Mejoramiento continuo del programa de atención prenatal en instituciones del Seguro Social y de la Secretaría de Salud de Cali

Sonia Pazmiño de Osorio*

RESUMEN: Para explorar estrategias que permitieran disminuir la mortalidad materna en Cali, Colombia, se realizó un estudio longitudinal con el fin de medir el impacto de un programa de mejoramiento continuo de la atención prenatal a gestantes que asistían al control en cinco Centros de Salud estatales. El estudio se llevó a cabo en uno de los sectores de la ciudad con mayor violencia, desempleo y altas tasas de mortalidad general y materna, durante quince meses, de septiembre de 1994 a noviembre de 1995.

Basados en las normas de atención a gestantes utilizadas en los Centros de Salud, se desarrolló un modelo de control de calidad que permitió evaluar el desempeño y aplicar una metodología de investigación-acción-participación.

En una muestra del 5.4% de las historias clínicas de las gestantes que asistían a control prenatal se determinó la disminución, mes a mes, de los "defectos" en la atención médica lográndose un 93% de "cero defectos" en un año de intervención.

El impacto en la salud de las madres se reflejó en una mayor captación y tratamiento de la morbilidad de la gestante, en una disminución de 50% de cesáreas y en una disminución marcada (86%) de la patología del recién nacido, en especial del síndrome de dificultad respiratoria y de la mortalidad fetal.

Se concluye que desarrollar modelos de control de calidad en los distintos niveles de atención médica, puede ser una estrategia para disminuir la mortalidad materna y la morbilidad perinatal.

PALABRAS CLAVES: Control prenatal, control de calidad, mortalidad materna, mortalidad perinatal.

SUMMARY: For exploring strategies that permit reduce matern mortality in Cali, Colombia, a longitudinal study was carried out with the objective of measuring the impact of a program of continuous improvement in prenatal attention to pregnant women who assist to the control of five public Health Centers. The study was carried out in one of the most violent, unemployed and top rate general and matern mortality sectors of the city, during fifteen months, from september 1994 to november 1995.

Based in the norms of attention to pregnant women used at the Health Centers, it was performed a control of quality that permitted evaluate the reedeming and apply a methodology of investigation-action-participation.

In a sample of 5.4% of the clinical records from the pregnant women that assisted to prenatal control it was determined the decrease, month to month, of the "defects" in medical attention obtaining a 93% of "cero defects" in a year of intervention.

The impact in the mothers health was reflected in a mayor capacitation and treatment of the morbidity of the pregnant woman, in a decrease of 50% of caesarean operations and in a marked decrease (86%) of the pathology of the born child, specially in the sindrome of respiratory difficulty and fetal mortality.

It is concluded that performing control quality models in the different levels of medical attention, can be a strategy to reduce the matern mortality and perinatal morbimortality.

KEY WORDS: Prenatal attention, quality control, maternal mortality, perinatal mortality.

Introducción

Las tasas de mortalidad materna en Colombia se encuentran estacionarias en niveles altos, más de 140 por 100.000 nacidos vivos, desde hace aproximadamente 15 años (1-2).

Las cifras estadísticas en el país no son fiel reflejo de la situación, no obstante, en el departamento del Valle del Cauca y en la ciudad de Cali, donde existe una

adecuada vigilancia de las muertes maternas, la situación es similar, con cifras de 87.4 x 100.000 nacidos vivos en 1994 y 85.3 x 100.000 nacidos vivos en 1995 (3-8).

Un estudio en el área Metropolitana de Medellín demostró cifras similares (9). Estas regiones del país son unas de las de mayor desarrollo socioeconómico.

Esto sucede a pesar de que en los últimos 20 años se ha incrementado el control prenatal del 37% en la década del 70 y 87% en la del 90.

La brecha entre países desarrollados y en vías de desarrollo como el nuestro, se ha aumentado notable-

* Directora del programa.

mente en los últimos años, de tal forma que mientras en Canadá muere una madre por causas relacionadas con el embarazo, en Colombia mueren 47.

Aún entre países con similar PIB (Producto Interno Bruto) Colombia presenta marcadas diferencias, con Costa Rica, Uruguay, Cuba y Chile, por ejemplo (10-12).

A pesar de la relación indirecta, mayor desarrollo de los países menor mortalidad materna, ya que existen en los países poco desarrollados factores socioeconómicos, políticos y culturales que influyen en la mujer para que llegue en condiciones de mayor riesgo al embarazo; existe evidencia de que dentro de los servicios de salud se presentan condiciones de ineficiencia que contribuyen a incrementar las muertes maternas evitables (13-31).

El corregir estas fallas podría contribuir a modificar y mejorar el pronóstico para la salud de la madre y el niño. Los factores preconcepcionales de la mujer, extrasectoriales, se escapan de las manos de los agentes de salud, pero las condiciones de eficiencia y la calidad de los servicios sí están dentro de su órbita de influencia directa.

Con las anteriores consideraciones la Sociedad Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología convocó a las directivas del Seguro Social y de las Secretarías Municipal y Departamental de Salud de la Ciudad de Cali para realizar un trabajo, colaborativo, interinstitucional que se denominó "Mejoramiento Continuo del Programa de Atención Prenatal en instituciones del Seguro Social y la Secretaría de Salud de Cali".

La hipótesis planteada fue la siguiente: "El cumplimiento de las normas del programa de control prenatal, el conocimiento médico y de enfermería, y la precisión en la correcta utilización de los instrumentos de medición y observación, tiene que mejorar la eficacia, eficiencia y la efectividad. En consecuencia, los indicadores de calidad del cuidado médico deben mostrar variaciones significantes después de la intervención". El diseño cuasiexperimental del estudio sigue los lineamientos de un KAIZEN o un mejoramiento continuo asistido. La Vigilancia permanente y ajuste de los procesos por parte de un equipo humano, logrará (como hipótesis) crear una

cultura médica de hacer las cosas como deben hacerse, bien hechas!

