 de 1993, que creó el SGSSS, se definió que los hospitales públicos debían transformarse en Empresa Sociales del Estado E.S.E, por lo cual en enero de 1995 mediante ordenanza No. 001, se transformó al Hospital en Empresa Social del Estado, como establecimiento público, descentralizado, de carácter departamental, con la función de prestar servicios de salud en el segundo nivel de atención en el Departamento del Cauca.

En enero de 1997 empieza su operación como Empresa Social del Estado, una vez se independiza de la Dirección Departamental de Salud del Cauca. Con el fin de garantizar desarrollo y proyectar una institución con servicios orientados a la población materno e infantil, entre los años 2008 y 2010 se diseña la Unidad Materno Infantil, logrando construir el bloque pediátrico e iniciando el funcionamiento en el año 2011, periodo a partir del cual tiene un significativo impacto positivo en la atención a la población infantil y materna del departamento. En el año 2014 luego de 7 años de trabajo continuo y generación de cultura de mejoramiento, el ICONTEC informa que el Hospital logró las calificaciones necesarias para obtener el reconocimiento en la categoría de Institución acreditada en Salud, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1445 de 2006. En el año 2016 los Ministerios de Salud y Protección Social y de Comercio, Industria y Turismo entregaron al Hospital mención a la excelencia, junto a 36 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) como reconocimiento al esfuerzo de estos hospitales y clínicas que trabajan día a día por mejorar y brindar mejores servicios de salud a todos los colombianos. Al finalizar el año 2016 y luego del primer seguimiento de acreditación la Junta de acreditación en salud aprueba mantener la condición de acreditado (Hospital Susana López de Valencia, 2017).

4.3.2 Plataforma estratégica.

Las siguientes imágenes describen la Misión, la Visión y los valores del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Figura 3. Misión y Visión del HSLV ESE



Fuente: Plataforma estratégica del Hospital Susana López de Valencia -HSLV ESE

Figura 4. Valores HSLV



Fuente: Plataforma estratégica del HSLV ESE

El modelo de operación del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. y mapa de procesos está diseñado bajo una analogía de la flor de loto, buscando reafirmar en cada uno de los colaboradores de la institución la pureza del cuerpo y del alma, para que su actuar este dentro de la ética y transparencia que debe reflejar la

institución pública. La persona en el centro del modelo, representa a una institución humana, que trabaja en beneficio de la comunidad.

El modelo contempla una interacción de los procesos misionales, de apoyo y de direccionamiento, los cuales se unen para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes y su familia, desde su acceso, pasando por su tratamiento, hasta su salida y seguimiento, basado en la gestión clínica como eje fundamental. El entorno se asocia al agua donde crece la planta, donde a pesar de las dificultades siempre florece con majestuosa belleza. Las raíces de la flor reflejan las políticas institucionales, de donde obtiene la planta todas las directrices y la ayuda para su crecimiento.

El sol representado por control interno, el planear, hacer, verificar y actuar, es la energía renovadora que unidos a los nutrientes generados por los procesos e inyectados por las políticas nacionales e institucionales, permite que la institución se mantenga, crezca y se desarrolle en el marco de mejoramiento continuo y en modelo de integral de atención en salud.

Figura 5. Modelo de operación y mapa de procesos



Fuente: Plataforma estratégica del HSLV ESE

4.3.3 Servicios.

EL Hospital Susana López de Valencia E.S.E, presta los siguientes Servicios:

- Urgencias pediatría
- Urgencias Obstétricas y ginecológicas
- Urgencias de adultos.
- Hospitalización medicina interna, Obstetricia, ginecología, pediátrica.
- Laboratorio clínico
- Imágenes diagnosticas
- Endoscopia
- Consulta de medicina general
- UCI Neonatal
- UCI pediátrica
- Cirugía General
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía de Trauma
- Consulta especializada
- Neonatología
- Pediatría
- Pediatría Intensivista
- Medicina Interna.
- Ginecología.
- Traumatología y Ortopedia
- Oftalmología
- Oftalmología Pediátrica
 - Anestesiología
 - Cirugía general
 - Cirugía pediátrica
 - Neuropediatría
 - Cardiopediatría
- Fisiatría
- Urología
- Gastroenterología

4.3.4 Características del servicio de urgencias obstétricas.

El Servicio de Urgencias obstétricas tiene como objetivo prestar la atención en salud a la población materna que la demande, en el tiempo adecuado, con los recursos humanos y técnicos proporcionales y conforme a la calidad técnica exigible por los estándares nacionales para satisfacer las necesidades del paciente.

4.3.5 Personal del servicio.

1 Coordinador médico
1 Coordinador de enfermería
7 Médicos Especialistas
2 Enfermeras
12 Auxiliares de Enfermería

4.3.6 Ubicación.

El Servicio de Urgencias obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE se encuentra situado en el edificio de adultos, en el primer nivel junto a imágenes diagnósticas y urgencias de adultos.

Cuenta con un área de 70 metros cuadrados, en donde se encuentra la sala de espera, monitoria fetal, estación de enfermería, trabajo limpio y sucio y tres unidades de observación.

4.3.7 Perfil Epidemiológico del Hospital Susana López de Valencia ESE

Figura 6. Morbilidad por eventos según CIE-10 -Consulta externa Hospital Susana López de Valencia ESE

Diez Primeras Causas De Morbilidad Por Consulta Externa - Año 2016			
Nº	Código	Descripción diagnóstico	Cantidad
1	Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	1278
2	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	987
3	H527	Trastorno de la refracción, no especificado	701
4	E039	Hipotiroidismo, no especificado	646
5	H110	Pterigion	533
6	S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	457
7	Z489	Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	412
8	N40X	Hiperplasia de la próstata	402
9	Z488	Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía	358
10	B977	Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos	353
		Las demás causas	29520
		TOTAL	35647

Fuente: Oficina de estadística Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Dentro de las principales causas de morbilidad por total de consulta, presentadas en el Hospital durante el año 2016, se encuentra en los primeros lugares la supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación que corresponde al énfasis materno infantil del hospital y es acorde al morbilidad el departamento que inicia desde la adolescencia(12-18), la juventud(14-26), la adultez(27 a 59) e incluso en las personas mayores(>60) hay incremento, la hipertensión esencial ocupa el segundo lugar acorde al perfil del departamento con una prevalencia de 5,09, incrementadas con respecto al año anterior. Sigue siendo objeto de mejora la identificación de los diagnósticos “demás causas” que representan el 82% de la morbilidad de la consulta externa. (Dubois, Alfonso, 2006)

Figura 7. Morbilidad por eventos según CIE-10.- Urgencias Hospital Susana López de Valencia ESE

Diez Primeras Causas De Morbilidad Urgencias - Año 2016			
Nº	Código	Descripción diagnostico	Cantidad
1	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1518
2	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1372
3	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1173
4	O200	Amenaza de aborto	1079
5	Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	715
6	Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado	646
7	O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	457
8	R51X	Cefalea	421
9	O034	Aborto espontaneo: incompleto, sin complicación	387
10	K297	Gastritis, no especificada	380
		Las demás causas	42257
		TOTAL	50405

Fuente: Oficina de estadística Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

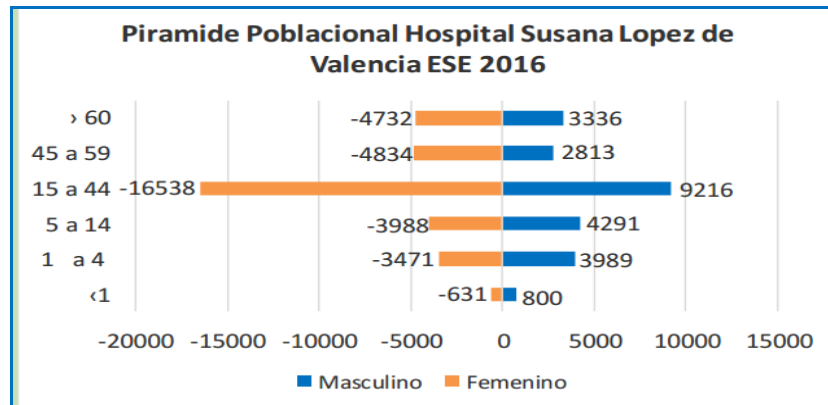
Dentro de las principales causas de morbilidad por urgencias, en el Hospital durante el año 2016, se encuentra en primer lugar la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, que al igual que en el Departamento está priorizado en la mayoría de grupos poblacionales por su prevalencia. El resto del perfil de urgencias siguen siendo los diagnósticos relacionados con el embarazo que como se indicó es prevalente en todos los ciclos vitales de atención. (Dubois, Alfonso, 2006)

4.3.8 Perfil sociodemográfico del hospital Susana López de Valencia ESE.

En el año 2016 se atendieron 58.639 personas, el 58% (34.194) corresponden al sexo femenino y el 42% al masculino, la edad de consulta se encuentra

principalmente entre los 15 y 44 años sin embargo la población infantil comprendida entre los 0-14 años representa un porcentaje importante de la población atendida (29%) lo cual puede estar relacionado con el énfasis materno infantil del Hospital.

Figura 8. Pirámide Población Hospital Susana López de Valencia ESE 2016

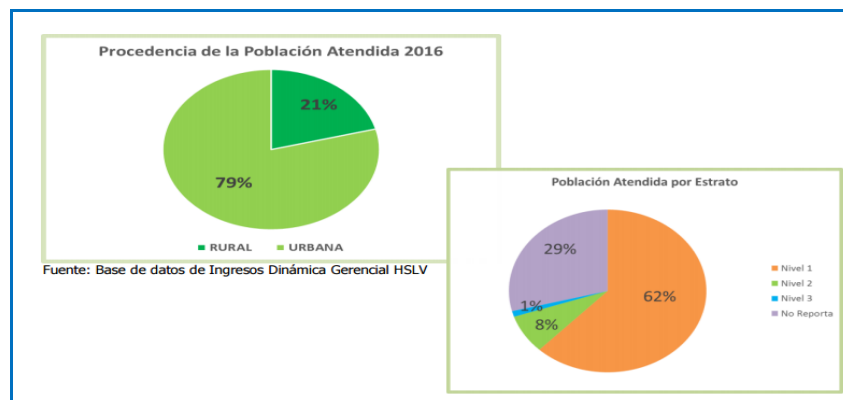


Fuente: Plan de desarrollo Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

4.3.9 Procedencia de la población atendida en el hospital Susana López de Valencia E.S.E.

La población atendida en el Hospital procede mayormente del área urbana con un porcentaje de 79% y pertenecen al estrato 1 en el 62% de la población, en el 29% no se reportó este dato.

Figura 9. Población

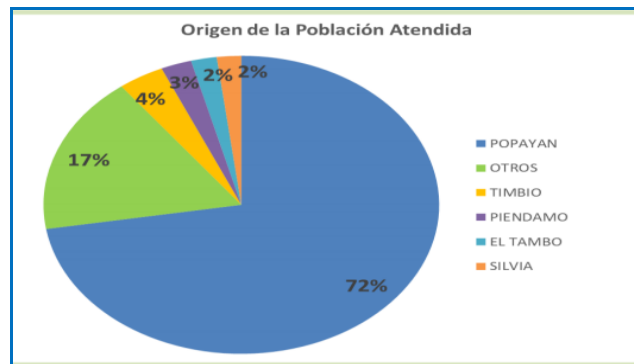


Fuente: Plan de desarrollo Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

4.3.10 Municipios de donde consultan.

El municipio de Popayán representa la población de mayor consulta con el (72%), seguido de Timbio (4%), Piendamó (3%), El Tambo (2%) y Silvia (2%).

Figura 10. Origen de la población atendida

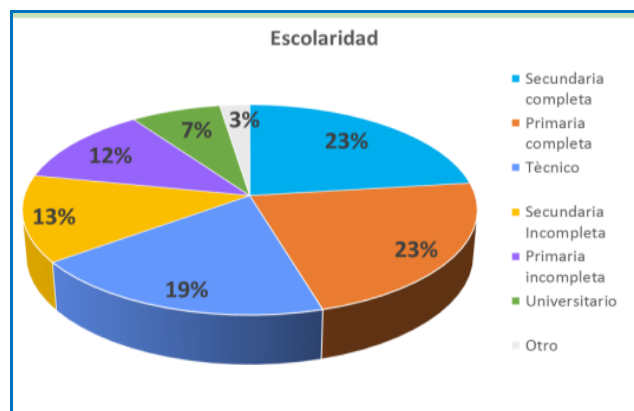


Fuente: Plan de desarrollo Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

4.3.11 Escolaridad.

El grado de escolaridad de la población que acude al Hospital se encuentra entre primaria y secundaria, seguido de los técnicos, y solo el 12% tiene un nivel educativo profesional.

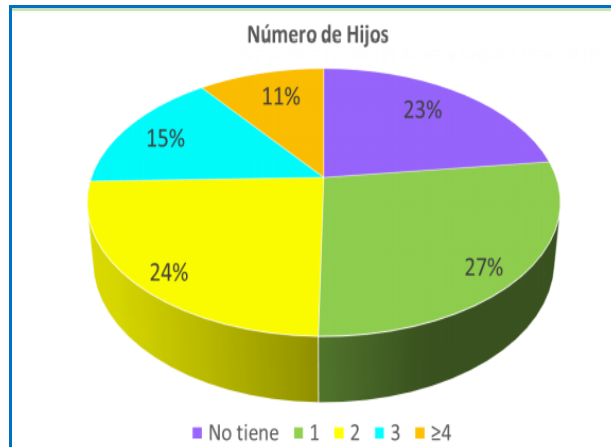
Figura 11. Escolaridad



Fuente: Plan de desarrollo Hospital Susana López de Valencia E.S.E. Hijos

El 77% de la población atendida refiere tener hijos en su mayoría entre 1 y 3 hijos, hay un importante porcentaje de personas que no tienen hijos y que es congruente con la población infantil atendida.

Figura 12. Número de Hijos

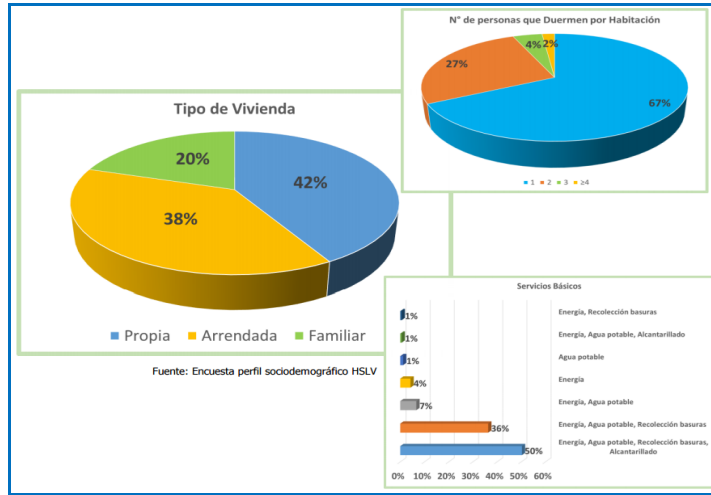


Fuente: Plan de desarrollo Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

4.3.12 Vivienda.

De la población atendida en el Hospital Susana López de Valencia ESE, el 42% cuenta con una vivienda propia y el 58% tiene una vivienda arrendada o familiar de las cuales solo el 50% tiene servicios básicos de agua potable, energía, alcantarillado, recolección de basuras y el resto varía entre los servicios de agua y energía o uno de los dos. En las condiciones de la vivienda se puede establecer que duermen 3 o más personas por habitación en el 6% de la población, criterio que puede relacionarse con las necesidades insatisfechas y el grado pobreza en la población.

