

AUDITORIA AL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO (EJE
MATERNIDAD SEGURA) DE LA ESE SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE
MOMPOX BOLIVAR DEL PRIMER CUATRIMESTRE 2014

YOLIBETH BARRAZA HERNÁNDEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA Y POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
SINCELEJO, SUCRE

2015

AUDITORIA AL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO (EJE
MATERNIDAD SEGURA) DE LA ESE SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE
MOMPOX BOLIVAR DEL PRIMER CUATRIMESTRE 2014

YOLIBETH BARRAZA HERNÁNDEZ

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de la
Calidad y Auditoría en Salud

Asesor
GERMAN ARRIETA
Especialista

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA Y POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
SINCELEJO, SUCRE

2015



Nota de Aceptación

Director

Evaluador 1

Evaluador 2

Sincelejo, 19 de marzo de 2015

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme vivir esta experiencia de Educación y conocimiento; a mi hijo y esposo por ser cómplices y apoyo en todo lo que emprendo.

Yolibeth Barraza Hernández

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, el entendimiento, la ciencia y la sabiduría; por haberme permitido hoy alcanzar la proyección profesional.

A la Universidad CECAR, programa de postgrado, por formarnos como personas íntegras y prestantes a la sociedad.

A la Dra. Dalila Albis, Coordinadora de la Especialización centro de postgrado de CECAR, por sus orientaciones y consejos que nos llevaron a lograr esta meta.

CONTENIDO

RESUMEN 10

CAPITULO I

1.1 Introducción 12

1.2 Planteamiento del Problema 14

1.3 Antecedentes 16

1.4 Justificación 20

1.5 Objetivos 21

1.5.1 Objetivo General 21

1.5.2 Objetivos Específicos 21

CAPITULO II

2.1 Marco Teórico 23

2.2 Marco Conceptual 24

CAPÍTULO III

3.1 Metodología 26

3.1.1 Tipo de Estudio 26

3.1.2 Alcance 26

3.1.3 Procedimientos 26

3.1.4 Tamaño de la Muestra 26

CAPITULO IV

4.1 Resultados 28

4.1.1 Evaluación de las historias clínicas de atención del parto 28

CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones 37

5.2 Recomendaciones 37

5.2.1 Recomendaciones a historias clínicas de atención del parto y recién nacido 37

5.2.2 Recomendaciones a Ente Territorial (Secretaría de Salud Municipal) 38

5.2.3 Recomendaciones a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 39

5.2.4 Recomendaciones a Empresas Promotoras del Servicio de Salud 40

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 41

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. # H.C -Registro de Aseguradoras en Historias Clínicas 26

Tabla 2. # H.C registro de lugar de residencia 26

Tabla 3. % H.C con Registro de Lugar de Residencia 27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Registro de cumplimiento. Informe aplicación de la resolución 0412/2000. Historias clínicas atención del parto y recién nacido. I Parte (Datos básicos, Carnet materno, Identificación completa de la Gestante) 28

Gráfica 2. Registro de porcentaje. Informe aplicación de la resolución 0412/2000. Historias clínicas atención del parto y recién nacido. I Parte (Datos básicos, Carnet materno, Identificación completa de la Gestante.) 29

Gráfico 3. Informe aplicación de la resolución 0412/2000. Historias clínicas atención del parto y recién nacido. II Parte (Examen físico, Valoración obstétrica, Partograma, Exámenes) 30

Gráfico 4. III Parte. Atención del Puerperio Inmediato, (Registro de Cumplimiento y Porcentajes) 31

Gráfico 5. IV Parte. Atención del Recién Nacido Atención del Parto por (Registro de Cumplimiento y Porcentajes) 32

Gráfico 6. Informe aplicación de la resolución 0412/2000. Historias clínicas atención del parto y recién nacido. 33

RESUMEN

Este trabajo de grado fue realizado con el objetivo de analizar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de atención del parto y recién nacido en la ESE San Antonio de Padua del Municipio de Mompox Bolívar del primer cuatrimestre 2014; revisando la implementación y adherencia a normas y protocolos de las historias clínicas, a su vez corregir las posibles fallas aplicando un plan de mejoramiento basado en los resultados.