Objetivos generales

1. El mejoramiento continuo de los programas de atención prenatal en términos de: 1. Diligenciamiento completo de la historia clínica. 2. Detección del riesgo obstétrico. 3. Manejo según normas. 4. Estandarización de técnicas de medición. 5. Calibración de instrumentos.

2. Evaluar la efectividad y eficacia del programa a través de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal del recién nacido.

Objetivos específicos

1. Revisar, semanalmente en una muestra de historias prenatales, verificando si todos los ítems que la conforman están debidamente diligenciados, y si se ha detectado el riesgo obstétrico y manejado según las normas.

1.2 Discutir con los médicos las conductas dudosas e introducir la corrección a los procesos.

1.3 Estimular el correcto diligenciamiento de las historias clínicas a través de comunicaciones periódicas a los directivos y al personal operativo.

1.4 Estandarizar las técnicas de toma de tensión arterial, altura uterina y peso en el personal médico y de enfermería de los Centros de Atención.

1.5 Calibrar semanalmente los tensiómetros y balanzas.

2. Identificar los cambios en la prevalencia de la morbilidad y mortalidad materna.

2.2 Identificar los cambios en la prevalencia de la morbilidad y mortalidad perinatal.

Metodología

Se realizó un estudio prospectivo de las gestantes que asistieron a control prenatal en cuatro Centros de Salud de la Secretaría de Salud Municipal y uno del Seguro Social, provenientes de las comunas 7, 13 y 14 de la ciudad de Cali durante 15 meses, de septiembre 1994 a noviembre 1995.

Representación esquematizada del modelo de evaluación

□□□□ To
(3 meses)

TI*
Desfase de normas

T2
Alcance y mantenimiento
Resultados
de normas

Tn

* Iniciación Observación
Observación Crítica del desempeño
y la calidad del cuidado médico a través de:

INTERVENCION

1. Análisis de Historia Clínica
2. Revisión del estado y funcionamiento de los instrumentos de medición (metros, tensiómetros, pesas)
3. Suficiencia de los recursos (humanos y apoyo médico)
4. Prevalencia de Período, de patologías y entidad trazadora. H.I.E.

1. Capacitación al personal médico y de enfermería
2. Calibración de instrumentos de medición
3. Monitoría de historias clínicas
4. Reforzamientos
5. Otros (en demanda).

Durante un período de tres meses se realizó observación crítica del desempeño y calidad del cuidado médico a través del análisis de la historia clínica, modelo de atención prenatal, normas del programa, revisión del estado y funcionamiento de los instrumentos de medición, como metros, tensiómetros y pesas, suficiencia de recurso humano, apoyo médico y prevalencia de período de las patologías. Durante este período se realizó la adecuación del modelo de atención de acuerdo con las normas vigentes, con énfasis en el mantenimiento preventivo de los instrumentos de medición, y se actualizó al personal médico y de enfermería en las normas de atención.

Período de intervención:

Un ginecoobstetra visitó los centros de atención una vez por semana, días diferentes, alternadamente en horas de la mañana y de la tarde, de acuerdo al horario de consulta. Seleccionó al azar 5 historias clínicas de las gestantes en consulta (muestra del 5% para un promedio de 150 a 200 gestantes nuevas cada mes) y la revisó registrando los defectos en el instrumento de Monitoreo diseñado con 86 variables de la historia perinatal, asignando puntaje a cada variable según el siguiente esquema:

0: 0 puntos. La variable fue registrada completamente, se reconoció el riesgo, si lo había, y se promovieron las acciones correspondientes.

1: un punto, se registró la casilla, se reconoció el riesgo pero... no se originaron acciones.

2: dos puntos, la casilla se registró correctamente pero... no se registró riesgo ni se originaron acciones.

3: tres puntos, casilla totalmente en blanco. No hay dato, no se reconoció el riesgo, no se originaron acciones.

4: cuatro puntos. Error en el registro o en la interpretación del dato anotado en la casilla.

En los casos de manejo inadecuado se conversó y asesoró al médico tratante.

Se realizaron reuniones periódicas con los directivos de los Centros para informar los condensados mensuales del monitoreo.

Semanalmente o cuando fue necesario también se calibraron los tensiómetros y balanzas del control prenatal.

En las clínicas u hospitales de remisión se estableció vigilancia para el llenado completo de toda la información relacionada con el resultado del parto y las complicaciones maternas y neonatales en la historia clínica de las gestantes del estudio.

Población de estudio

Todas las gestantes que asistieron a control prenatal a los centros de salud de la Secretaría de Salud Pública, en la Comuna 7 y las del Centro de Atención Ambulatoria (CAA) del Seguro Social de Alfonso López, durante el período de estudio.

La población que asiste a estos centros corresponde a los habitantes de la Comuna 7 del SILOS 2 (Sistema Local de Salud) y la población, de las Comunas 13 y 14 del SILOS 5, adscrita al CAA de López del Seguro Social.

Estas comunas tienen 341.386 habitantes que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, con altas tasas de desempleo, analfabetismo, mortalidad general y mortali-

dad materna. Disponen de acueducto, energía, telecomunicaciones y alcantarillado. Alrededor del 54% de las vías se encuentran pavimentadas.

Funcionan 19 puestos de salud, 6 centros de salud y 2 hospitales. De estos centros participaron en el Estudio: López, Siete de Agosto, Las Ceibas y Puerto Mallarino de la Secretaría de Salud Municipal y López del Seguro Social.