Figura 13. Tipo Vivienda

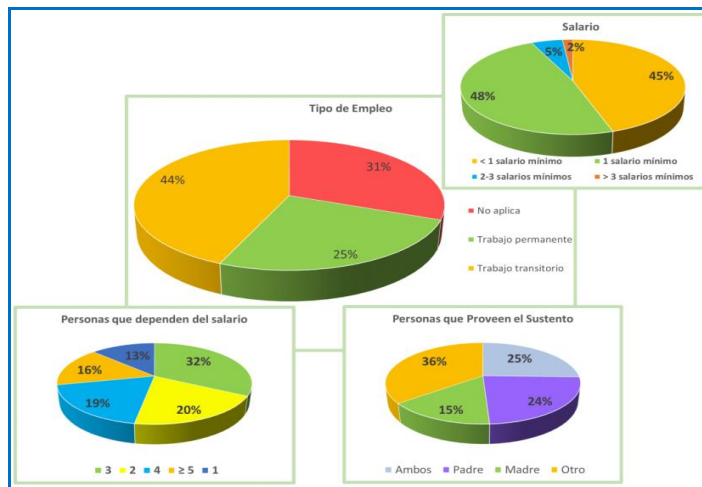


Fuente: Plan de desarrollo Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

4.3.13 Ingresos por familia

El 69% de la población labora y de ellos el 31% cuenta con un trabajo permanente y los ingresos oscilan entre menos de un salario mínimo y un salario mínimo en el 93% de las personas, generando fuente de sustento para un rango de 2 a más de 5 personas en el 87%.

Figura 14. Tipo de empleo



Fuente: Plan de desarrollo Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

5 METODOLOGÍA

5.1 Descripción Del Contexto

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Susana López de Valencia ESE, de naturaleza pública, ubicado en la Ciudad de Popayán y centro de referencia en el Departamento del Cauca, que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, específicamente en el servicio de urgencias obstétricas el cual tiene una capacidad de cinco camas habilitadas.

5.2 Tipo De Estudio

Se realizó un estudio mixto, cualitativo y cuantitativo tendiente a la caracterización del proceso de Urgencias obstétricas. Para el estudio cuantitativo se usaron herramientas de análisis exploratorio descriptivo de corte transversal y para el estudio cualitativo se utilizaron entrevistas semiestructuradas.

5.3 Población Objeto De Estudio

La población de estudio fueron las pacientes obstétricas que consultaron al servicio de urgencias del Hospital Susana López de Valencia ESE en el año 2016. Se tomaron los registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud correspondientes a Urgencias de ginecología del año 2016, provenientes del sistema de información, modular que integra todas las áreas que conforman la institución incluyendo la historia clínica (Dinámica Gerencial Hospitalaria), posteriormente se estructuro una base de datos solamente para la población obstétrica, con un total de 9346 registros.

Criterios de inclusión

Para la investigación se definieron los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres de 0 años en adelante.
- Pacientes que consultaron al servicio de urgencias obstétricas del Hospital en el año 2016.

Criterios de exclusión

- Pacientes que solicitaron atención y fueron valorados en el triage, se hizo apertura de historia clínica, pero no ingresaron a consulta por factores externos.

5.4 Descripción de las Herramientas Metodológicas

5.4.1 Herramienta cuantitativa.

Se realizó el análisis cuantitativo en el programa informático Excel apoyado con el paquete de estadística descriptiva del mismo.

A todos los registros se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión antes de la utilización de las funciones.

Cada característica de la población se graficó con las mismas herramientas del programa.

Los datos de procedencia de las maternas se georreferenciaron en el mapa de Colombia y del Cauca.

Para la priorización de áreas de intervención se construyó una matriz en el programa Excel, permitiendo evaluar la Frecuencia, costos de las fallas y errores, riesgo de muerte o complicaciones maternas, riesgos para el personal y pérdida de imagen institucional, permitiendo evaluar en una escala de 1 a 5. La matriz fue formulada para sacar los promedios de cada variable y tener un índice al final con un rango de evaluación de 1 a 3215.

5.4.2 Herramienta cualitativa.

Se usaron entrevistas semiestructuradas, con el ánimo de dar mayor libertad y flexibilidad al entrevistador y al entrevistado y obtener información amplia respecto a la funcionalidad del servicio de urgencias obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE. Se entrevistaron a cinco personas conocedoras del proceso, la herramienta permitió construir escenarios de amplia expresión y profundización sobre cada pregunta.

Posteriormente se transcribieron las entrevistas y se sintetizaron por temáticas, hasta llegar a síntesis claras respecto a cada aspecto indagado, que permitieran reunir lo expresado por los entrevistados.

Con el mismo grupo entrevistado se hizo la priorización de áreas a intervenir y diseño de las líneas básicas de la estrategia, Susana Tejiendo Redes de Vida, a esta metodología cualitativa le llamamos comunidades en práctica, la cual se fundamenta en desarrollar un conocimiento, compartiendo aprendizajes basados en la reflexión compartida sobre experiencias prácticas de la experiencia laboral, del conocimiento académico y de las necesidades propias de las usuarias que también participan en la aplicación de esta metodología.

Este grupo de personas comparte el interés del objetivo de la investigación, por lo que su interacción fortalece la generación de ideas en la construcción de la estrategia, impulsados por el conocimiento y experiencia en trabajar con población materna y ser miembros activos de la institución, conocedores de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del servicio.

6 CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E

La caracterización del servicio de Urgencias del Hospital Susana López de Valencia ESE para la población materna, se realizó a través de dos metodologías, la cuantitativa mediante el análisis de los registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud para la población atendida en el servicio de Urgencias de ginecología en el año 2016 y la cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a seis personas conocedoras del servicio.

6.1 Caracterización Cuantitativa

Apartes Iniciales Respecto a la Base de Datos

El Hospital Susana López de Valencia ESE cuenta con un sistema de información, modular que integra todas las áreas que conforman la institución incluyendo la historia clínica (Dinámica Gerencial Hospitalaria), de donde se tomaron los registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud correspondientes a Urgencias de ginecología del año 2016, los cuales se cuantificaron en 11213 registros.

Se inició con una revisión a la base de datos general, evidenciando que se encuentran las siguientes inconsistencias: en el campo de TRIAGE, existen 1145 registros cuyo atributo es la descripción NULL, de acuerdo a lo informado por el administrador de los datos de la institución, esto es producto de un mal diligenciamiento cuando se da apertura al registro, este dato afecta sustancialmente al análisis correcto de los tiempos de prestación del servicio.

Se encuentran 416 registros, en el campo tipo de paciente (este campo caracteriza el tipo de régimen al que está afiliado el paciente, contributivo, subsidiado), donde el atributo es OTRO, este dato no caracteriza de manera puntual a qué tipo de régimen pertenece el paciente por lo tanto estos datos no son fáciles de agrupar ni analizar.

Por otra parte se logra determinar que existen 9186 datos que en el campo tipo de afiliación tiene como atributo ninguno, lo cual no logra determinar si el paciente es beneficiario, cotizante u otro predefinido para el régimen subsidiado.

Por lo anterior se determina hacer el análisis cuantitativo con las novedades expuestas, con la salvedad que se corrigieron los datos correspondientes al estrato 7, previa verificación en los registros individuales específicos.

6.2 Análisis de Datos

El objetivo de la investigación hace referencia específica a la población materna por lo que se clasificaron los datos a partir del diagnóstico principal de la atención en salud y se enfocó el análisis exclusivamente sobre la población obstétrica.

Para el estudio se consolidó la base de datos de los registros obstétricos cuantificándose así:

Total maternas atendida año 2016: 5674.

Total de atenciones para las pacientes registradas año 2016: 9346.

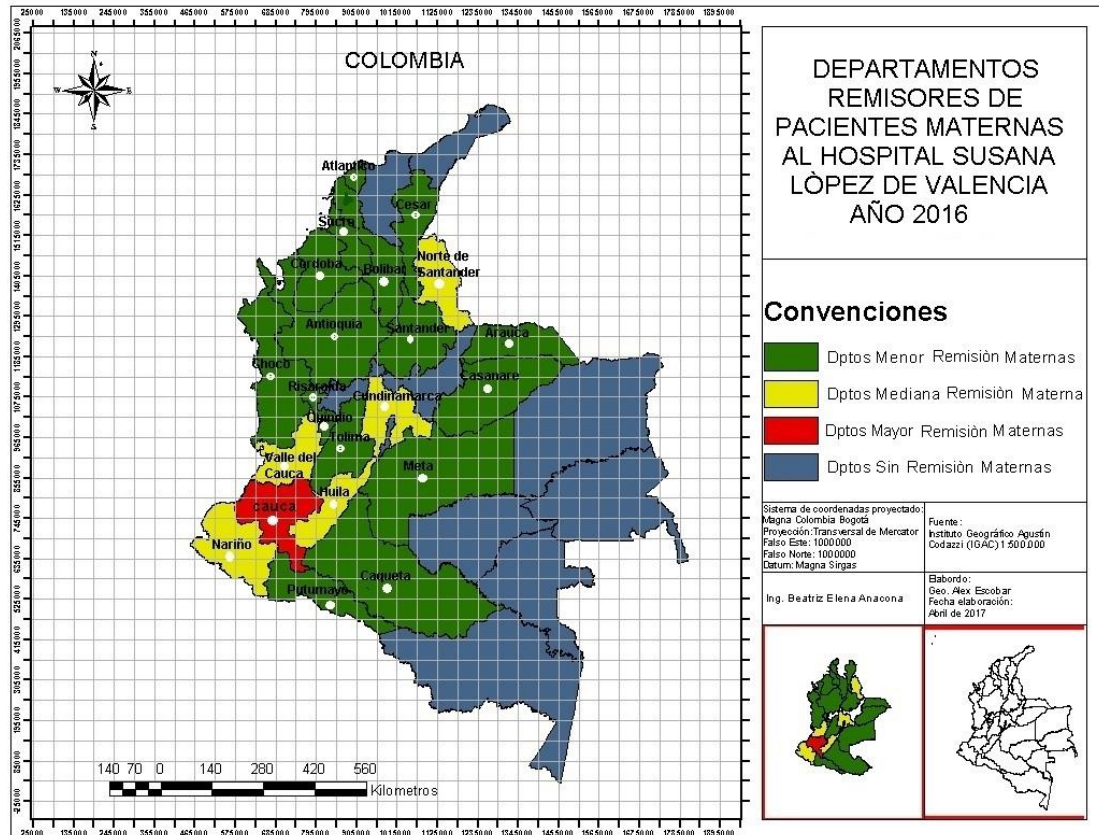
El manejo de los datos se hace por número de pacientes (individuo) y número de atenciones en el año (veces que el individuo accede al servicio en un periodo de tiempo), se logró identificar que la frecuencia de consulta de muchas pacientes varía de 1 a 13 veces durante el ciclo gestacional. Teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación, el análisis cuantitativo se realizó para el número de pacientes y el número de atenciones en el año 2016, dado que una atención por el servicio de urgencias de obstetricia sea repetitiva o de primera vez requiere una serie de recursos tecnológicos y científicos que deben ser tenidos en cuenta para el fortalecimiento de la atención de esta población.

A continuación se describen las características relevantes de la población.

A. Procedencia

El mapa siguiente describe la procedencia de las maternas que demandan el servicio de Urgencias Obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE en el año 2016. El departamento del Cauca se identifica de color rojo como el mayor remitente con un total de 5469, equivalente al 96% de la población atendida. Los departamentos de Nariño, Valle del Cauca Cundinamarca, Huila, Norte de Santander de color amarillo representan una remisión calificada como intermedia con un número de pacientes remitidos entre 11 y 53 pacientes con un porcentaje del 1%, el resto de los departamentos de color verde con remisiones menores a 10 pacientes representan el 0%, valor no representativo para el presente estudio. Este pequeño grupo de pacientes puede corresponder a mujeres cuya procedencia inmediata es otro departamento pero por razones diversas pero que por razones diversas se encontraban en el Cauca para el momento de la consulta.

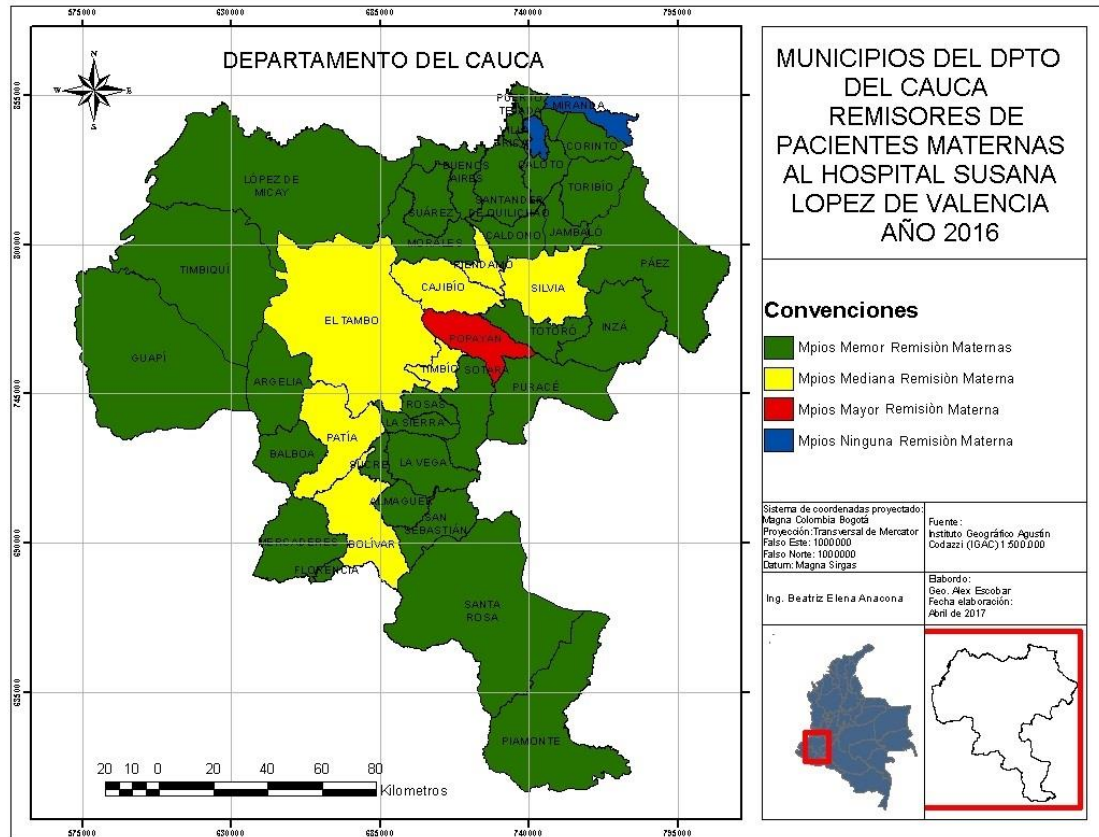
Figura 15. Mapa de georreferenciación de pacientes maternas remitidas al HSLV ESE por departamento



Fuente: La Autora

A partir del análisis general de los datos se evidencia que el departamento del Cauca tiene la mayor concentración de pacientes que demandan el servicio de obstetricia, por lo anterior se analiza los datos por municipios que el componen el departamento, como se expone en el siguiente mapa.

Figura 16. Mapa de georreferenciación por municipios de pacientes maternas remitidas al HSLV ESE por municipio.