Se verificó como se están llevando a cabo los siguientes procedimientos:

- ❖ Diligenciamiento de las historias clínicas.
- ❖ Evaluación de las historias clínicas de las gestantes atendidas en la atención del parto y recién nacido

Las historias clínicas, de las cuales hacen parte fundamental de este proceso, se recolectara la información necesaria y se consolida dará la información, arrojando el resultado de la auditoría realizada.

Se tomó una muestra representativa para la auditoria de un total de cinco (5) historias clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido, las cuales se tomaron de la ESE Hospital San Antonio de Padua; y se comparó con la normatividad vigente RESOLUCION 0412/2000.

La aplicación de la auditoría se realizó en cuatro etapas; la primera etapa es Datos Básicos Hojas CLAP o Carnet Materno Identificación completa de la Gestante; la segunda etapa es Examen Físico, Valoración Obstétrica, Programa, Exámenes; la tercera etapa Atención del Puerperio Inmediato, Atención del Puerperio Mediato y cuarta etapa Atención del Recién Nacido Atención del Parto.

Palabras Clave: maternidad segura, historias clínicas, resolución 0412/2000, recién nacido.

ABSTRACT

This degree work was done with the aim of analyzing the quality of service of the medical records of care during childbirth and newborn in San Antonio de Padua that the Municipality of Mompox Bolivar the first quarter 2014; reviewing the implementation and adherence to standards and protocols of medical records, in turn correct possible failures by applying an improvement plan based on the results.

It was verified as being carried out the following:

- ❖ Service of medical records.
- ❖ Evaluation of medical records of pregnant women at delivery care and newborn.

Medical records, which make it essential part of this process, the necessary information is collected and consolidates the information given, throwing the result of the audit.

A representative sample for the audit of a total of five (5) clinical records of Care Delivery and Newborn, which were taken from the ESE Hospital San Antonio de Padua was taken; and compared with current standards RESOLUTION 0412/2000.

The application would audit was conducted in four stages; the first stage is Basic Data Sheets or Mother Carnet CLAP Full identification of the mother; the second stage is Physical Review, Rating Obstetric Program examinations; the third stage Immediate Postpartum Care, Care Postpartum fourth stage Mediate and Newborn Care delivery care.

Keywords: Safe motherhood, Medical records, Resolution 0412/2000, Newborn.

CAPITULO I

1.1 Introducción

La auditoría es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Decreto 1011 (2006).

La Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Entender a la auditoria como una herramienta de gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoria y la organización así como los auditados conozcan los elementos básicos que caracterizan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como el manejo de las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable, de ahí la importancia que, la Entidad implemente los instrumentos y las actividades necesarias que le permitan desarrollar los procesos.

Esta auditoría se realiza como herramienta de medición para hacer seguimiento al programa de Salud Sexual y Reproductiva, en el componente de Maternidad Segura, evaluando el proceso de diligenciamiento de las Historias Clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido y la adherencia a las guías de atención, en la prestación de servicios a los pacientes y a su vez determinando si se ajustan a normas o estándares de procedimientos, reglamentación, ley o contrato y si existen oportunidades de mejora para incrementar la eficiencia y eficacia en los respectivos procesos y actividades.

Este trabajo realizó una auditoria al programa de Salud Sexual y Reproductiva, en el componente de Maternidad Segura, evaluando el proceso de diligenciamiento de las Historias Clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido y la adherencia a las guías de atención, en la

prestación de servicios a los pacientes; en cada uno de las cuatro etapas teniendo en cuenta la estrategia integral de origen estatal la Resolución 0412/2000; en pro de mejorar la calidad de la atención de las maternas en el Municipio de Mompox, sirve de herramienta practica y de apoyo a los colaboradores de la ese y a los funcionarios públicos que tienen la responsabilidad de vigilar y hacer el seguimiento a la aplicación del programa.

Es importante la implementación del Sistema de Garantía de la Calidad en las instituciones de salud, ya que este sistema nos permite desarrollar el conjunto de actividades sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este, cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las actividades que se emprendan para corregir sus deficiencias.