En estos centros se prestan servicios de medicina general y de control prenatal con médicos generales y auxiliares de enfermería, que remiten las complicaciones y embarazos de Alto Riesgo a los niveles 2 y 3 del sistema de Salud, Hospital San Juan de Dios y Universitario del Valle para la Secretaría y a la Clínica Rafael Uribe Uribe para el Seguro Social. No se hicieron modificaciones a las normas, ni administrativas, ni médicas del modelo de atención de cada institución.

En la fase inicial del estudio no todos los consultorios disponían de los elementos requeridos para el control prenatal, o estaban en mal estado. Se suplieron en los meses siguientes.

No se calibraban las balanzas ni los tensiómetros y no se les daba mantenimiento preventivo. Esta falla se corrigió durante el estudio.

La inspección y el control se iniciaron en el mes de diciembre, previa información a todo el personal involucrado en la atención acerca del proyecto de investigación.

Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados del proceso se hizo mensualmente a través de:

a) Porcentaje de defectos en el diligenciamiento de la historia clínica

b) Porcentaje de defectos en la identificación del riesgo obstétrico

c) Porcentaje de defectos en la conducta médica frente a riesgo obstétrico identificado.

d) Cumplimiento en la calibración de los instrumentos.

e) Acciones administrativas para corregir los defectos encontrados.

Para esta evaluación se utilizó el registro de Monitoreo de la Historia Clínica. Registro de defectos. Además se detectaron cambios en los recursos asignados y en el proceso de atención en los Centros.

Medición de la efectividad y la eficacia

El impacto social del programa se evaluó a través de las variaciones significativas de la mortalidad y la patología encontrada comparándolas con la del período de Observación Crítica e histórica. Todas las historias perinatales se procesaron en el Sistema Informático Perinatal del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) AP 1040. Ver 5.9.

Resultados

En el período del 1o. de septiembre de 1994 al 30 de noviembre de 1995, asistieron 5.368 gestantes de primera vez a los centros de atención donde se realizó el estudio. Se hicieron 18.813 consultas, con un promedio de 3.5 por gestante.

De ese total de consultas se revisaron 1001 historias que corresponden al 5.4%, para analizar 86 variables de las que contiene cada una de acuerdo al instrumento diseñado. La selección de las historias se hizo en forma sistemática, incluyendo a todos los médicos y tomando muestra todos los días de la semana en la mañana o en la tarde de forma alternada.

Se calificó el puntaje de defectos de 0 hasta 4 para cada variable. Los condensados mensuales de defectos por variable y por total de historias permitieron vigilar el desarrollo del proceso de mejoramiento en la calidad de los datos registrados y por ende de la calidad del proceso de atención a la gestante.

Durante el período del estudio terminaron su embarazo 3.741 gestantes. Sus historias fueron captadas en los diferentes niveles de atención y grabadas, previa revisión y complementación de los datos de morbilidad materna y del recién nacido anotados en las hojas de evolución. Se puso especial énfasis en la complementación de estos datos, aún en los casos de hospitalización de los recién nacidos, pues eran los principales indicadores de evaluación del programa.

De estas gestantes el 20.5% son menores de 19 años y el 6% mayores de 35 años. Es decir una de cada 5 se encuentra en los extremos de la edad reproductiva, lo que implica por sí mismo factor de riesgo obstétrico. Los datos sugieren que la población de gestantes que asisten a las instituciones de la Secretaría de Salud son más jóvenes que las del Seguro Social. (Tabla 1).

La mayoría, el 77% viven en unión estable y un 13.4% son madres solteras. También estos porcentajes parecen ser mayores en la Secretaría de Salud.

Encontramos 1.3% de madres analfabetas en total, un poco más en la Secretaría de Salud que en el ISS. Tienen un mejor nivel de estudios las gestantes del Seguro Social, con mayor frecuencia de estudios secundarios y aún universitarios.

El 28.9% son nulíparas, más frecuente en las de la Secretaría de Salud. El 3% de madres tienen 4 y más hijos.

En ambas instituciones el hábito de fumar resultó ser similar 1.8% y 1.9% respectivamente.

Tabla 1
DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS GESTANTES QUE CONSULTARON A LAS INSTITUCIONES DE LA SECRETARIA Y SEGURO SOCIAL DEL AREA DE ESTUDIO. SEPTIEMBRE 1994-NOVIEMBRE 1995

Grupos de Años	Secretaría		ISS		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-14	17	1.0	2	0.1	19	0.5
15-19	475	29.0	270	12.8	745	20.0
20-24	587	35.8	684	32.5	1271	34.0
25-29	307	18.7	591	28.1	898	24.0
30-34	166	10.1	337	16.0	503	13.4
35-39	66	4.0	130	6.2	196	5.2
40-44	13	0.8	17	0.8	30	0.8
45-49	0	0.0	3	0.1	3	0.1
S.D.	7	0.4	69	3.3	76	2.0
Total	1638	100.0	2103	100.0	3741	100.0

Resultados de monitoreo de las historias

Los condensados mensuales de las variables con cero defectos muestran un 65.9% para el primer mes del monitoreo, diciembre de 1994; en ambas instituciones los porcentajes son similares.

Si consideramos que la historia perinatal está implantada hace 10 años en la Secretaría y 8 años en el Seguro Social y se trata de una historia con los datos básicos para un diagnóstico y tratamiento adecuado, este porcentaje es inadecuado.