Fuente: La Autora

El Municipio de Popayán de Color rojo es el mayor remitidor con el 54% del total de las pacientes; los municipios de color amarillo presentan una remisión entre el 3% y el 5% del total de las mismas y los Municipios de color verde representar entre el 1% y el 2% del total de las remisiones.

Como se expuso al inicio el interés de analizar tanto el número de pacientes como las atenciones, la tabla siguiente presenta los datos por cada municipio del departamento del Cauca, haciendo referencia a las dos variables.

Tabla 1. Distribución de población por municipio del departamento del cauca

MUNICIPIO	ATENCIONES	PACIENTES
POPAYAN	5699	3048
TIMBIO	428	268
EL TAMBO	308	213
PIENDAMO	254	186
BOLIVAR	211	160
CAJIBIO	205	156
PATIA	212	156
SILVIA	172	144
ARGELIA	155	124
TOTORO	157	116
LA VEGA	161	109
MORALES	118	96
ALMAGUER	112	87
BALBOA	92	71
PURACE	76	58
ROSAS	76	58
CALDONO	64	56
SOTARA	91	56
LA SIERRA	83	55
SAN SEBASTIAN	69	48
JAMBALO	31	28
MERCADERES	38	25
TORIBIO	30	23
BELALCAZAR	25	19
SUCRE	34	19
TIMBIQUI	24	17
INZA	27	15
FLORENCIA	19	12
GUAPI	12	10
LOPEZ DE MICAY	11	8
BUENOS AIRES	5	5
SANTANDER DE QUILICHAO	5	5
SUAREZ	5	5
CALOTO	3	3
CORINTO	3	3
SANTA ROSA	4	3
VILLARICA	3	3

MUNICIPIO	ATENCIONES	PACIENTES
PADILLA	1	1
PIAMONTE	1	1
PUERTO TEJADA	1	1

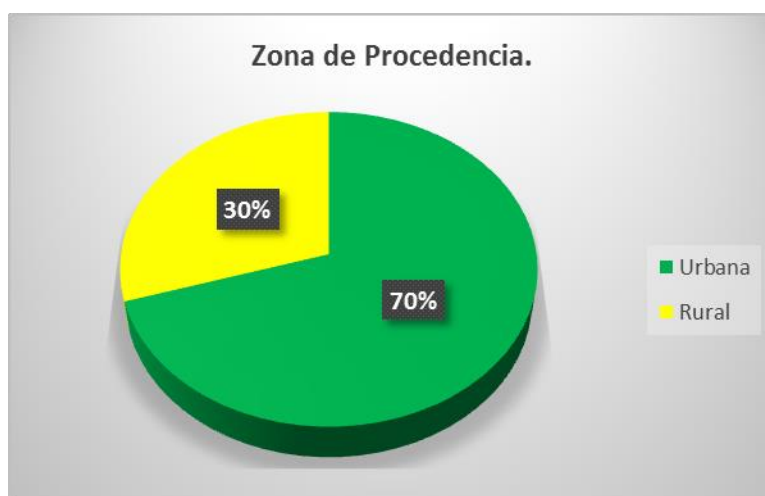
Fuente: La Autora

Distribución por Municipios

B. Zona de procedencia

El análisis determinó que el 70% de los pacientes equivalente a 3984 maternas proceden de la zona Urbana y el 30% equivalente a 1688 maternas de la zona rural.

Figura 17. Zona de procedencia

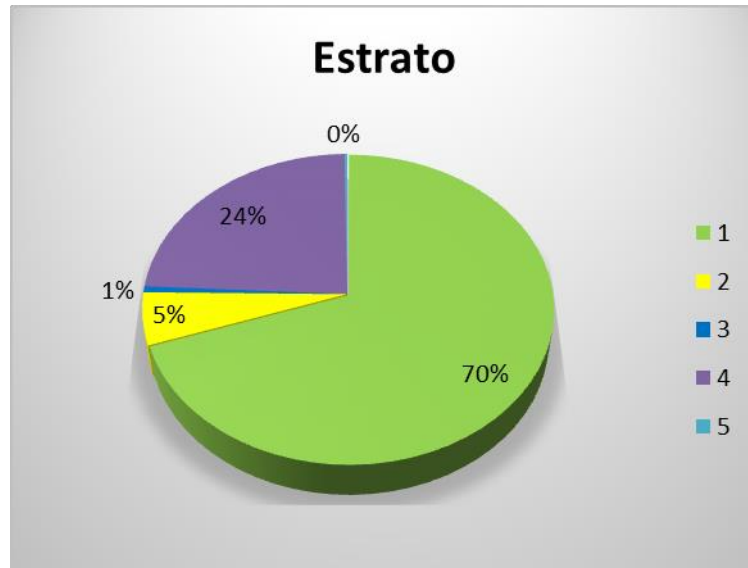


Fuente: La Autora

C. Estrato

El análisis determinó que el 70% de la población materna atendida en el año 2016 equivalente a 3956 pacientes es de estrato 1, el 24% correspondiente 1358 es de estrato 4, el 5% es de estrato 2 con 310 pacientes, el 1% con 35 pacientes es de estrato 3 y 14 pacientes con el 0% son de estrato 5.

Figura 18. Estrato

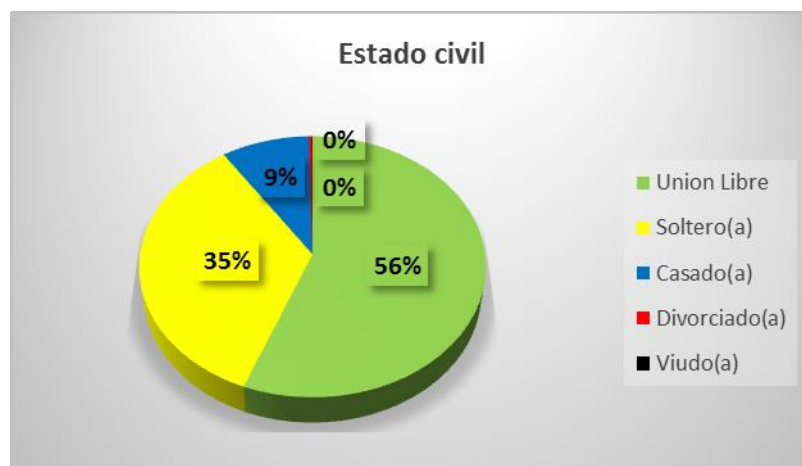


Fuente: La Autora

D. Estado civil

El análisis determinó que 3173 correspondiente al 56% de las pacientes, viven el unión libre, 1969 representando el 35% de la población son solteras, 512 con el 9% son casadas, 17 pacientes con un 0% son divorciadas y 3 pacientes con el 0% son viudas.

Figura 19. Estado civil

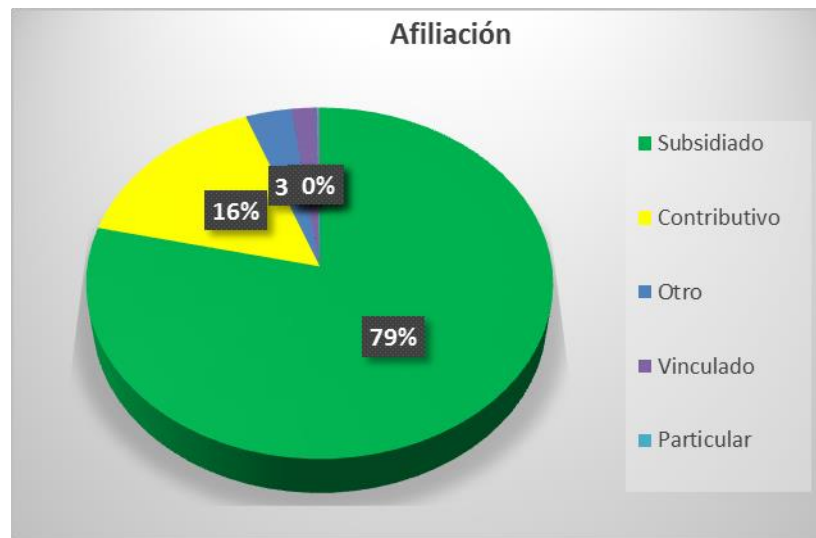


Fuente: La Autora

E. Afiliación al sistema general de seguridad social en salud

Se determinó que 4461 correspondiente al 79% de las pacientes pertenecen al régimen subsidiado, 894 pacientes con el 16% de la población al régimen contributivo, 199 pacientes con el 4% pertenecen a otro grupo no precisado en los registros, 109 pacientes equivalentes al 2% son vinculadas, 9 pacientes con el 0% son particulares y 2 pacientes con el 0% son desplazadas no aseguradas.

Figura 20. Afiliación al sistema general de seguridad social en salud

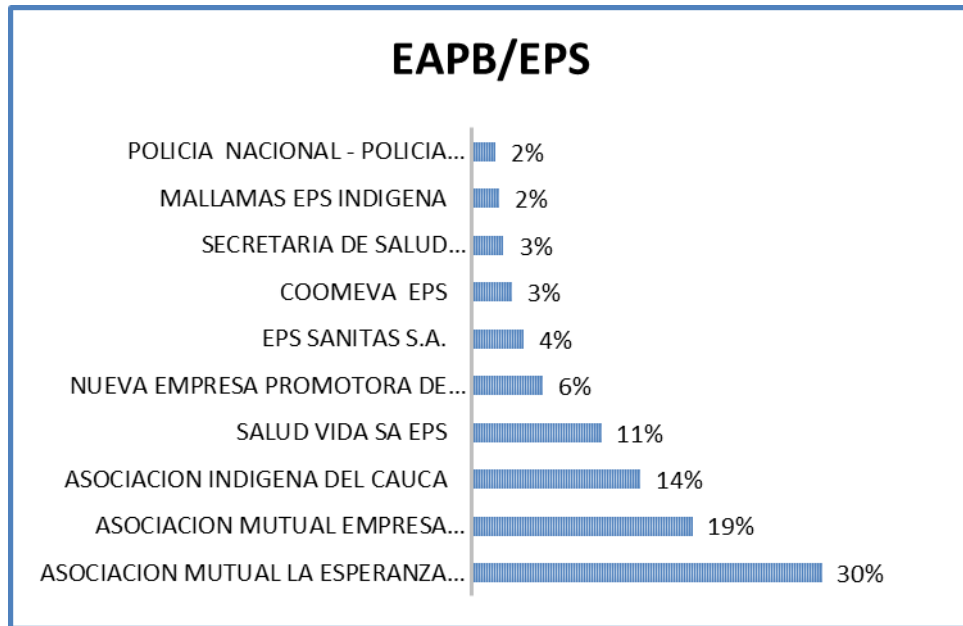


Fuente: La Autora

F. Afiliación a EPS

Se analizaron las Empresas administradoras de planes de beneficios y la Empresas promotoras de servicios de salud responsables de la afiliación de la población materna atendida en el servicio de urgencias en el año 2016 y se determinaron las primeras diez más representativas para el estudio así: ASMET SALUD ESS afilia al 30% del total de la población, EMSSANAR ESS al 19%, Asociación indígena del Cauca AIC al 14% , SALUD VIDA SA EPS al 11%, Nueva Empresa Promotora de Salud Nueva EPS S.A. al 6%, EPS SANITAS S.A. a 4%, COOMEVA EPS al 3%, Secretaria de Salud Departamental del Cauca al 3%, MALLAMAS EPS INDIGENA al 2% y la policía nacional al 2%.

Figura 21. Afiliación a EPS

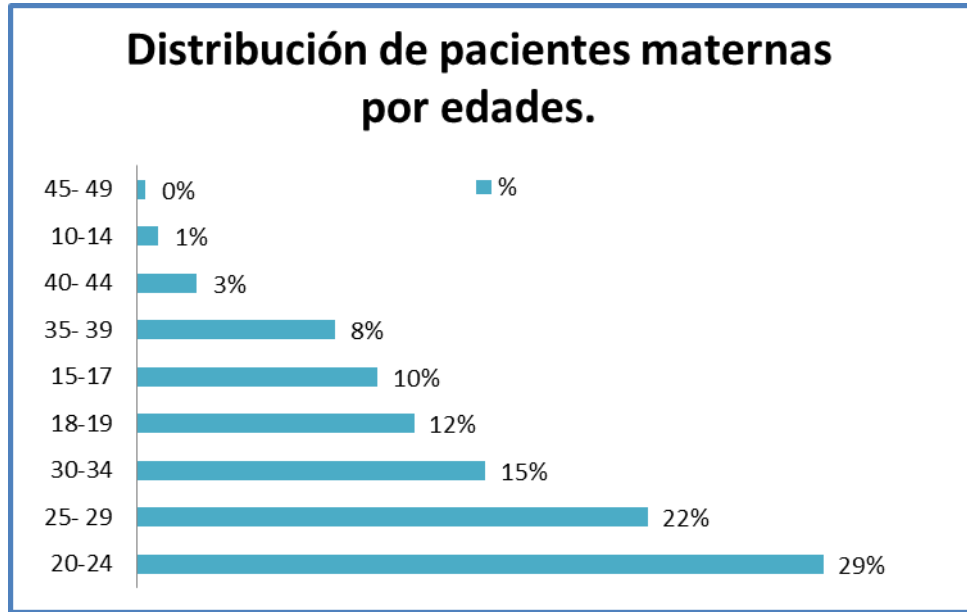


Fuente: La Autora

G. Edades de la población materna

Las 5674 pacientes maternas fueron distribuidas por edades de donde se estableció que 1659 pacientes equivalentes al 29% de las usuarias se encuentran en un rango de edad de 20 a 24 años, 1233 correspondiente al 22% de la población en una edad entre 25 y 29 años, 841 pacientes correspondiente al 15% en un rango de 30 a 34 años, 669 pacientes equivalentes al 12% en un rango de 18 y 19 años, 582 pacientes correspondiente al 10% al rango de edad de 15 a 17 años, 477 pacientes con el 8% de la población con un rango de edad de 35 a 39 años, 144 pacientes con el 3% de la población en un rango de edad entre 40 y 44 años, 51 pacientes representando el 1% de la población en un rango de edad de 10 a 14 años y 20 pacientes con el 0% en un rango de 45 a 49 años.

Figura 22. Edades de la población materna



Fuente: La Autora

Por otra parte dentro de los grupos de edades se determinó que las pacientes de 20 a 24 años son las que más frecuencia de consultas tienen, cuantificadas en 2759, seguido de las mujeres entre 25 y 29 años cuantificadas en 2043.