En los dos meses siguientes se observa un rápido incremento hasta superar el 85%. Se necesitaron 3 meses de monitoreo para obtener una historia mejor diligenciada. Posteriormente, se observa un descenso en los meses de mayo y junio que se analizó en reunión con los médicos participantes y fue atribuido a la falta de inducción del nuevo personal contratado. Las medidas tomadas se ven reflejadas en una recuperación y sostenimiento del mejoramiento hasta lograr el 93%.

Siempre se presentó un 10% de diferencia a favor de la Secretaría y sólo en el mes de noviembre de 1995 el Seguro Social logra igualarla en 92% de cero defectos. Este hallazgo requiere estudio para esclarecer las causas de la diferencia.

El mayor porcentaje de defectos correspondió a la falta de llenado de las variables que inicialmente fue del 30.5% observándose la respuesta en una imagen en espejo de la curva de cero defectos, mostrando la disminución a lo largo del período de estudio, hasta llegar a 6.8%.

Aquí también se observa una mayor respuesta en la Secretaría.

La falta de detección de riesgo obstétrico, casillas amarillas, inicialmente fue del 1.8% y disminuye hasta negativizarse.

El error que se incrementa inicialmente del 1% al 1.7%, a medida que aparece la información, también disminuye hasta llegar al 0.4%. Los principales errores detectados fueron en los antecedentes obstétricos, en el diagnóstico de la correspondencia entre la altura uterina y la edad de gestación y en el llenado de las gráficas de peso y de altura uterina.

Se agruparon las variables de identificación así: edad, estado civil, alfabetas, ocupación, estudios.

Las de antecedentes: personales, familiares, obstétricos, peso previo, fecha embarazo anterior, algún recién nacido con peso menor de 2.500 grs y fuma.

Las de Examen Clínico y Diagnóstico: Talla, fecha de la última, fecha probable de parto, examen odontológico, examen físico, examen de cérvix y examen de mama. En este grupo se incluyó la fecha de la última regla por ser la base del pronóstico de la fecha probable de parto que es pronunciamiento diagnóstico.

Exámenes de laboratorio: Hemoclasificación, serología, citología, glicemia, parcial de orina, hemoglobina, hematocrito y otros que son los que corresponden a los ordenados ordinariamente en ambas instituciones.

El agrupamiento mostró que las correspondientes a identificación y exámenes de laboratorio tenían porcentajes de cero defectos por encima del 80% en el primer trimestre del monitoreo e incrementaron su porcentaje a lo largo del estudio hasta llegar a más del 90% en ambas instituciones.

Las variables correspondientes a examen clínico y diagnóstico y antecedentes eran las que tenían menores

porcentajes al comenzar, 66%; respondieron mejorando a lo largo del estudio hasta llegar al 80%.

Las variables de identificación y las de exámenes de laboratorio de rutina son responsabilidad de las auxiliares de enfermería que intervienen en el control prenatal. Las variables de Examen clínico y Diagnóstico son de exclusiva responsabilidad del médico.

Se debe tener presente que es necesario disponer de los equipos, materiales y suministros oportunamente para que esta labor se desarrolle sin tropiezos. Un ejemplo fue la falta de tallímetro en los consultorios que al no suplirse el médico no pudo, en un alto porcentaje, medir la gestante. Algo similar sucedió con los espéculos y contratos para lectura de las citologías. También se hace necesario redefinir el tiempo médico necesario para el examen físico con examen ginecológico incluido para las gestantes de primera vez.

Durante el año de estudio se tuvo especial cuidado en el mantenimiento preventivo y la calibración de los tensiómetros y balanzas.

Se demuestra entonces un mejoramiento notable en la calidad de la atención. En este mejoramiento influyó notablemente la capacitación y asesoría permanente que se les brindó a los médicos por parte de los ginecoobstetras. Se hizo énfasis en la detección y tratamiento oportuno de la morbilidad materna y detección de las principales patologías causantes de mortalidad materna y perinatal como la toxemia y la prematuridad.

Resultados maternos y en el recién nacido

La morbilidad detectada en las gestantes es alta. El 45.5% de las gestantes durante su embarazo presentan alguna patología. Las de la Secretaría presentan mayor patología (61.8%) que las del Seguro (32.8%). La mayor patología en la Secretaría es real, no se puede explicar por el 10% de mejor llenado de las historias y complementación de estos datos se le da validez a esta información lo que significa que la población de la Secretaría es más enferma y esta diferencia puede estar relacionada a un mejor ingreso económico al tener un empleo el esposo o ella que es la característica de los usuarios de Seguro. En la Secretaría se observa un incremen-

to por trimestres en la detección de la patología materna, en el Seguro este incremento no se observa. En ambas instituciones se presentó incremento con significancia estadística en el segundo trimestre de la intervención.

Al discriminar las patologías se observa en ambas instituciones que se incrementa el diagnóstico de las otras infecciones que corresponde a las vaginosis e infecciones urinarias. Es notable el incremento en el diagnóstico de las infecciones urinarias que se doblan en ambas instituciones del trimestre previo al 4o. trimestre del estudio. (Tabla 2).

Llama la atención cómo la ruptura prematura de membranas (RPM) disminuye en 64%, 3 veces, en ambas instituciones y la desproporción fetopélvica disminuye siete veces (86%) en ambas instituciones. Estos diagnósticos se hacen en el Nivel II de atención del parto donde no se hizo intervención. En la Secretaría se incrementó además el diagnóstico de anemia y Preeclampsia.

En los recién nacidos se presentó una marcada disminución de su patología al nacer, de 5.7% en el trimestre previo al 0.8% en el 4o. trimestre, en ambas instituciones. Disminución del 86%, 7 veces. (Tabla 3).