Figura 23. Grupo de edades

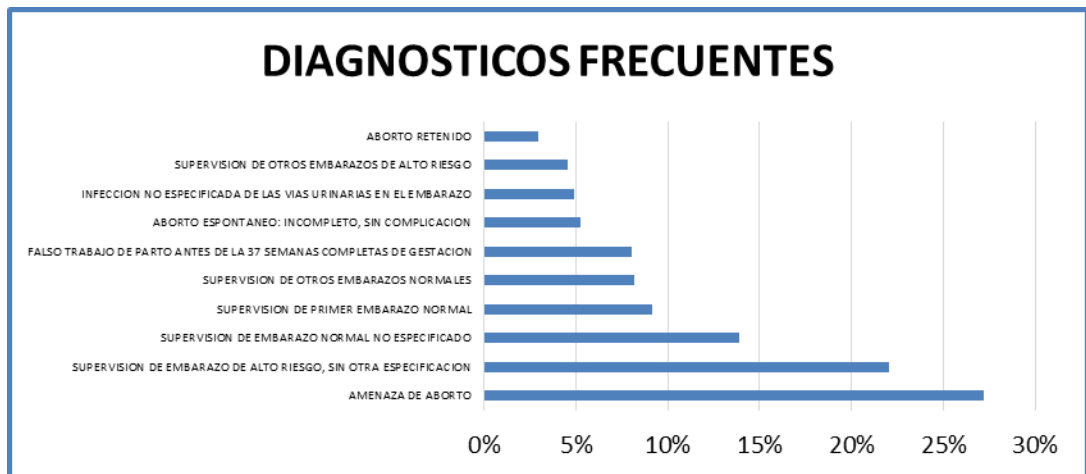
GRUPO DE EDAD	ATENCIONES
20-24	2759
25-29	2043
30-34	1435
18-19	1076
15-17	925
35-39	771
40-44	227
10-14	81
45-49	29

Fuente: La Autora

H. Diagnósticos frecuentes

Se determinaron los diagnósticos frecuentes por los cuales consultaron las pacientes maternas por el servicio de urgencias en el año 2016, de donde se determinaron las diez primeras causas más representativas así: 1542 maternas correspondiente al 27% de la población consultaron por amenaza de aborto, 1250 equivalente al 22% por supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación, 790 representando el 14% de la población para la supervisión de embarazo normal no especificado, 518 con un 9% del total asistieron para la supervisión de primer embarazo normal, 466 pacientes equivalente al 8% para la supervisión de otros embarazos normales, 456 maternas con el 8% del total por un falso trabajo de parto antes de la 37 semanas completas de gestación, 298 pacientes equivalente al 5% de la población por un aborto espontaneo incompleto, sin complicación, 280 pacientes también con un 5% por infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo, 259 maternas representando el 5%, para la supervisión de otros embarazos de alto riesgo y 166 pacientes correspondiente al 3% de la población por aborto retenido. La grafica siguiente describe los porcentajes de pacientes atendidas por las diez causas más representativas

Figura 24. Diagnósticos frecuentes



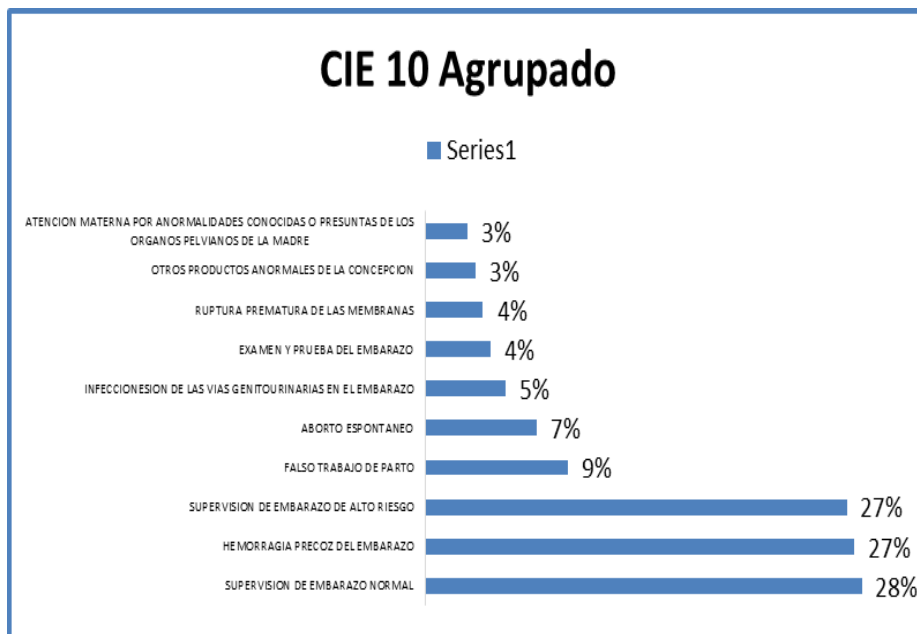
Fuente: La Autora

I. Diagnósticos agrupados de acuerdo a la Clasificación internacional de enfermedades CIE 10.

Se agruparon los diagnósticos de la población materna de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10, de lo cual se determinó que 1568 correspondiente al 28% de la población atendida acudió a supervisión de embarazo normal, 1542 correspondiente a 27% asistió por hemorragia precoz del embarazo, 1515 con el 27% por supervisión de embarazo de alto riesgo, 512

pacientes equivalentes al 9% por falso trabajo de parto, 399 gestantes que representan el 7% por aborto espontaneo, 287 con el 5% de la población por infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo, 234 con el 4% por exámenes y prueba del embarazo, 208 con el 4% por ruptura prematura de las membranas, 180 equivalente al 3% por otros productos anormales de la concepción y 153 con el 3% por atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre

Figura 25. Diagnósticos agrupados



Fuente: La Autora

Con los diagnósticos agrupados también se determinaron el número de prestaciones por cada uno de ellos, la tabla siguiente resumen la información:

Tabla 2. Diagnósticos Cie 10 Agrupados

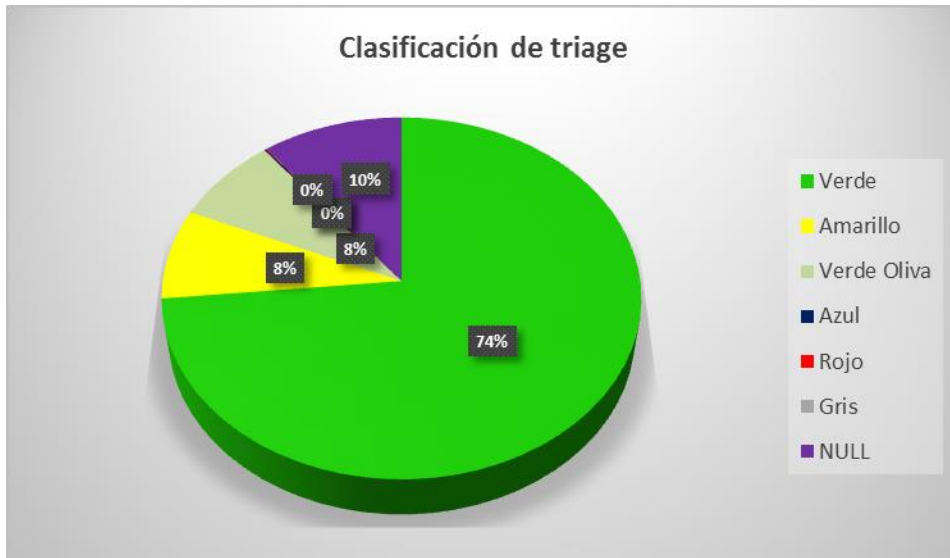
DIAGNOSTICOS	PRESTACIONES
SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	2090
HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO	2008
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	1794
FALSO TRABAJO DE PARTO	581
ABORTO ESPONTANEO	447
INFECCIONES DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	310
EXAMEN Y PRUEBA DEL EMBARAZO	260
RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	210
OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCION	238
ATENCION MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ORGANOS PELVIANOS DE LA MADRE	170

Fuente: La Autora

J. Clasificación del Triage.

Como se describió al inicio del análisis el total de atenciones de pacientes por el servicio de urgencias obstétricas fueron: 9346 en el año 2016, con ello se determinó que el 74% de las atenciones equivalentes a 6865 clasificaron en el color verde lo que indica para la institución que la paciente se puede atender en un periodo de una hora, el 8% que representa 752 pacientes clasificaron en amarillo lo que indica que son urgentes y se debe atender en media hora, el 8% correspondiente a 736 atenciones clasificó en color verde oliva que para la institución este tipo de pacientes se debe atender en un periodo de dos horas, 12 atenciones cuyo porcentaje es el 0% son egresos, lo que significa que no clasificaron como objeto de atención, una paciente que clasifiqué como gris y que la institución no tiene establecido el tiempo de atención y que depende de la disponibilidad de recursos del servicio, 6 atenciones que equivalen al 0% del total clasificaron de color rojo lo que significa que la institución debe atenderlas en 5 minutos y 973 atenciones que representan el 10% de la población resultaron como datos nulos.

Figura 26. Clasificación del Triage



Fuente: La Autora

ANÁLISIS DE EDADES

Mediante la herramienta de estadística descriptiva se determinó que el rango de edades de las mujeres que consultaron en el año 2016 está entre los 12 y 48 años, la media de las edades es de 25 años y la desviación estándar de 6,6 años, es evidente que la mayor población se concentra entre los 29 y 30 años.

➤ ANÁLISIS ESPECÍFICO PARA EL MUNICIPIO DE POPAYAN

La clasificación por municipios del departamento del Cauca determinó que la población más representativa corresponde a Popayán con un total de 3048 pacientes maternas y con 5699 atenciones. Por ser estos los datos más representativos dentro de la población se puede evidenciar que este genera el patrón de comportamiento de los demás datos como se describe a continuación con dos características.

En lo que corresponde a la afiliación de las pacientes se determinó que el 69% de las pacientes pertenecen al régimen subsidiado, el 24% de la población al régimen contributivo, el 5% pertenecen a otro grupo no precisado en los registros, el 2% son pacientes vinculadas y el 0% son particulares, lo anterior muy similar al análisis general de datos.

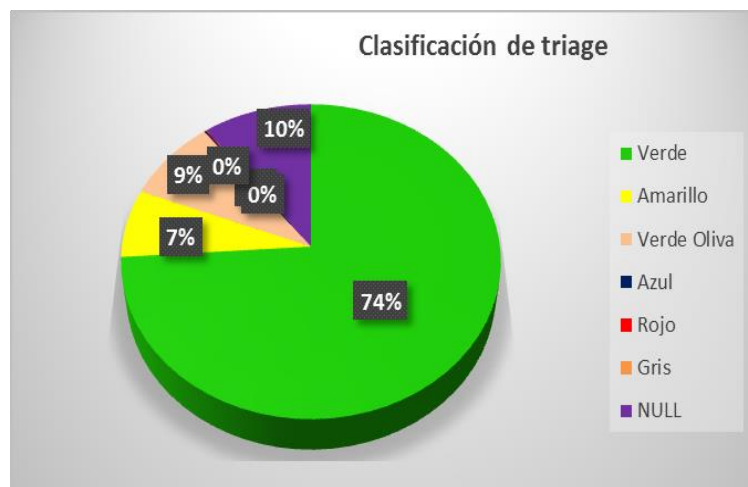
Figura 27. Afiliación



Fuente: La Autora

Por otra parte al analizar la clasificación de triage se observa que el 74% de las atenciones clasificaron en el color verde lo que indica para la institución que la paciente se puede atender en un periodo de una hora, el 7% de las pacientes clasificaron en amarillo lo que indica que son urgentes y se debe atender en media hora, el 9% correspondiente en color verde oliva que para la institución este tipo de pacientes se debe atender en un periodo de dos horas, el 0% son egresos, lo que significa que no clasificaron como objeto de atención, el 0% clasifico como gris y que la institución no tiene establecido el tiempo de atención y el 10% de la población resultaron como datos nulos, lo anterior también muy similar al análisis general.

Figura 28. Clasificación de triage



Fuente: La Autora

6.2.1 Conclusiones del análisis cuantitativo

- Los registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud para la población materna tienen inconsistencia asociada a la digitación de datos, en los campos de triage, afiliación, tipo de afiliación y estrato.
- El Hospital Susana López de Valencia ESE realizó 9346 atenciones a población materna en el año 2016 representada en 5674 pacientes, lo que significa que hay 1,64 atenciones por paciente, sin embargo el análisis deja en evidencia que existe una frecuencia de consulta de 1 a 13 veces durante el ciclo gestacional
- En el departamento del Cauca se concentra el 96% de la población materna atendida en el servicio de urgencias obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE en el año 2016.
- En el Municipio de Popayán se concentra la mayor población atendida en el servicio de urgencias obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE en el año 2016 la cual representa el 54% del total, proporcionalmente al número de atenciones que es de 5699.
- El 70% de los pacientes proceden de la zona Urbana y el 30% de la zona rural.
- El 70% de la población materna atendida en el año 2016 es de estrato 1, el 24% de estrato 4, el 5% es de estrato 2, el 1% de estrato 3, no fue posible corroborar la cifra del estrato 4 en los registros Individuales de Prestación de Servicios.
- El 79% de la población materna atendida pertenece al régimen subsidiado, el 16% al régimen contributivo, el 4% a otro grupo no precisado en los registros y el 2% son vinculadas.
- La población materna atendida en el servicio de urgencias en el año 2016 son afiliadas principalmente a las EPS: ASMET SALUD ESS, EMSSANAR ESS y Asociación indígena del Cauca AIC; empresas responsables de la atención en salud de las gestantes.
- Las pacientes maternas de 20 a 24 representan a la mayor población atendida con un 29% del total, seguido por las de 25 y 29 años, sin embargo las gestantes de 18 y 19 años, 15 a 17 años y 10 a 14 años representan un 23 %, dato de importancia para el fortalecimiento de los programas de salud pública y de la atención en general.
- Los diagnósticos generales muestran que el Hospital Susana López de Valencia ESE de mediana complejidad tiene concentrado sus esfuerzos en patologías de menor complejidad, como lo evidencia la amenaza de aborto con un 27%, y la supervisión del embarazo normal con un 14%.
- Al agrupar los diagnósticos de amenaza de aborto, supervisión de embarazo normal no especificado, supervisión de primer embarazo normal, supervisión de otros embarazos normales, falso trabajo de parto antes de la 37 semanas completas de gestación y aborto espontáneo incompleto estos representan el

72% en atenciones que podrían haber sido atendidas en el primer nivel de atención.

- Al agrupar los diagnósticos de acuerdo al CIE 10 se observa de forma más precisa, que las atenciones de la entidad están concentradas, en patologías que deberían ser realizadas en instituciones de menor complejidad, como lo muestran los datos, el 28% de pacientes con diagnóstico de supervisión de embarazo normal.
- Al analizar los diez primeros diagnósticos de acuerdo al CIE 10, se encuentra que solo el 35% correspondiente a supervisión del embarazo de alto riesgo, infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo y ruptura prematura de las membranas de estos corresponden a la complejidad del Hospital Susana López de Valencia ESE.
- La población más representativa del análisis corresponde al municipio de Popayán con un total de 3048 pacientes maternas y con 5699 atenciones, por ser estos los datos más representativos dentro de la población se puede evidenciar que este genera el patrón de comportamiento frente a los demás datos.

6.3 Caracterización Cualitativa

La caracterización cualitativa se realizó con el apoyo de entrevistas semiestructuradas, con el ánimo de dar mayor libertad y flexibilidad al entrevistador y al entrevistado para obtener información amplia respecto a la funcionalidad del servicio de urgencias obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE.

Se entrevistaron a cinco personas conocedoras del proceso tal como se describen a continuación:

- Subdirector del Hospital.
- Médica del servicio de Urgencias.
- Enfermera Coordinadora de Referencia y Contra referencia.
- Enfermero de Urgencias de ginecoobstetricia.
- Medico Coordinador de Auditoria.

La entrevista se orientó desde los principios del sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud dentro del sistema general de seguridad social en salud, los cuales se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario que sin lugar a dudas van más allá de la verificación de la existencia de la estructura o de la documentación de procesos sino que se enfocan más en el usuario y en la calidad del servicio que se presta.