La disminución más notable sucedió en otros síndromes de dificultad respiratoria (otros SDR) de 0.6% a 0.3% en la Secretaría y de 0.8 a 0.0 en el ISS y de la membrana hialina de 0.3% a 0.0 en la Secretaría y de 0.8% a 0.0 en el ISS. Otras patologías como los defectos congénitos disminuyeron en la Secretaría.

Llama la atención la relación encontrada entre el incremento del diagnóstico de infecciones urinarias y vaginosis y la disminución de los diagnósticos de desproporción y de RPM en la madre y los otros SDR en el recién nacido. (Tabla 4).

La mortalidad perinatal descendió a expensas de la mortalidad fetal que disminuyó 4 veces de 10.6 por mil nacidos vivos + muertos a 2.5. (Tabla 5).

En la forma de terminación del embarazo también se encontró disminución en las cesáreas de 50%, del 14% en el trimestre previo a 7.3% en el 4o. trimestre.

De una mayor intervención en el Seguro en el período previo de 18.9% descendió al 7%, dos y medio veces. En la Secretaría descendió a la mitad. (Tabla 6).

Tabla 2
INCIDENCIA POR CLASE DE PATOLOGIA EN LA MADRE E INSTITUCIONES DE LA SECRETARIA POR TRIMESTRE. SEPTIEMBRE 1994-NOVIEMBRE 1995

Clase	Triprevi O N=347	Tri1	Tri2	Tri3	Tri4 N=320	Total	t	p
1. Otras infecciones	13.5	26.4	26.1	42.3	34.4	28.4	6.47	<0.001
2. Infección urinaria	11.5	18.6	18.5	20.7	24.4	18.7	4.37	<0.001
3. Anemia crónica	9.2	13.4	18.2	20.7	14.7	15.3	2.24	=0.025
4. Pre y Eclampsia	2.0	7.2	4.0	3.6	5.3	4.4	2.26	<0.025
5. R.P.M.	6.3	4.2	2.1	3.3	3.1	3.8	1.97	<0.05
6. A.P.P.	2.6	3.3	3.6	3.9	4.4	3.5	1.26	N.S.
7. Desproporción	4.6	0.7	1.8	0.6	1.3	1.8	2.56	<0.025
8. Diabetes	0.3	1.3	0.9	1.5	0.9	1.0	0.981	N.S.
9. Hemor 1er. T	0.6	1.3	0.6	0.9	1.9	1.0	1.94	N.S.
10. HTA previa	0.0	1.3	0.3	0.3	0.6	0.5	1.40	N.S.
11. Hemor 3er. T	0.6	1.0	0.3	0.0	0.6	0.5	-	-
12. Emb. Múltiple	0.9	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	1.02	N.S.

Tabla 3
PROPORCION DE NEONATOS CON ALGUNA
PATOLOGIA POR TRIMESTRE.
SEPTIEMBRE 1994-NOVIEMBRE 1995

Trimestre	ISS			Secretaría			Total		
	No.	N.V.	%	No.	N.V.	%	No.	N.V.	%
Sept.-Nov.	33	501	6.6	15	342	4.4	48	843	5.7
Dic.-Feb.	3	211	1.4	11	299	3.7	14	510	2.7
Mar.-May.	27	439	6.1	20	323	6.2	47	762	6.2
Jun.-Ago.	8	454	1.8	12	330	3.6	20	784	2.6
Sept.-Nov.	4	481	0.8	2	316	0.6	6	797	0.8
Total	75	2083	3.6	60	1610	3.7	135	3696	3.7

t= 4.96 t= 3.18 t= 5.70 p <0.001 p <0.005 p <0.001

Estándar de excelencia neonatos con patología 7 x 1000.

Tabla 5
MORTALIDAD FETAL POR TRIMESTRE.
SEPTIEMBRE 1994-NOVIEMBRE 1995

Trimestre	ISS		Secretaría		Total	
	No.	Tasa*	No.	Tasa*	No.	Tasa*
Sept.-Nov.	4	7.9	5	14.4	9	10.6
Dic.-Feb.	3	14.3	4	13.2	7	13.5
Mar.-May.	3	6.8	1	3.1	4	5.2
Jun.-Ago.	2	4.4	2	6.0	4	5.1
Sept.-Nov.	0	0	2	6.3	2	2.5

t= 2.08 p <0.005

* Por mil nacidos vivos más muertos

Durante el año de estudio ocurrieron 5 muertes neonatales, 4 en las gestantes de la Secretaría y una en las del ISS.

Mortalidad materna

Durante el período de septiembre/94 a noviembre 20/95 ocurrieron tres muertes en el área de estudio. Dos de las madres no asistieron a control prenatal y una asistió a otro Centro del ISS que no pertenecía al estudio, esta muerte fue asignada a falla en el Nivel II, hospitalario.

En el año de 1994 ocurrieron 3 muertes maternas, 2 con Control Prenatal en el Seguro Social.

Discusión

En nuestro medio la mayoría de las instituciones tienen normas médicas y administrativas de atención a las gestantes pero usualmente no se pueden aplicar eficientemente por falta de los elementos y del apoyo administrativo requerido.

La capacitación del personal que interviene en la atención generalmente se hace al comienzo de los nuevos programas más como información que como capacitación.

De igual forma la evaluación se realiza de manera retrospectiva meses o años después de instaurados los nuevos programas.