Las preguntas de la entrevista se orientaron de la siguiente manera:

1. En el entendido que la Accesibilidad es la posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud, cuénteme usted que tan accesible es el servicio de urgencias para la población materna desde su óptica como (se describió el rol de cada persona en el servicio)?
2. En el entendido que la Oportunidad es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, cuénteme usted que tan oportunos son los servicios de urgencias para la población materna desde su óptica como (se describió el rol de cada persona en el servicio)?
3. En el entendido que la Seguridad es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención, cuénteme usted que tan seguros son los servicios de urgencias para la población materna desde su óptica como (se describió el rol de cada persona en el servicio)?
4. En el entendido que la Pertinencia es la garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren, cuénteme usted que tan pertinentes son los servicios de urgencias para la población materna desde su óptica como (se describió el rol de cada persona en el servicio)?
5. En el entendido que la Continuidad, es la garantía que los usuarios reciban las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias, cuénteme usted que tan continuos son los servicios de urgencias para la población materna desde su óptica como (se describió el rol de cada persona en el servicio)?

La entrevista se llevó a cabo en las instalaciones del hospital, en un ambiente diferente al servicio de urgencias lo que permitió generar un escenario de mayor confianza que se convirtió en una conversación profunda respecto de las problemáticas y fortalezas del servicio que se presta actualmente a la población materna.

6.3.1 Resultados de las entrevistas.

RESPUESTA A LA PREGUNTA 1.

El hospital presta el servicio de urgencias a la población materna del régimen subsidiado, contributivo y regímenes especiales del departamento del Cauca y de otros departamentos que remitan a esta institución, existe una ruta definida para esta población que minimiza las barreras de acceso, donde la gestante tiene la prioridad de ingresar inmediatamente al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia, todo esto articulado con la política IAMI de la cual la institución es partícipe.

Dada la complejidad del Hospital, la no resolutiveidad del primer nivel de atención y el fortalecimiento institucional como resultado de la aplicación de estándares de la acreditación, la demanda de servicios por la especialidad de obstetricia es alta. Si bien no existen barreras de acceso funcionales a este gran número de pacientes si existen barreras físicas para el acceso, por la forma como está construido el edificio, las pacientes no ingresa directamente al triage de ginecología y obstetricia sino que pasa primero por urgencias adultos, por lo que es necesario atender o gestionar esta oportunidad de mejora en el menor tiempo posible.

El hecho de compartir el triage con urgencias adultos y luego pasar a urgencias de obstetricia genera en oportunidades incidentes relacionados con la pérdida o confusión en los pasillos.

RESPUESTA A LA PREGUNTA 2.

Se tiene definido unos tiempos estandarizados de atención y están acordes a los estándares de calidad dentro del sistema único de acreditación, habilitación y la normatividad vigente, sin embargo cuando la demanda de pacientes crece en el servicio de urgencias obstétricas se altera la oportunidad de atención principalmente por las pacientes clasificadas en el triage verde, se prolongan los tiempos de atención por más de lo definido por la institución, generando incidentes e insatisfacción de las usuarias por la espera, sumado a ello las condiciones del ambiente los cuales no son tan confortables lo que altera el diagnóstico clínico de la materna.

La demanda creciente de servicios obstétricos están alterando los tiempos de atención, esta situación genera un sobreesfuerzo del personal médico y de enfermería para poder atender a todas las maternas. Es evidente en todos los turnos que llegan pacientes que pudieron ser atendidas en el primer nivel de atención, sin embargo por la política de Institución amiga de la mujer y la infancia que aplica el Hospital, no se le niega el servicio a ninguna gestante.

El principio de oportunidad es vulnerado, por ejemplo a pacientes de legrados en oportunidades han tenido que esperar dos y tres días para el procedimiento y las condiciones del servicio no son confortables, además la ausencia de vía oral durante este tiempo, puede generar que la paciente se descompense o infecte o hacer una hemorragia y convertirla en una verdadera urgencia.

Por otra parte se han presentado problemas con la toma de ecografías en los fines de semana y en las noches lo que genera que el proceso se extienda y aumenta el riesgo de las pacientes por no definir las rápidamente, lo que podría terminar en un incidente o evento adverso, por todo lo anterior es necesario gestionar otro tipo de estrategias que contribuyan a mejorar el criterio de oportunidad.

RESPUESTA A LA PREGUNTA 3.

El sistema de acreditación del Hospital ha llevado a que el servicio de ginecología obstetricia tenga unas prácticas de operatividad relacionadas con la seguridad del paciente sin embargo se debe mejorar en la cultura y fortalecer diariamente para que todo el personal este empoderado de la política de seguridad del paciente.

Existen muchos factores que actualmente están afectando la seguridad en la prestación de los servicios a la población materna, para iniciar la infraestructura no cumple con los requisitos mínimos de habilitación, es evidente la falta de la sala de observación, monitoria fetal, consultorios de especialistas y médicos, sala de espera, los espacios existentes son muy reducidos generando en oportunidades descompensaciones en las pacientes, cambios en las conductas clínicas y estrés laboral para el personal asistencial, que pueden terminar en eventos e incidentes adversos.

Otra situación es que la rotación de camas en hospitalización no permite que se puedan evacuar rápidamente a las pacientes que clínicamente necesitan el servicio, por lo tanto durante la espera pueden agravar sus condiciones fisiológicas.

En oportunidades se encuentra pacientes con sangrado, infecciones urinarias bajo efecto de medicamentos o que necesita rápido un legrado o una hospitalización,; mientras todo ello se gestiona no se les puede garantizar un espacio digno de espera y descanso por lo que se genera un ambiente hostil ante el servicio. La falta de los espacios mínimos de atención a la población materna generan una serie de incidentes como perdida de pacientes, las cuales se van a la sala de espera del servicio anexo que es imágenes diagnosticas buscando un espacio para descansar, situación que en oportunidades alteran los procedimientos clínicos.

La demanda de pacientes es alta, como se describió anteriormente es más evidente en las pacientes de triage verde, cuyos diagnósticos clínicos pueden ser atendidos en los hospitales de primer nivel, a esta situación se le suma la frecuencia de consulta, hay múltiples casos donde la paciente viene hacer su control prenatal por urgencias, argumentando que tuvo un sangrado o que se le dificultó la atención en el hospital de menor complejidad y que le da más seguridad pasar por urgencias así tenga que esperar varias horas.

Se evidencia que hay dificultad en el diligenciamiento de datos durante el ciclo de atención, hay fallas en la clasificación del triage, en oportunidades no se diligencia la totalidad de los campos de la historia clínica, hay errores de escritura; todo lo anterior lleva a dificultades en la gestión de la referencia de pacientes y demás

trámites para garantizar servicios complementarios así como también en la gestión de facturación y auditoría.

RESPUESTA A LA PREGUNTA 4.

La pertinencia, está asociada con la formación del personal que interactúa con el paciente, en lo que respecta a su pericia, practica como médico o enfermero dentro de la prestación de servicios de salud. La institución tiene adelantos significativos para reducir los riesgos asociados que afecten este principio, se han hecho procesos de entrenamientos para mitigar las fallas, se socializan las guías de práctica clínica, las cuales son la base de la planeación de la atención, se establece las conductas en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

Sin embargo la adherencia a las guías de práctica clínica es un proceso de mejora continua que la institución debe gestionar permanentemente para ir cerrando las brechas de inseguridad que genera una inadecuada práctica clínica

RESPUESTA A LA PREGUNTA 5.

En lo que respecta a la continuidad de la atención de la población materna se tiene un limitante y en gran parte obedece a la concepción de la red del departamento, por ser un hospital de mediana complejidad y por las especialidades básicas que maneja, aun no se ha dado la oportunidad de crecer en cuidado intensivo obstétrico y se debe remitir las pacientes a uno de mayor complejidad cuando se presentan este tipo de diagnósticos.

Se considera que el principio de continuidad se vulnera cada vez que se complica una paciente, se intenta remitirla a un centro de mayor complejidad pero la red de apoyo no responde oportunamente y terminan siendo manejadas dentro del Hospital incrementando los riesgos dado que no se cuenta con las condiciones mínimas de una unidad de alto riesgo obstétrico; por lo que es necesario gestionar esta oportunidad de mejora para lograr una verdadera atención integral.

Por otra parte se evidencia una falla en la continuidad dado que el servicio materno fetal atiende en algunas horas de la mañana y en la tarde y en los fines de semana generalmente no hay servicio, lo que ha generado remisión de pacientes a otro nivel, asumiendo el riesgo de un traslado y de la fragmentación del servicio.

6.3.2 Conclusiones del análisis cualitativo.

- EL servicio de Urgencias obstétricas del Hospital Susana López de Valencia ESE tiene una Infraestructura antigua que limita condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y humanización que conlleva al incremento del riesgo de incidentes adversos y a la insatisfacción en el usuario, además de la inexistencia de ambientes como sala de observación, monitoria fetal, consultorios.
- La demanda de servicios de salud de la población materna es alta, especialmente en el grupo de pacientes que clasifican en triage verde los cuales pudieron ser atendidos en el primer nivel de atención, desbordando la capacidad del servicio lo que vulnera el principio de oportunidad al ser evidentes las demoras en la atención e incremento del riesgo de incidentes o eventos adversos.
- Se presenta falta de oportunidad en la respuesta operativa de los servicios de Cirugía, Hospitalización, imágenes diagnósticas, medicina materno fetal, que conllevan a resoluciones clínicas tardías que pueden cambiar la conducta clínica de las pacientes y terminar en urgencias de mayor complejidad.
- No existe un triage para la población materna y ginecológica específica y se comparte con el de urgencias de adultos, generando demoras o confusiones dentro de la ruta de atención afectando la oportunidad del servicio.
- La pertinencia de la prestación de servicios de salud a la población materna es evaluada como buena, sin embargo existe la necesidad de continuar socializando y capacitando las guías de prácticas clínicas para mejorar la adherencia.
- Los muebles hospitalarios, equipos tecnológicos, elementos de apoyo logístico, que integran el ambiente hospitalario de la atención a la población materna, no son confortables y generan riesgo para las pacientes e insatisfacción.
- Existen fallas en la gestión de los datos de los registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, lo que genera dificultades en procesos de referencia, facturación y cartera.
- La continuidad de la atención de la población materna presenta limitantes dado que no se cuenta con cuidado intensivo obstétrico y se debe remitir las pacientes a instituciones de mayor complejidad cuando se presentan este tipo de diagnósticos generando fragmentación en el servicio.

7 PRIORIZACIÓN DE ÁREAS A INTERVENIR

Se construyó una matriz la cual permite priorizar las problemáticas potenciales de intervención identificadas en el análisis cuantitativo y cualitativo de la atención de Urgencias para la población materna del Hospital Susana López de Valencia ESE para el año 2016. Esta herramienta permite evaluar de forma participativa cada uno de los aspectos teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Frecuencia, Costos de las fallas y errores, Riesgo de muerte o complicaciones maternas, Riesgos para el personal y Pérdida de imagen institucional.

La frecuencia hace referencia a la cantidad de veces que se ejecuta el proceso no deseado o aspecto problemático durante la atención y se evalúa de la siguiente manera:

- 1= el proceso se ejecuta una o menos veces en el año.
- 2= el proceso se ejecuta pocas veces en el año.
- 3= el proceso se ejecuta varias veces en un mes.
- 4= el proceso se ejecuta varias veces en una semana.
- 5= el proceso se ejecuta varias veces en un día

Los costos de las fallas se refieren a la magnitud de los costos económicos, en vidas humanas, en imagen, etc. que puede generar la falla o aspecto problemático y se evalúa de la siguiente manera:

- 1= una falla en el proceso no genera ningún costo a la institución.
- 2= una falla en el proceso genera costos mínimos a la institución.
- 3= una falla en el proceso genera costos moderados a la institución.
- 4= una falla en el proceso genera costos grandes a la institución.
- 5= una falla en el proceso genera costos enormes a la institución.

El riesgo de muerte o complicaciones maternas, se refiere al riesgo que corre la usuaria de morir o de que se complique su estado de salud si el proceso o área problemática no se ejecuta adecuadamente o no es intervenida y se evalúa de la siguiente manera:

- 1= no existe ningún riesgo para el usuario.
- 2= el riesgo para el usuario es mínimo.
- 3= el riesgo para el usuario es moderado.
- 4= el riesgo para el usuario es alto.
- 5= el riesgo para el usuario es muy alto.

El riesgo para el personal, se refiere al riesgo que corre el personal de la institución a nivel de salud ocupacional si el proceso o área problemática no se interviene y se evalúa de la siguiente manera:

- 1= no existe ningún riesgo para el personal.
- 2= el riesgo para el personal es mínimo.
- 3= el riesgo para el personal es moderado.
- 4= el riesgo para el personal es alto.
- 5= el riesgo para el personal es muy alto.

La Pérdida de imagen institucional, se refiere al grado de pérdida de imagen que podría tener el Hospital si ocurre alguna falla o error al ejecutar el proceso y se evalúa de la siguiente manera:

- 1= una falla en el proceso no genera pérdida de imagen institucional
- 2= una falla en el proceso genera mínima pérdida de imagen institucional.
- 3= una falla en el proceso genera moderada pérdida de imagen institucional.
- 4= una falla en el proceso genera gran pérdida de imagen institucional.
- 5= una falla en el proceso genera enorme pérdida de imagen institucional.

La matriz se formula y permite sacar el promedio de las calificaciones dadas por los participantes de la evaluación para cada variable específica, de frecuencia, costos de las fallas y errores, riesgo de muerte o complicaciones maternas, riesgos para el personal y pérdida de imagen institucional, posteriormente multiplica los promedios y genera el índice de priorización. Este índice permite un rango de evaluación de 1 a 3215, siendo el 3215 y los valores cercanos los más críticos y que requieren intervención inmediata.

Para hacer la priorización de las áreas potenciales de intervención, se convocó a los entrevistados y a un profesional de ingeniería hospitalaria de la institución por el conocimiento de aspectos técnicos que tiene del servicio, para un total de seis evaluadores en la matriz descritos como E1 a E6 con ellos se analizaron los resultados del análisis cuantitativo y cualitativo y se sintetizaron las áreas a intervenir.

MATRIZ DE PRIORIZACION

En la casilla izquierda se ubicaron las áreas a intervenir o aspectos a priorizar y en las casillas siguientes se encuentran los aspectos a evaluar, dando la oportunidad de participar a cada evaluador de manera independiente. En las casillas de la derecha se encuentran los valores promedios de cada aspecto evaluado, los cuales forman el índice de priorización.

Tabla 3. MATRIZ DE PRIORIZACION

ASPECTO A PRIORIZAR	Frecuencia						Costos de las fallas o errores						Riesgo de muerte o complicaciones maternas						Riesgos para el personal						Pérdida de imagen institucional						Frecuencia	Costos de las fallas o errores	Riesgo de muerte o complicaciones	Riesgos para el personal	Pérdida de imagen institucional	INDICE DE PRIORIZACION
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E1	E2	E3	E4	E5	E6						
No existe un triaje para la población materna y ginecológica específica y se comparte con el de urgencias de adultos, afectando la oportunidad en la atención.	4	4	5	4	5	5	3	5	4	3	3	3	5	3	4	3	4	5	3	2	3	4	4	3	4	3	3	4	5	4	5	4	4	3	4	765
Infraestructura antigua que limita condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y humanización.	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2.528
operativa de los servicios de Cirugía, Hospitalización, imágenes diagnósticas, medicina materno fetal, que afectan la oportunidad y la seguridad de la atención.	3	4	3	3	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	3	4	3	3	4	3	3	3	5	3	4	4	3	5	4	5	4	3	4	831
La oferta de servicios de salud de la población materna es alta, especialmente en el grupo de pacientes que clasifican en triaje verde los cuales pudieron ser atendidos en el primer nivel de atención.	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2.635
Exste falta de adherencia a las guías de practica clínica.	4	3	4	3	3	3	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	3	4	5	4	5	5	5	5	4	3	3	5	5	4	5	1.361
Los muebles hospitalarios, equipos , elementos de apoyo logístico del ambiente hospitalario, no son confortables y generan riesgo para las pacientes e insatisfacción	5	5	4	4	4	3	5	5	5	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	3	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4	5	4	4	1.354
relacionada con la atención de la población materna.	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	1.829
No se cuenta con unidad de alto riesgo obstétrico lo que genera riesgo de complicaciones clínicas y fragmentación del servicio.	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	1.557

Cada uno de los participantes evaluó las variables de acuerdo al conocimiento que tienen del servicio y la experticia profesional dentro de la institución, obteniendo resultados cuantificables que se describen en la tabla siguiente.

Resultado de la priorización.

La tabla de resultados de la priorización describe la cuantificación de cada aspecto evaluado, siendo los valores más cercanos a 3215 los que requieren intervención inmediata. Para el grupo evaluador los aspectos que se requieren gestionar son:

La alta demanda de servicios de salud de la población materna en el Hospital y que pudieron ser atendidos en el primer nivel de atención, cuantificado en 2635 puntos, seguido de la Infraestructura antigua que limita condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y humanización con una puntuación de 2528 y las fallas en la gestión de la información relacionada con la atención de la población materna con 1829 puntos.

Se encuentran otros aspectos priorizados en valores intermedios como la falta de la unidad de alto riesgo obstétrico cuantificado en 1557, la falta de adherencia a las guías de práctica clínica con 1361 puntos y los muebles hospitalarios, equipos, elementos de apoyo logístico del ambiente hospitalario, no confortables con 1354 puntos, oportunidades de mejora que también requieren intervención.

Figura 29. Resultado de priorización de áreas a intervenir.

ASPECTO A PRIORIZAR	PRIORIZACIÓN
No existe un triage para la población materna y ginecológica específica y se comparte con el de urgencias de adultos, afectando la oportunidad en la atención.	765
Infraestructura antigua que limita condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y humanización.	2.528
Se presenta falta de oportunidad en la respuesta operativa de los servicios de Cirugía, Hospitalización, imágenes diagnósticas, medicina materno fetal, que afectan la oportunidad y la seguridad de la atención.	831
La demanda de servicios de salud de la población materna es alta, especialmente en el grupo de pacientes que clasifican en triage verde los cuales pudieron ser atendidos en el primer nivel de atención.	2.635
Existe falta de adherencia a las guías de práctica clínica.	1.361
Los muebles hospitalarios, equipos, elementos de apoyo logístico del ambiente hospitalario, no son confortables y generan riesgo para las pacientes e insatisfacción	1.354
Existen fallas en la gestión de la información relacionada con la atención de la población materna.	1.829
No se cuenta con unidad de alto riesgo obstétrico lo que genera riesgo de complicaciones clínicas y fragmentación del servicio.	1.557

Fuente: La Autora

8 ESTRATEGIA DIFERENCIAL PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS PARA LA POBLACIÓN MATERNA EN EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E

8.1 Descripción

Nombre de la estrategia: Susana Tejiendo Redes de Vida

Objetivo: Fortalecer la prestación de servicios de salud de Urgencias para la población materna en el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA ESE.

Actores claves: Junta directiva, Direccionamiento estratégico, Oficina de Planeación, Servicio de urgencias, Referencia y contrarreferencia, Sistemas de información, Ingeniería Hospitalaria, Programa de Prevención de infecciones.

8.2 Presentación de la Estrategia

La estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida busca el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud de Urgencias para la población materna en el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA ESE en articulación con la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, adoptada bajo la resolución 429 de 2016 (Resolución 429, 2016), la cual orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad Social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población Colombiana; en cuanto la estrategia está dirigida hacia la generación de mejores condiciones de salud para las gestantes del departamento del Cauca.

En el marco del cumplimiento de la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, la estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida, se integra al componente operacional de la misma expuesto por el Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS, adoptando una serie de herramientas que contribuyen a brindar mejores condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución, bajo condiciones de equidad para la población materna.

La estrategia promueve la innovación social en el sector de la salud, ya que se sincroniza con los objetivos de desarrollo sostenible descritos en la agenda 2030, donde se propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y que busca específicamente una disminución de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.(NU.CEPAL, 2016). De igual manera es la forma de integrarse y participar desde la institucionalidad pública en el cumplimiento de plan nacional de

desarrollo 2014 – 2018 `Todos por un nuevo país` el cual tiene como meta disminuir la razón de mortalidad materna a 42 días en el área rural dispersa a 80 por 100 000 nacidos vivos para el año 2018.(Plan nacional de desarrollo 2014)

A nivel departamental la estrategia pretende disminuir las brechas de los resultados en salud y recuperar la confianza en las instituciones públicas, mediante la reducción de barreras de acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios, y disminuir así a 72 X 100.000 nacidos vivos la Razón de mortalidad materna evitable anual en el departamento, tal como lo describe el plan de desarrollo 2016 – 2019 Cauca territorio de paz, (Plan departamental de desarrollo, 2016). Unido a ello la estrategia proyecta convertirse en la base operativa de la política de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI Integral) que desarrolla el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA ESE para lograr la certificación IAMI y a la vez ser el eje de transformación del servicio de urgencias de ginecología y obstétrica para alcanzar los objetivos del plan de desarrollo institucional 2017-2026, (Hospital Susana López de Valencia, 2017).

El origen de la estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida se da en el análisis cuantitativo y cualitativo de la prestación de servicios de salud de urgencias de la población materna en el año 2016, que permitió evidenciar una serie de fallas y acciones inseguras dentro de la atención en salud, que requieren de una intervención inmediata tendientes a disminuir los riesgos.

La estrategia se enfoca en la intervención de los tres aspectos mayormente cuantificados en la priorización de áreas a intervenir, los cuales son: la alta demanda de servicios de salud de la población materna en el Hospital y que pudieron ser atendidos en el primer nivel de atención el cual obtuvo 2635 puntos, seguido de la Infraestructura antigua que limita condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y humanización con una puntuación de 2528 y las fallas en la gestión de la información relacionada con la atención de la población materna con 1829 puntos, tal como lo describe la tabla siguiente.

Figura 30. Principales áreas a intervenir

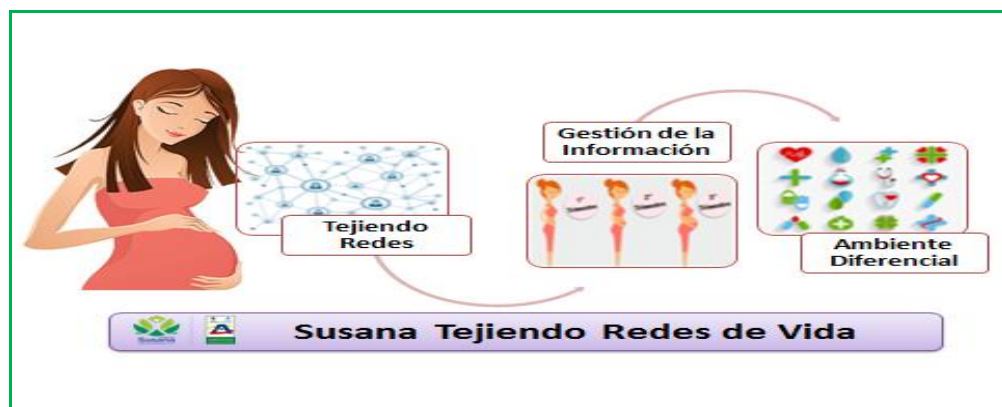
ASPECTO A PRIORIZAR	PRIORIZACIÓN
Infraestructura antigua que limita condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y humanización.	2.528
La demanda de servicios de salud de la población materna es alta, especialmente en el grupo de pacientes que clasifican en triage verde los cuales pudieron ser atendidos en el primer nivel de atención.	2.635
Existen fallas en la gestión de la información relacionada con la atención de la población materna.	1.829

Fuente: La Autora

Con el mismo grupo evaluador y con la participación de dos pacientes maternas se analizaron las posibles intervenciones y ajustes estructurales y funcionales que direccionaran de manera coordinada las acciones del servicio de urgencias obstétricas del HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA ESE con una visión centrada en la atención segura de la gestante. Estas intervenciones fueron clasificadas en tres componentes: Tejiendo redes, Gestión de la información y Ambiente diferencial que conforman la estrategia Tejiendo Redes de Vida.

Gráficamente la estrategia se puede ejemplificar como se observa en la Figura

Figura 31. Estrategia: Susana, Tejiendo redes de vida.



Fuente: La Autora

Susana Tejiendo Redes de Vida, se enmarca en la conformación de una red entre el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA ESE, y los prestadores de primer y tercer nivel ubicados en la ciudad de Popayán de naturaleza pública que prestan servicios de salud a la población materna, gestionada bajo un sistema de información eficiente y desarrollada en un ambiente diferencial que le permita condiciones de seguridad y humanización para las usuarias.

Complementariamente la estrategia planea reducir la fragmentación del cuidado asistencial de la población materna, mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de prestación de servicios, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las gestantes.

8.3 Componentes de la Estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida

A. Tejiendo Redes.

Este componente hace referencia a la necesidad inmediata de iniciar la transformación de la atención en salud mediante la organización de redes integradas de Servicios de Salud, definidas como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.(Organización panamericana de la salud, 2010).

En el marco de la política PAIS (Resolución 429, 2016), las redes integrales de prestadores de Servicios de Salud se definen como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del Modelo integral de Atención en Salud MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

Susana Tejiendo Redes de Vida, propone conformar una red de atención a población materna entre el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA ESE y los prestadores de primer y tercer nivel ubicados en el municipio de Popayán, de naturaleza pública, lo anterior fundamentado en el análisis cuantitativo de los

datos suministrados por el hospital, referente a la atención de población materna del año 2016, el cual dejó en evidencia que en el municipio de Popayán se concentró el 54% de las s pacientes que ingresaron por urgencias Obstétricas al Hospital Susana López De Valencia ESE, lo que significa que se atendieron 3048 gestantes y que estas generaron 5699 atenciones y que muchas de ellas consultaron más de una vez.

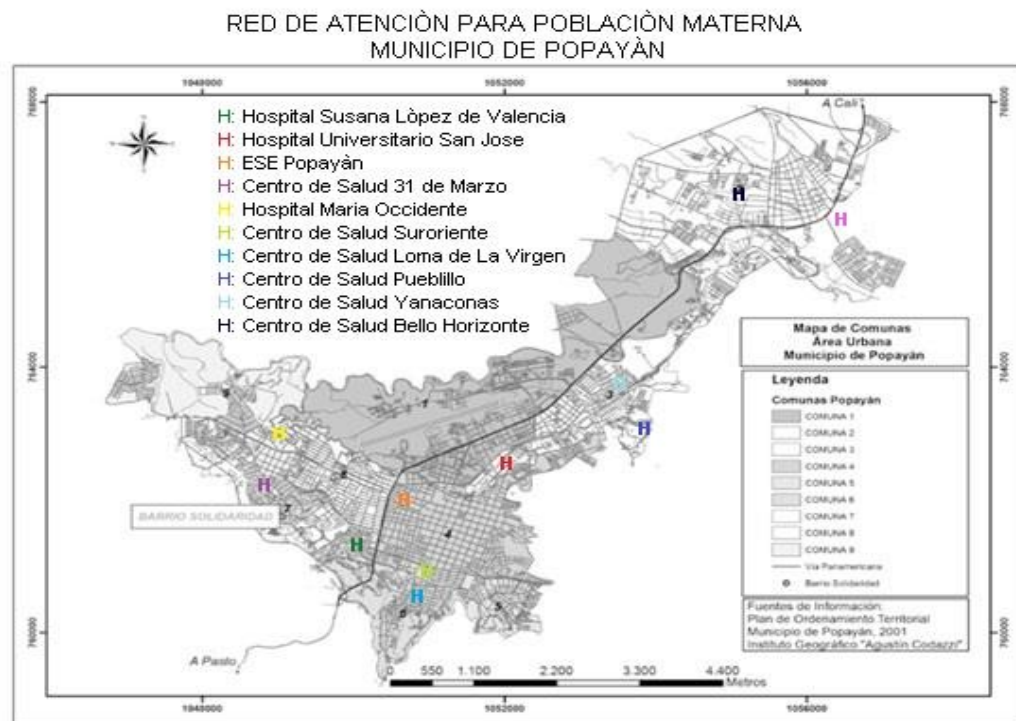
Por otra parte se determinó al analizar la clasificación de triage que el 74% de las atenciones clasificaron en el color verde y el 9% correspondiente en color verde con diagnósticos generales muestran que el Hospital Susana López de Valencia ESE de mediana complejidad concentra sus esfuerzos en patologías de menor complejidad, como en los Hospitales de nivel uno de la ciudad.

Por lo anterior, el tejer la red significa crear un mecanismo para articular las responsabilidades de los Hospitales de primer nivel de la ciudad, con los complementarios e incrementar la eficiencia del sistema respecto a la atención de la población gestante, esta unión operativa ayudará a descongestionar el servicios obstétrico de los hospitales de mediana y alta complejidad de Popayán así mismo será el origen de la red Integral de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS cuya responsabilidad de diseño y organización está a cargo de las entidades Promotoras de Salud-EPS en cada territorio del país, de acuerdo con lo establecido en resolución 429 de 2016 y en la resolución 1441 de 2016 (Resolución 429 de 2016).

Esta iniciativa ejemplifica el primer peldaño de la transformación del modelo de atención en salud que ha llevado a los pacientes a buscar cura de sus enfermedades en los hospitales de mediana y alta complejidad y que agotan sus recursos por un nuevo modelo que propone la política PAIS y que busca la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para la generación de ambientes sanos y saludables donde la innovación hace la diferencia en las diferentes regiones.

El componente de “Tejiendo la red” se puede visualizar en el siguiente mapa que describe las instituciones participantes

Figura 32. Mapa de red de atención materna, Municipio de Popayán



Esta iniciativa contempla una serie de pasos que de cumplirse cabalmente marcaran el éxito de la red:

- a. Caracterización de las instituciones participantes, según la capacidad resolutoria definida, de manera concertada y conjunta, para ello los actores de la red deben presentar el diagnóstico respecto al cumplimiento de las condiciones de habilitación previstas en la normatividad vigente, así como el plan de choque para lograr el cumplimiento si es el caso. Además de mantener actualizados los componentes de capacidad instalada definidos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- b. Definición del portafolio de servicios de instituciones participantes de la red, a partir de los servicios habilitados por parte de la secretaria de salud del Cauca.
- c. Los actores de la red deberán realizar el seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios de salud de cada institución, en términos de los atributos de la calidad, la adopción de normas técnicas, guías y protocolos para la atención y satisfacción de los usuarios
- d. Análisis y actualización de los procesos, procedimientos y guías de atención en salud materna – perinatal de los prestadores, coherentes con la aplicación del Modelo Integral de Atención en Salud.