En nuestro estudio se observó que la atención se desmejora con los cambios frecuentes de personal, política que rige actualmente las instituciones de salud y que

Tabla 4
COMPORTAMIENTO DE LA R.P.M.-DESPROPORCION
FETO PELVICA-INFECCION URINARIA EN LA MADRE Y
OTROS S.D.R. EN EL RECIEN NACIDO POR
TRIMESTRE EN EL AREA DE ESTUDIO.TOTAL DE
GESTANTES. EN PORCENTAJES

Trimestre	Triprevi O N=855	Tri1 N=521	Tri2 N=772	Tri3 N=789	Tri4 N=801	t	p
1. R.P.M.	3.4	3.8	3.2	1.8	1.2	3.01	<0.005
2. Desproporción	3.7	2.3	2.8	0.8	0.5	4.64	<0.001
3. Infección urinaria	7.8	14.2	11.5	12.4	16.6	5.50	<0.001
4. Otros S.D.R.	0.7	1.2	1.3	0.3	0.1	2.00	<0.05

Tabla 6
COMPORTAMIENTO DE LAS CESAREAS POR
TRIMESTRE

Trimestre	ISS		Secretaría		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sept.-Nov.	78	18.9	28	8.1	106	14.0
Dic.-Feb.	52	30.2	16	5.3	68	13.8
Mar.-May.	82	19.8	12	3.7	94	13.0
Jun.-Ago.	43	10.5	22	6.6	65	9.4
Sept.-Nov.	34	7.6	15	4.7	49	7.3

Diferencia de proporciones para tendencia entre septiembre-noviembre de 1994 y septiembre-noviembre de 1995 =4.47 p <0.01.

Bench Marking: 3%.

al no realizarse inducción a los nuevos funcionarios contratados la capacitación inicial en conjunto se pierde rápidamente por este recambio de personal.

El monitoreo permanente y la capacitación en servicio con base en los defectos detectados permitieron corregir estos inconvenientes.

Los indicadores convencionales de evaluación de estructura, proceso y resultado que permiten una evaluación integral de los servicios, sólo se utilizan de manera parcial en nuestro medio para la planeación de los servicios (32).

Los más frecuentemente utilizados son algunos indicadores del proceso de atención como cobertura, concentración, consultas, egresos hospitalarios, rechazos y sólo algunos indicadores de resultado como la satisfacción del usuario.

Otros indicadores de resultado como las tasas de mortalidad materna y perinatal aunque se registran no son tomadas en cuenta para la modificación de la situación. Prueba contundente de esto son las altas tasas de mortalidad materna que persisten en la ciudad de Cali desde hace más de 10 años. El monitoreo de calidad de la historia clínica no es reciente pero se realiza con poca frecuencia y su método de análisis y de intervención no ha impactado de manera general en la atención de los servicios prestados mejorando su calidad.

Sinembargo, es reciente la aplicación del control y la garantía de calidad del sistema productivo a los servicios (33-36). Un Modelo de control de calidad durante el control prenatal que utiliza la revisión de historias reportado en la literatura no informa el impacto o resultado en la salud de las gestantes de manera objetiva (37).

No existe consenso sobre la comprobación científica de los beneficios del control prenatal en la salud del recién nacido.

Existen informes que demuestran los beneficios en la salud del recién nacido y su impacto en la disminución de costos hospitalarios sobre todo en ciertos grupos poblacionales como las adolescentes y otros grupos específicos (38-40).

Sinembargo, en revisión reciente se concluye que los estudios no permiten asegurar estos beneficios (41).

En esta revisión se establece dos agrupaciones de estudios, uno que comprende los estudios de observación que basan sus apreciaciones en revisión de hospitalarios y de historias clínicas.

Las mediciones de los resultados se hacen sobre porcentajes de mortalidad perinatal y peso del recién nacido o prematuridad en el recién nacido, sin hallar diferencias estadísticas. No se refieren a la patología materna.

El segundo grupo son estudios controlados que tratan de demostrar en los programas mejorados de control prenatal, con apoyo de grupos interdisciplinarios, visitas domiciliarias y otras innovaciones, mejores resultados que el modelo de control prenatal estándar. Tampoco logran demostrar resultados mejores de manera significativa.

La conclusión de los autores de esta revisión es que el hecho de que los programas mejorados no revelen mejores resultados que el estándar, no prueba que éste no mejore los resultados al nacimiento porque esto puede deberse a una dosis respuesta.

Esta revisión comprueba la dificultad que ha existido para la evaluación de los programas de control prenatal.

Debemos resaltar que la mayoría de estas evaluaciones se hacen midiendo el resultado exclusivamente en el feto; se mira a la mujer sólo en su papel reproductivo, como intermediaria con el hijo, pero es obvio que deben evaluarse también los beneficios sobre la salud de la mujer al detectar oportunamente su patología y tratarla.

En nuestro trabajo al mejorarse la captación de las patologías y su tratamiento oportuno no se produjo ninguna muerte entre las gestantes que asistieron a control prenatal en los centros de salud participantes y se demuestran los efectos en la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal.

En el estudio se ajustó el patrón de normas mínimas o básicas de la calidad de la atención prenatal con base en el modelo estándar de atención prenatal de cada institución de acuerdo a sus propias normas médicas y administrativas, se dotaron los consultorios de los elementos necesarios para que el modelo funcionara, con énfasis en el mantenimiento preventivo y la calibración de los instrumentos de medida, y se capacitaron los agentes de salud que intervienen en la atención en el modelo ajustado.

La capacitación de los agentes de salud y la estandarización de técnicas de medición es de fundamental importancia puesto que en nuestras instituciones una gestante puede ser atendida por diferentes médicos y auxiliares durante el

embarazo y la variabilidad subjetiva de las medidas impide una oportuna detección de signos de alarma y de morbilidad en la madre y en el feto (42). En el entrenamiento inicial realizado se encontraron variaciones hasta de 20 mmHg de Hg en las mediciones de la tensión diastólica y de 6 cms. en la medición de la altura uterina. Menos variabilidad existió en la técnica de peso pero las balanzas tuvieron hasta 10 kilos de variabilidad por la falta de calibración previa. Es necesario entonces garantizar la validez de estas tres medidas fundamentales para la vigilancia adecuada del desarrollo del embarazo.