- e. Adecuación y coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia entre los participantes de la red con el Centros Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE de la secretaria de salud del Cauca.
- f. Capacitación al talento humano de las instituciones que integran la red, en lo referente al funcionamiento de esta, rutas de atención ginecológica en los componentes primario y complementario y, roles a desarrollar, según corresponda.
- g. Definición de los roles de los actores primarios y complementarios. Siguiendo los lineamientos dados por la dirección de prestación de servicios y atención primaria (Resolución 1441, 2016), el componente primario, es el encargado de las acciones individuales y colectivas de fomento y auto cuidado de la salud materna, protección específica de gestantes, detección temprana - alteraciones del embarazo. Son los que resuelven los eventos relacionados con la salud materna más frecuentes y de menor requerimiento tecnológico. El componente complementario, será el encargado del tratamiento y la rehabilitación especializada de las gestantes, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar el ciclo continuo de la integralidad y continuidad en la atención. Al componente complementario, se derivan las pacientes que deban ser atendidas para riesgos ya materializados que demandan mayor complejidad en la atención y están orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de mayor tecnología médica, capacidad científica con especialidades y subespecialidades médicas no disponibles en el componente primario.
- h. Definición, actualización y socialización de las Guías de Práctica Clínica según las principales causas de atención en el servicio, sujetas a una medición de adherencia a guías de manejo.
- i. Formalización de los convenios interinstitucionales que evidencien el compromiso de participación y operación de la red por el fortalecimiento de la atención de la población materna en la ciudad de Popayán.
- j. Socialización formal a las EPS de inferencia en el municipio de Popayán respecto a la conformación de la red y la coordinación con dichas entidades.
- k. Socialización y divulgación de la Red a los usuarios, el papel que desempeñan y las rutas de atención que se deben tomar, según corresponda.

La conformación de la red en la ciudad de Popayán es una forma de innovar y transformar el modelo tradicional de atención, para ello la estrategia también involucra la utilización de las herramientas de la comunicación y la información para la operatividad de las misma, específicamente en la modernización de los centros de referencia y contrarreferencia haciendo uso del internet y las redes sociales como soporte en los procedimientos administrativos.

De igual manera la red contempla la implementación de programas de Telesalud como soporte de la institución complementaria a las instituciones primarias, mediante manejo de imágenes diagnósticas, exámenes de laboratorios con los

conceptos de los especialistas que evitaren desplazamientos de pacientes y fortalecerá el principio de oportunidad en la atención.

Educando a las Gestantes

La transformación del modelo de atención implica cambios culturales y de comportamientos de la población involucrada, por lo que se plantea llevar a cabo un programa de educación continua dirigido a las usuarias de la red, familias y demás comunidad enfocado en los deberes y derechos en salud direccionados por el Ministerio de protección social, adoptados al contexto Caucaño, teniendo en cuenta las características pluriétnicas y multiculturales del departamento y soportado en las siguientes líneas de acción:

- Autocuidado de la salud.
- Participación social en los servicios de salud materno perinatal:
- Derechos sexuales y reproductivos
- Sexualidad libre, placentera y autónoma,
- Factores de Riesgo del medio ambiente
- Planificación familiar
- Control prenatal.

Este programa busca fortalecer los procesos de información, educación y comunicación sobre la salud sexual integral, promoviendo el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, además de permitir el abordaje y respuestas con acciones que contribuyan a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el bienestar y la calidad de vida, construir relaciones equitativas y solidarias entre géneros, identificar en el hogar signos de alarma y canalizar la población a los servicios de salud correspondientes, esto implica fortalecer redes sociales y comunitarias sectoriales e intersectoriales para la promoción de la salud como un derecho fundamental.

El Programa de Educación Continua para Gestantes y sus Familias se convierte en la base de la formulación de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, definida por el Ministerio de Salud en el marco de la aplicación de la política PAIS, (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS, & Banco Interamericano de Desarrollo, 2016). Solamente que mientras en el Cauca se empiecen a dar esas transformaciones, la estrategia propone implementarlo de manera local con las características particulares de la región y con los recursos disponibles de las instituciones.

El programa contará con varios escenarios de socialización y sensibilización desde las instalaciones de los hospitales de la red a través de una sala interactiva donde la información se podrá codificar en las diferentes lenguas reconocidas dentro de los territorios indígenas y campesinos del departamento además del

manejo de imágenes didácticas que reflejan la temática de las líneas de acción, hasta escenarios educativos como escuelas y colegios.

Por otra parte tendrá un nodo promotor desde el Hospital Susana López de Valencia E.S.E y unos aliados estratégicos en los Hospitales de nivel, contara con herramientas de aprendizaje virtuales que permitirá un seguimiento sistemático que compromete la participación de los llamados promotores sociales, personas que se capacitaran exclusivamente en competencias afines a la promoción de la salud materna.

Como el programa busca empoderar a las comunidades, las familias y las mujeres para que tomen las medidas necesarias para una maternidad sin riesgo además de comprometer a las comunidades en los esfuerzos para propiciar el acceso de las mujeres a una atención materna culturalmente aceptable, el rol de los promotores sociales del programa es fundamental en el logro de los objetivos, por lo que pueden ser agentes de la misma comunidad que a la vez servirán de evaluadores de los servicios de la red de acuerdo a las necesidades locales.

El programa contara con una plataforma virtual que permitirá un aprendizaje continuo y se apoyara en las tecnologías de la información y la comunicación, para ello es necesario que los hospitales participantes fortalezcan su infraestructura de redes y progresivamente ingresen a la cultura del manejo de la información digital. Tanto la administración de la red como la operatividad del programa será gerenciado por el Hospital Susana López de Valencia ESE con el apoyo de los demás integrantes de acuerdo a un plan de acción operativo que será objeto de monitoreo permanente bajo el sistema de gestión de indicadores de la institución.

B. Gestión de la información

Un sistema de información en salud es aquel que integra la recolección, procesamiento reporte de información necesaria para el mejoramiento de los servicios de salud, a través de una mejor gestión en todos los niveles del sistema(Bernal Acevedo & Forero Camacho, 2011). En Colombia, el desarrollo de los sistemas de información dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud se ha llevado a cabo de forma fragmentada y se capturaran en fuentes muy dispares que no permiten compartirse fácilmente entre unidades de la institución y aplicaciones, muchas iniciativas en tecnología, y planificación no han tenido éxito, por múltiples factores, en los que se presentan la falta de recursos, planes de acción inadecuados, o por falta de una adecuada gerencia de la información.

El sistema de información en salud se construye con el propósito de fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud, gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud, además de contribuir con la medición del desempeño y resultados de los agentes del

Sistema y facilitar la toma de decisiones, así como suministrar a los ciudadanos información con la cual puedan ejercer el derecho a la libre elección. (Gattini, 2009)

En análisis cuantitativo y cualitativo deja en evidencia la necesidad de fortalecer la gestión de la información en el Hospital Susana López ESE, a partir de su sistema integrado de información, Dinámica gerencial el cual soporta la gestión clínica y administrativa de los diferentes procesos que conforman el Hospital; en este se registra la atención de la paciente materna, este flujo de datos es complejo dadas las múltiples fuentes y los niveles del manejo que se puede llegar a prestar a la paciente, donde intervienen un grupo interdisciplinario de profesionales quienes son los encargados de ingresar los datos al sistema, es aquí donde el sistema se puede alimentar de una multitud de errores de entrada de datos, reglas mal aplicadas, registros duplicados, y valores de datos faltantes o incorrectos.

Para fortalecer la gestión de la información la estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida, plantea lo siguiente:

- Implementar mecanismos de gestión, control y auditoria de la calidad de los datos en los siguientes aspectos:
 - Completitud, haciendo referencia a datos completos
 - Conformidad, haciendo referencia a la coherencia de datos
 - Precisión, haciendo referencia a exactitud con la que se presenta un dato.
 - Integralidad, haciendo referencia a los valores reales que se almacenan y se utilizan.

Con la medición de los anteriores aspectos en el Hospital Susana López ESE podrá medir y monitorear la calidad de los datos en todo su ciclo de vida y comparar los resultados en el tiempo.

Garantizada la calidad de los datos conduce a la estimación de indicadores que evidencian la prestación de los servicios de salud, tanto para el cumplimiento del marco normativo como para la gestión de la institución; la estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida, pretende convertir a los indicadores de salud como la principal herramienta operativa de la organización. Los indicadores son variables, susceptibles de ser medidos directamente y que reflejan el estado de salud de las personas que componen una comunidad, lo que permite, entre otras aplicaciones, la planificación, gestión y evaluación adecuadas de las políticas y programas de salud. (Jiménez & Ramos, 2014).

- Integración de otras fuentes de información que contribuyan a la complementación de la prestación de la población de maternas, las fuentes de información pueden ser internas del Hospital, u fuentes externas de la red de

prestadores de servicios de salud, que permita disponer de información complementaria en la prestación.

- Fortalecer la arquitectura empresarial, "La Arquitectura Empresarial es una metodología que, basada en una visión integral de las organizaciones – o en este caso, de todo el Estado –, permite alinear procesos, datos, aplicaciones e infraestructura tecnológica con los objetivos estratégicos de la organización o con la razón de ser de las entidades. (...) Su principal objetivo es garantizar la correcta alineación de la tecnología y los procesos de la organización en una organización, con el propósito de alcanzar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos", Revista CIO@gov del Viceministerio TI - MinTIC. Esto implica que Hospital refuerce las áreas de tecnología y áreas misionales en: infraestructura, recurso humano, lo cual va a garantizar que el Hospital tenga una mayor cantidad de información disponible para la toma de decisiones, a partir de la arquitectura empresarial así el Hospital tendrá argumentos para definir los requerimientos informáticos y de recurso humano necesarios para definir las rutas tecnológicas y empresariales.
- *Creación de un* clúster de la información con la participación de líderes de los diferentes procesos misionales y de apoyo conocedores de los datos y de la importancia de su gestión, para incorporar nuevos conceptos que faciliten el manejo de la información dentro de la ruta de atención en salud así como también el análisis de los factores que determinan el uso de nuevas tecnologías en cada uno de los procesos.
- Programa de capacitación continúa al área de tecnología y a las áreas misionales del Hospital.

C. Ambiente diferencial

El ambiente donde se prestan los servicios de salud influencia directamente en el comportamiento y el bienestar del usuario, si queremos una persona saludable, es necesario rodearla de un ambiente saludable, las diferencias psicológicas individuales son modificadoras importantes de la percepción y evaluación ambiental, por lo que es necesario desde la planeación del servicio hacer énfasis en la integración de las condiciones físicas, tecnológicas y ambientales del entorno con las practicas seguras y humanizadas que garanticen una atención cálida que dignifique al paciente y a su familia.

Los ambientes hospitalarios, el sistema organizacional, los modelos de gestión y comportamiento de un establecimiento de salud, requieren un análisis del contexto cultural y físico del usuario, a fin de favorecer una percepción humanizada del establecimiento que genere confianza en la atención además que garantice condiciones de seguridad que contribuyan a la recuperación efectiva de la enfermedad.(Bello, 2000)

Las instituciones de salud colombianas impulsan la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la

Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, en el entendido que la seguridad hace referencia al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.(Ministerio de Salud,2008).

Paralelamente las instituciones de salud vienen adoptando lineamientos dados por el ministerio de salud (Amaya, 2014) en lo que respecta a la humanización de los servicios de salud, relacionado con las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, ambientes confortables, el manejo de la información entregada, habilidades para la comunicación y el diálogo, todo lo anterior con un enfoque en la actitud de servicio humano hacia los pacientes

La estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida Propone al Hospital Susana López de Valencia ESE integrarse a las tendencias del hospital contemporáneo apuntando al concepto de “hospital evolutivo o diferencial”, entendido como aquella institución de la vida que pueda irse adaptando a nuevos requerimientos normativos, médicos y tecnológicos durante su ciclo útil, pero sobre todo que dignifique al ser humano y garantice condiciones de seguridad en la atención al menor coste posible, para lograr satisfacer al usuario.

La satisfacción del usuario es para las instituciones de salud un reto, la evolución de la las tecnologías de la información y la comunicación ha permitido ampliar el espectro de necesidades y pretensiones de parte del usuario (Organización panamericana de la salud, 2012) más aun con la declaración de la salud como derecho fundamental en Colombia. Los pacientes ahora exigen respuesta a sus preferencias, de ahí la necesidad de innovar en la prestación de servicios mediante estrategias de gestión a favor de la calidad en los servicios sin alterar los costos operativos de las organizaciones.

El análisis cuantitativo y cualitativo de la atención a la población materna dejo en evidencia la necesidad de intervenir el entorno físico donde se prestan los servicios de urgencias de obstetricia, dada la inexistencia de ambientes exclusivos para esta población así como también la necesidad de implementar estrategias que garanticen seguridad y confort para las gestantes y sus familias. En respuesta a lo anterior haciendo uso de las herramientas de la innovación social la estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida propone un ambiente diferenciador de población gestante, enmarcado en dos campos de acción; uno encaminada a establecer concertadamente las condiciones del diseño arquitectónico del servicio, el cual contempla los requerimientos normativos actuales, la funcionalidad del servicio y las tendencias de la arquitectura sostenible, y el otra encaminado en dignificar la prestación de los servicios para las gestantes y sus familias, convirtiéndolas en el objeto de la atención.

➤ **Condiciones para el diseño arquitectónico del servicio.**

El sistema único de la Habilitación cuyo componente normativo esta direccionado por el resolución 2003 de 2014, la cual define los procedimientos y condiciones de habilitación de servicios de salud, (Resolución 2003 de 2014), no describe específicamente los ambientes hospitalarios, ni criterios técnicos exclusivos para el servicio de urgencias de obstetricia, por lo que se tuvieron en cuenta solamente las generalidades en lo correspondiente a las condiciones básicas respecto a las líneas vitales hospitalarias (Agua, energía eléctrica, gases medicinales, combustibles, gestión de residuos).

En visita de campo con los participantes de la creación de la estrategia, se evaluaron las líneas vitales de la institución sin encontrar novedades significativas que ameriten intervenciones, por lo tanto el diseño del servicio de urgencias de obstetricia tiene como línea de base que la institución garantiza el cumplimiento de estos requerimientos que en la resolución se denominan `criterios para todos los servicios`.

En la discusión y análisis con el personal de más experiencia del servicio y los usuarios, se llegó a la definición de los siguientes ambientes, además de los aspectos diferenciadores que llevan a una atención particular de la población materna, apoyados en los criterios técnicos de la resolución 4445 de 1996 (Resolución 4445 de 1996) .

Tabla 4. Descripción de ambientes hospitalarios

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA M2
Estación de enfermería	1	20
Trabajo limpio	1	2
Trabajo sucio	1	2
Consultorio Ginecológico más baño	1	12
Consultorio de medicina general	2	20
Sala de monitoria fetal	1	10
Sala de observación	8 camillas	58
Baño pacientes	2	4
Baño personal	2	4
Sala de emergencias	1	14
Sala de procedimientos	1	12
Sala de espera	1	20
Cuarto de ropa sucia	1	2
Cuarto de aseo	1	2
Deposito	1	2
Cuarto de RH	1	2
Espacio de camillas	1	6
Cuarto de aislamiento más baño	1	12
Circulación	1	12
Sala interactiva para familias	1	12
Áreas comunes	1	20
TOTAL AREA		248

Fuente: La Autora

Los ambientes hospitalarios fueron determinados con el análisis de la ruta de atención de las pacientes y teniendo en cuenta la experticia de los conocedores del servicio. El gran reto de la infraestructura hospitalaria es construir ambientes saludables que contribuyan al mejoramiento de la enfermedad, bajo esta perspectiva la estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida se articula con los objetivos del plan nacional de desarrollo, el cual en su componente de movilidad social propone mejorar el acceso y la calidad de los servicios, fortaleciendo la infraestructura Física, equipamiento biomédico, industrial, tecnológico y mobiliario de las empresas Sociales del estado (ESE), para disminuir las brechas en

resultados en salud y recuperar la confianza pública en el sistema de salud, además de desarrollar esquemas alternativos de operación de hospitales públicos (Plan nacional de desarrollo, 2014).