Se logró la motivación del personal de salud para mejorar la calidad de atención, a pesar de la gran demanda de todo tipo de consulta que deben atender y al poco tiempo asignado para hacerlo. En algunos países para lograr mejoría se ha visto la necesidad de estímulos y sobrepagos a los agentes de salud para lograrlo. En nuestras instituciones no sólo debería pensarse en algo similar sino de manera urgente en redefinir el tiempo médico necesario para una consulta obstétrica adecuada.

La disminución de la morbilidad del recién nacido y mortalidad perinatal se destacan al compararlas con las del período previo a la intervención (septiembre-noviembre de 1994). La morbilidad y mortalidad histórica no se pudo obtener porque no existen las estadísticas por barrios de la ciudad y el sistema de contra-referencia no está funcionando adecuadamente.

La mortalidad materna si tiene una detección y registro confiable. Las tasas han estado estables en Cali desde hace 10 años y en los dos últimos años tiende a aumentar. En 1994 fue de 87 por cien mil nacidos vivos lo que implicaría que en el período de estudio estuvo por debajo de la tasa de la ciudad. Es posible que siendo ésta una área de alto número de muertes maternas históricamente, no se incrementara la tasa como en el resto de la ciudad debido a las muertes prevenidas en las gestantes que tuvieron control prenatal en los centros participantes, como sí se presentaron 2 muertes en 1994. No fue posible determinar el número de nacidos vivos del área de estudio en el año previo por no disponer de la información de las gestantes referidas y atendidas en los niveles II y III de atención en ese período.

De las 3 muertes maternas que ocurrieron en el período de estudio 2 no tuvieron control prenatal y la tercera que hizo control en otro centro asistencial no intervenido, es adjudicable a una iatrogenia del Nivel II.

Según Salazar (7) el 43% de las madres que mueren no asisten al control prenatal lo que hace prioritario que se incremente la cobertura para que asistan a los servicios de salud pero una vez en ellos se les garantice la calidad del servicio. Esta garantía de calidad redundará en una significativa disminución de costos sobreagregados como se deduce de una menor intervención de cesáreas disminuyendo costos operatorios y días de hospitalización, riesgos de infección y otra morbilidad a madres e hijos. De igual manera al disminuir la morbilidad del recién nacido como los otros síndromes de dificultad respiratoria y membrana hialina los costos de cuidado intensivo disminuyen.

En conclusión, nuestro modelo de monitoreo de calidad, que se encuentra en evolución y debe perfeccionarse, rescata la importancia de un buen control prenatal para garantizar una mejor salud para la madre y el recién nacido.

Este efecto se ha logrado en dos diferentes tipos de instituciones del estado, con poblaciones de gestantes de estrato socioeconómico 1 y 2 y con dos modelos de atención similares pero no iguales. Se ha logrado con la participación del ginecoobstetra en el nivel primario de atención con un papel de asesoría, control y de capacitación permanente a los agentes de salud.

Considerando la reducción en los costos inmediatos de las hospitalizaciones por cesáreas y de la patología neonatal especialmente por síndromes de dificultad respiratoria, aproximadamente U.S. \$500.000 (U.S.\$2000 por neonato y U.S.\$528 por cesárea) y la reducción de los costos a largo plazo de las muertes maternas y fetales evitadas con el modelo de control de calidad establecido, aproximadamente U.S.\$ 36.650.000. Se justifica la inversión en el nivel primario de atención mejorando su calidad con la presencia del especialista en Ginecología y Obstetricia con funciones específicas de asesoría, capacitación y control. Este especialista a su vez requiere una complementación en sus conoci-

mientos sobre Salud Pública para que pueda desempeñar adecuadamente estas funciones.

No parece tener relevancia la diferencia en el modelo mismo de atención porque tienen normas médicas similares. Se resalta entonces la importancia de garantizar el cumplimiento de las normas a través de un monitoreo sistemático de su calidad y de la capacitación permanente a los agentes de salud para evitar el exceso de morbilidad atribuible a la inapropiada calidad de los servicios.

Este modelo podría ser aplicable a otras entidades públicas o privadas prestadoras de servicios de salud para que con base en sus resultados en la salud de la madre y el niño puedan ser valorados por los usuarios.

Finalmente, se hace necesario ampliar la aplicación del modelo en diferentes ciudades e instituciones del país tanto para perfeccionarlo como para validar sus resultados. También es necesario desarrollar modelos de evaluación de calidad para los niveles II y III de atención a la gestante.

BIBLIOGRAFIA

- O.P.S. Informe de Avance del Plan de Acción Regional de Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Abril 14, 1993.
- Programa Materno Infantil. Hechos y Proyecciones. Ministerio de Salud. Bogotá, julio 1987.
- Perfil Epidemiológico Secretaría de Salud Pública Municipal. Cali diciembre 1987.
- González, María Eugenia. Informe Comité Mortalidad Materna. Secretaría de Salud Municipal. Cali, 1994.
- Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna. Secretaría de Salud Municipal. Cali, agosto 18 de 1994.
- Perfil Epidemiológico de Santiago de Cali, 1993.
- Salazar Ana. Mortalidad Materna en Cali. Tesis Magister en Salud Pública.
- Morales V. Libia. Mortalidad Materna en el Valle. Secretaría Departamental de Salud. Junio 1995.
- Mortalidad Materna y Factores de Riesgo. Estudio casos y controles. Area Metropolitana de Medellín. Octubre de 1988-30 Septiembre 1989. U. de Antioquia; OMS: R.P.A.; S.S.S.; IMSM.
- Las Condiciones de Salud en las Américas. OPS. Publicación Científica No. 549. 1994.
- Las Condiciones de Salud en las Américas. OPS. Publicación Científica No. 427. 1977- 1980.
- Mora Germán y Joao Yunes. Mortalidad Materna una tragedia ignorada. Género, Mujer y salud en las Américas. OPS. Publicación científica No. 541, págs. 68-88.
- Puffer R. Ruth. La Planificación Familiar y la Mortalidad Materna e Infantil en los Estados Unidos. 1993; 115: 389-404.
- El Aborto Clandestino en América Latina. The Alan Guttmacher Institute. 1992.
- Encuesta de prevalencia, Demografía y Salud. Colombia 1990. Profamilia DHS.
- Reunión subregional sobre Prevención de la Mortalidad Materna en Centro América y Panamá. Bol. O.P.S. 1990; 108(3): 255-256.
- Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Bol. O.P.S. 1991; 110(5): 448-454.
- Rico Velasco Jesús, Ph.D., Cruz Luis Fernando MD, Girón Luz Nelly, Enf. Uribe Edgar León, MD. Condiciones de Eficiencia de los Servicios Materno-infantiles en el Departamento del Valle. Colombia 1985; 220.
- Nicholls Eric S. Diferenciales de Mortalidad en las Enfermedades no Transmisibles según el nivel socioeconómico: el caso de América Latina. Bol. OPS. 1993; 115(3): 255-269.
- Musgrove Philip. Inversión en Salud: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Bol OPS 1993; 115(5): 455-463.
- Nuevos datos sobre Mortalidad Materna. Bol. OPS. 1992; 112(4): 346-347.
- Pérez Escamilla Rafael, Ernesto Pollit. Causas y Consecuencias del retraso del crecimiento Intrauterino en América Latina. Bol. O.P.S. 1992; 112(6): 473-492.
- Gueri Miguel., Patterson W. Adeline y González Casio Teresa. Mujer y Nutrición en las Américas. Problemas y Perspectivas. Género, Mujer y Salud. OPS. Pública Cient. No. 541 pág. 130.
- Estadísticas Sociales en Colombia. DANE 1993.
- Departamento de Planeación. ISS. Valle del Cauca.
- Githinji 1995. Goldschmidt Clement y Aligisakis 1995. Harvey 1995 y Urdaneta Fernan 1994. Indices del Espectador 15. Dic. 1995.
- Larain y Rodríguez Teresa. Los orígenes y el Control de la Violencia Doméstica en contra de la Mujer. Género, Mujer y Salud en las Américas. OPS. Publ. Cient. No. 541. Pág. 202.
- Anthony C. y Miller G. Estudio exploratorio sobre el maltrato físico de la mujer panameña. Ministerio del Trabajo y bienestar social e Instituto de Criminología de la Universidad de Panamá.
- Londoño A. y Arango Y. Política de Salud para las Mujeres. Mujeres para la Salud. Bogotá. Ministerio de Salud 1992.
- Coe Gloria A. y Hanft Ruth S. El Uso de la Tecnología en la Atención de Salud de la mujer. Revisión de la Literatura. Género, Mujer y Salud en las Américas. OPS. Publ. Cient. No. 541. Pág. 213.
- Martínez Diana; González María Eugenia; Mosquera Jorge. Autoevaluación de las Condiciones de Eficiencia de los servicios de atención obstétrica ambulatorios y hospitalarios de la Secretaría de Salud de Santiago de Cali. 1995. Secretaría de Salud Santiago de Cali. Diciembre 19 de 1995.
- Pabón Hipólito. Evaluación de los Servicios de Salud. Segunda Edición. Editorial XYZ. Cali 1985.
- Donabedian Avedis. La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad. Salud Pública de México. 1990; 32(2): 113-117.
- Reerink Evert, M.C., Ph.D. Garantía de la Calidad de la Atención en los Países Bajos. Salud Pública de México. 1990; 32: 118-130.
- Scocchi María José. Indicadores de Calidad de los Registros e da Assistencia Ambulatorial en Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um Exercício de Avaliaçao. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro. 1994; 10(3): 356-357.
- García Y. Sergio; Pérez Tamayo Gloria María; Ortega Irma. Análisis de la calidad en el Proceso de Atención Materna a través de la historia CLAP. Boletín Epidemiológico de Antioquia año XIX julio-sept. de 1994.
- Modrego Navarro A.; Jaen Diaz JJ; Sardon Rodríguez AC; Abarca López MJ. Control over the quality of care given pregnant women in a health area. Gaceta Sanitaria 1993; 7(38): 244-248.
- Ovrebø B.; Ryan M.; Jakson K.; Hutchinson K. The Homeless Prenatal Program: a Model for empowering homeless pregnant women. Health Educ. Q. 1994 Summer; 21 (2): 187-198.
- Bray ML., Edwards LHA. Primary Health care approach using Hispanic outreach workers as nurse extenders. Public Health Nurse 1994; 11(1): 7-11.
- Ross MG., Sandhu M., Bemis R., Nessim S., Bragonier JR., Hobel C. The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project: II Cost effectiveness analysis of high risk pregnancy interventions. Obstet. Gynecol. 1994; 83(4): 506-511.
- Fiscella Kevin, MD. Does Prenatal care improve birth outcomes? A. critical review. Obst-Gynecol. 1995; 85(3).
- Engstrom JL., Sitter CP., Swift KE. Fundal height measurement. Part 5. The effect of clinician bias of fundal height measurements J. Nurse Midwifery. 1994; 39(3): 130-141.