Aspectos diferenciadores

- Los ambientes encaminados a la espera, observación y monitoria se establecieron con áreas superiores con el ánimo que la gestante este siempre acompañada de su cónyuge o familiar, para humanizar la atención a través del apoyo familiar.
- El diseño arquitectónico contempla la utilización de ventanales y elementos no estructurales, que favorezcan el aprovechamiento de la luz natural y los flujos de aire, la cual no genera stress a la gestante como lo hace la luz artificial y consecuentemente disminuir los costos de energética eléctrica en iluminación y ventilación.
- Los ambientes diseñados incluyen la construcción de una sala interactiva para dar información y educación a pacientes y sus familias, respecto a la salud de la gestante, derechos y deberes, salud sexual y reproductiva y la Estrategia IAMI. (Programa descrito en componente 1). La sala contara con herramientas propias de las tecnologías de la información y la comunicación que garantizara transmitir los mensajes en lenguaje español, guambia o nasa, teniendo en cuenta la diversidad étnica propia del departamento del Cauca.
- El diseño arquitectónico contempla las condiciones de privacidad visual y sonora en cada uno de los ambientes donde se debe examinar a las pacientes, ya que estos contarán con la tecnología para amplificar las imágenes y sonidos fetales, con el fin de llevarlos a una realidad aumentada, generando una experiencia más sensible que revele la importancia de la etapa gestante en la que se encuentra la paciente.
- Baños y duchas que brinden comodidad y seguridad a la materna, lo que se traduce en sobre dimensionar estos espacios, brindar agua tibia mediante sistemas ecoeficientes, además de los requisitos técnicos de habilitación.
- Camas maternas, que albergue a la gestante desde su llegada, durante el desarrollo de la atención y de ser necesario este mobiliario será transformable para el transporte y atención del parto; lo que generara mayor confort y control del stress a la paciente.
- Ambientes de Observación Tipo Aula; estos espacios individuales, además de acoger a la paciente materna y su acompañante, brindaran información valiosa, tal como:
 - Taller de preparación para el parto
 - Check list de los elementos que debe tener la madre para la llegada del recién nacido
 - Ejercicios de relajación y gimnasio pre y post parto.
 - Lactancia materna
 - Política institucional IAMI

- Servicios complementarios postparto de red de servicios y del HSLV
 - Cuidado especial preferencial, mediante una ruta de atención exclusiva para la mujer gestante, donde se dispondrá desde una puerta de acceso exclusiva (hoy es compartida con todo el servicio de urgencias adultos), un lobby de recepción en lugar de una simple sala de espera y facturación, para finalmente ser conducida la paciente a la zona asistencial del servicio de urgencias de ginecología.
 - Información precisa y oportuna, fundamentada en el sistema de información de la red, garantizando un flujo y disponibilidad de la información de cada paciente en cualquiera de las etapas y de los servicios recibidos, ya sea en el nivel primario o complementario.
- **Condiciones complementarias del ambiente hospitalario que dignifican el servicio de población materna.**

Para complementar la construcción de un ambiente diferencial para la atención de la población materna y a la vez hacer el máximo aprovechamiento de la instalación física, la estrategia Susana Tejiendo Redes de Vida, incluye la puesta en marcha de las siguientes acciones:

- Servicio integral de la atención materna: Consiste en el acompañamiento antes, durante y después del servicio prestado por el Hospital. El `antes` mediante el trabajo en red con la ESE Popayán y la gestión del programa de educación, el `durante` en la estancia en la gestante en el hospital y el `después` como proceso de seguimiento por parte de la institución a través del personal de enfermería minimizando complicaciones en casa.
- Servicios con Calidez; a través del proceso de gestión humana se impulsará una campaña de comunicación asertiva con las maternas y sus familias aplicando estrategias de buen trato como: saludar, hablar pausadamente, llamar a las personas por su nombre, identificarse correctamente y respetar los cultos y la cultura de las usuarias.
- Responsabilidad con el medio ambiente: A través de proceso de gestión ambiental capacitar a las familias de las gestantes respecto a la segregación adecuada de residuos hospitalarios, así como la implementación de técnicas de reciclaje a nivel institucional, doméstico y comunitario, además del uso eficiente de recursos naturales por un planeta sostenible.
- Acompañantes permanentes para las gestantes: la infraestructura garantizará que las gestantes siempre cuenten con el acompañamiento de sus esposos o familiares, esta acción empodera a la familia respecto al estado clínico de la materna y contribuye a la recuperación efectiva de la paciente.
- Ambientes de silencio: a través del proceso de gestión humana se desarrollará la campaña de silencio limitando conversaciones fuertes, bajo volumen de celulares y alarmas de equipos.

- Condiciones locativas y tecnológicas seguras: a través del proceso de ingeniería hospitalaria se gestionara la aplicación de un plan de mantenimiento periódico que garantice condiciones seguras en las camas, camillas, gradillas, barandas de baños que evite caídas de pacientes u otros incidentes relacionados.
- Canal institucional para la información general; se dispondrá de un canal exclusivo para transmitir información general de la institución y educación de salud materna integrada al programa descrito en el numeral 1.
- Acompañamiento sicosocial, través del proceso de gestión humana se impulsará el programa de apoyo emocional con el personal profesional competente a las gestantes especialmente a las pacientes sobre las cuales se sospecha a ser víctimas violencia sexual.
- Educación a familias: A través del personal de enfermería en articulación con el proceso de recursos físicos y ambientales se ejecutara el programa de educación a familias respecto a la salud de la gestante, derechos y deberes de las pacientes, autocuidado de la salud, con ayuda de las herramientas TIC de la sala interactiva Aula Mujer.
- Imágenes diagnosticas que dan vida: se propone renovar el ecógrafo convencional por uno que garantice imágenes tridimensionales preferiblemente en movimiento, de igual manera acondicionar la sala de ecografías para la población materna con monitores en la pared integrado a un sistema acústico que permita sensibilizar profundamente a los padres cultivando estrechas relaciones antes del nacimiento.

8.4 Indicadores de la Estrategia Susana, Tejiendo Redes de Vida

- Razón de mortalidad materna (x100.000 NV) por trimestre.
- Muertes maternas (MM) por trimestre.
- Numero de gestantes atendidas por mes.
- Numero de gestantes provenientes del Municipio de Popayán por mes.
- Numero de gestantes clasificadas en Triage verde por mes.
- Numero de gestantes participantes del programa de educación por trimestres.
- Porcentaje de eventos adversos relacionados con la atención en salud por mes.
- Porcentaje de incidentes adversos relacionados con la atención en salud por mes.
- Porcentaje de satisfacción de las usuarias por trimestre.
- Tiempo promedio de atención en consultorio.
- Estancia promedio de paciente materna por mes.
- Porcentaje de ocupación del servicio de urgencias obstétricas por mes.
- Número de pacientes gestantes remitidas por alto riesgo obstétrico por mes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Achieving the 2030 Target During the course of the MDG era the global. (2016). 2030.
- Amaya, Heidi. (2014). La humanización en los Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Calidad. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política De Colombia 1991, 108. Disponible en: <http://www.registraduria.gov.co/IMG/pdf/constitucion-politica-colombia-1991.pdf>
- Bello, S. C. (2000). Humanización y calidad ambientes hospitalarios. En Revista de La Facultad de Medicina, 23, 11.
- Bernal Acevedo, O., y Forero Camacho, J. C. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia^ies; Information systems in health sector in Colombia^ien; Sistemas de informação no setor saúde na Colômbia^ipt. Rev.gerenc.políticas Salud, 10(21), 85–100. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol10_n_21/estudios_1.pdf
- Briones, Jesus y Díaz, Manuel. (2013). Mortalidad materna. Disponible en: <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20Mortalidad%20materna-Interiores.pdf>
- Centro de prensa de la OMS. (2015). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
- Centro de prensa de la OMS. (2016). Mortalidad materna. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Complicaciones, D. E. U. C. O. N. (2002). Uso de servicios de salud. Bogotá
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Congreso de Colombia, (4), 51. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Congreso de la república de Colombia. (2015). Ley estatutaria No. 1751. Febrero 16, 13.

Constitucional, C. (2006).

Decreto 1011 de 2006. Ministerio de la protección social. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Derechos, D. (2005). Desarrollo Humano.

Derlet, R. W. (2008). Frequent overcrowding in US emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 8(2), 151–155. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01280.x>

Desarrollo, D. E. (2016). 2016 • 2019.

Dubois, Alfonso. (2006). Índice de desarrollo humano. Disponible en:
<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/125>

Extrema, M. (2016). Maternidad Segura Hospital Susana López de Valencia E.S. E. Interrupción Voluntario del Embarazo.

Gattini, C. (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud.

Health equity through action on the social determinants of health. (2008). Health equity through action on the social determinants of health. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants

Hospital Susana López de Valencia. (2017). Caminamos juntos hacia la excelencia en un territorio de paz.

Jiménez, S., y Ramos, E. (2014). *Medicina clínica*. Barcelona, 136(Supl 1), 29–33. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13076401>

José, A., y Baños, P. (2009). Capítulo 23 Mortalidad materna, 368–381.

Kerguelen Botero, Carlos Alfonso. (2001). *Calidad En Salud En Colombia*.

León, J., y Echavarría, G. (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. C, 7–19.

Ley 100 de 1993. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

- Ley 1438 del 2011. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- Ley 1751 de 2015. CONGRESO DE COLOMBIA. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- London, S., y Formichella, M. M. (2006). El concepto de desarrollo de Sen y su vinculación con la educación. *Economía Y Sociedad*. 17(XI), 17–32.
- Lud, M. D. E. S. A. (1993). Ministerio de salud Resolución 4445. TM 044 45.
- Macarena, C. D. La, y Meta, D. (2010). Informe de la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 35(9).
- Marcel Valcárcel (2006) Génesis y evolución del concepto y enfoques sobre el desarrollo
- Marx, K., y Marx, K. (1895). *Marxismo*.
- Mesa de trabajo de Bogotá sobre desplazamiento interno. (2005). *La salud: derecho fundamental*. Editorial Codice Ltda.
- Ministerio de la Protección social y Programa de Apoyo a la Reforma de Salud- PARS-. (2008). *Calidad en salud en Colombia, Los Principios*. Universidad Nacional de Colombia (Vol. 11). <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000500003>
- Ministerio de salud. (2006). *Lineamientos para la aplicación de la política de seguridad del paciente*.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2016). *Informadores de prestadores de servicios de salud*. Disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/directorio/consultaIPS.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS, y Banco Interamericano de Desarrollo. (2016). *Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
- Ministerio de salud. (2014). Resolución 2003 de 2014.

- Ministerio de la protección social. (2008). Programa de apoyo a la reforma de salud.
- Ministerio de salud. (2008). Política de seguridad del paciente.
- Montiel, L. (2000). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria.
- Mundial, B. (2005). Mortalidad materna en 2005 Mortalidad materna en 2005.
- Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Naciones Unidas, 72. <https://doi.org/10.1108/17427370810932141>
- National Center for Biotechnology Information. (2014). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26584737>
- NU.CEPAL. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe.
- Número, D. (2006). Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones: Medicina, 1–10.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2015). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- OMS UICEF UNFPA Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. (2015). Evolución de la mortalidad materna : 1990-2015, 14. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?ua=1
- ONU/OMS. (2008). El derecho a la salud. Organización Mundial de La Salud, folleto NO, 1–65.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Panorama general Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! .World Health Report, 4, 8–11. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
- Organización mundial de la salud. (2008). Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2012). CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Pp. 1–66. Disponible en: <https://doi.org/ISBN 978 92 4 154845 8>
- Organización panamericana de la salud. (2012). Evolución y tendencias futuras del hospital
- Organización panamericana de la salud. (2010). La renovación de la atención primaria de la salud en las américas.
- Patton, George., Coffey, Carolyn., Sawyer, Susan., Viner, Russell., Haller, Dagmar., Bose, Krishna., Vos, Theo., Ferguson, Jane. & Mathers, Colin. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0140673609607418.pdf?locale=es_ES
- Peñaranda, F. (2013). Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes – determinación social de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31(1), 91–102. Disponible en: <https://doi.org/Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.31 supl.1 Medellín Dec. 2013>
- Plan nacional de desarrollo 2014- 2018. (2014). Todos por un nuevo país.
- Plan departamental de desarrollo Cauca territorio de Paz 2016- 2019. (2016)..
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). Informe sobre Desarrollo Humano 2016 Desarrollo humano para todas las personas. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh>
- Renovaci, S. La. (2010.). La renovacion de la atención primaria de la salud en las Americas.
- Resolución, S. (2016). Resolución 429 de 2016.
- Rodriguez Cabrero, G. (2014). Invertir en la infancia: romper el ciclo de desventajas. European Commission Informe Nacional - España, 1–14. Retrieved from www.oei.es/inicial/articulos/invertir_infancia.pdf
- Salud, M. D. E. y Resolución, S. (2016). Política de atención integral en salud - PAIS.
- Say, Lale. Chou, Doris. Gemmill, Alison. Tunçalp, Özg., Moller, Ann-Beth., Daniels, Jane, Gülmezoglu, Metin., Temmerman, Marleen. & Alkema, Leontine. (2014).

- Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Disponible en: <http://icrh.org/sites/default/files/WHO.pdf>
- Sen, A. (2002). ¿ Por qué la equidad en salud?. *Rev Panama Salud Publica*, 11, 302–309. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>
- Sen, A. K. (2000). *Desarrollo y libertad Amartya Sen. Desarrollo Como Libertad*. p.7.
- Situaci, A. D. E., y Salud, D. E. (2015). (Asis). Dirección de Epidemiología y Demografía Bogotá, noviembre de 2015.
- Sobre, I. (2000). *Desarrollo Humano 2000 resueltos a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas*.
- Suárez, O. M. (2004). Schumpeter, Innovación Y Determinismo Tecnológico. *Scientia Et Technica*, 2(25), 209–213. Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistaciencia/article/view/7255%0Ahttp://files/622/Suárez - 2004 - SCHUMPETER, INNOVACIÓN Y DETERMINISMO TECNOLÓGICO.pdf%0Ahttp://files/623/7255.html>
- Ta, S. U. B. A. S. (2012). *Organización panamericana de la salud, Evolución y tendencias futuras del Hospital Pp. 1–21*.
- Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). Plan Decenal De Salud Pública. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- UNICEF. (2015). *Levels & Trends in Child Mortality*. Disponible en: http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/IGME-report-2015-child-mortality-final_236.pdf
- Unidas, N., y General, A. (2011). *Asamblea General*. 23270.
- Valencia, E. S. E. (2016). *Hospital Susana López de valencia E.S.E*.
- Villa, L., y Melo, J. (2015). *Panorama actual de la innovación social en Colombia*. Banco Interamericano de Desarrollo, 81.
- World Health Organization. (2014). *Maternal mortality*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112318/1/WHO_RHR_14.06_eng.pdf

World Health Organization. (2017). The right to health. Disponible en:
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323_en.pdf

Yinger, N. V, Bureau, R., Adamchak, S., Creel, L., & Ransom, D. (2002.). Sin Riesgos. Comunicación.

Zeit, D., & Beweis, D. (2010.). 9 E, (1122).