Además, en este siglo de globalización, las entidades buscan cada vez diferenciarse y obtener reconocimiento por los procesos y procedimientos implementados, la auditoria agrega un valor significativo debido a que los radares de medición detectan las fallas o pueden confirmar que todo está bien; La Alcaldía Municipal de Mompox Bolívar en la dependencia de la Secretaria de Salud Municipal tiene la responsabilidad de velar por la atención que se le presta a las maternas del Municipio por tal razón ejerce un control sobre los procesos asistenciales que se llevan con las maternas.

Se espera que los resultados de esta auditoría contribuyan al mejoramiento en la atención, y sirva de guía para conducir con eficiencia y eficacia al programa de Salud Sexual y Reproductiva eje Maternidad Segura, además les brinde información sobre qué y cómo desarrollar el proceso estimulando la eficiencia para obtener los mejores resultados.

1.2 Planteamiento del Problema

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por Pro familia, para el año 2013, en Colombia por cada 100.000 nacidos vivos, 76 madres pierden la vida a causa del embarazo de alto riesgo. De esta manera, el país ocupa el cuarto lugar en Latinoamérica, después de países como Bolivia, Ecuador y Paraguay.

Según Édgar Acuña, jefe del departamento de ginecología y obstetricia del hospital de San José en Bogotá, “es una tasa de mortalidad alta en comparación con las de países como Chile y Uruguay, en los que se presentan menos de 30 muertes por 100.000 nacidos vivos, y para el presente año es una tasa que no tiende a disminuir en nuestro país”.

A nivel regional los departamentos del Cauca, Putumayo, Guainía y Vaupés presentan una tasa de mortalidad por encima de 150 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en regiones como el Chocó y Vichada está por encima de 300 muertes; y para el caso de Bogotá, la cifra alcanza las 54 muertes. Según la encuesta, se observa que en regiones en vía de desarrollo, las mujeres no tienen acceso total a los servicios de salud; no obstante, el 77% de las mujeres encuestadas iniciaron control prenatal a los 4 meses; de tal manera, es evidente que las mujeres con condiciones socioeconómicas menos favorables, residentes en el área rural, cuentan con menos controles prenatales y se encuentran principalmente en las regiones con las tasas de mayor mortalidad.

En el departamento del Bolívar existe una significativa reducción de más del 50% en la tasa de mortalidad materna ha logrado la Secretaría de Salud de Bolívar con la implementación de un plan de choque que busca llevar a cero la situación sanitaria del programa salud sexual y reproductiva en el componente maternidad segura.

“Se han notificado 7 casos de muertes maternas, 7 menos que en el año anterior”, aseguró Walter Torres Villa, referente de maternidad segura de la Gobernación de Bolívar. Mientras que

en el 2012 fueron notificadas 14 muertes maternas, en el mismo período de 2013 van 7 muertes. (DANE 2013).

De estas muertes maternas, cinco corresponden a muertes tempranas (antes del día 42 de interrupción de la gestación) y se presentaron en los municipios de Santa Rosa de Lima, Pinillos, El Guamo, San Jacinto del Cauca, Turbaco y un caso en Mompox”, agregó el funcionario.

Las otras dos muertes se presentaron en los municipios de Magangué y Achí, episodios que fueron analizados a través de Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE).

De acuerdo con lo anterior, el departamento de Bolívar registra el indicador de Mortalidad Materna más bajo en toda su historia con un 33,9 por 100.000 nacidos vivos. DANE 2013.

Esto lo hizo acreedor a unos reconocimientos públicos por parte del Instituto Nacional de Salud (INS), pues es el tercer departamento en Colombia que más ha reducido este indicador, estando incluso por debajo de la media nacional que es de 45 por 100.000 nacidos vivos.

En el año 2013 en el departamento de Bolívar, se han presentado 7 muertes maternas, 7 menos que en el año 2012 cuando se registraron 14.

En el municipio de Mompox se viene aplicando el programa nacional y departamental de salud sexual y reproductiva en el eje de maternidad segura en la que se busca mejorar la cobertura y la calidad de la atención tanto de la gestación, como del parto, el puerperio y sus posibles complicaciones, además disminuir las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil; durante el año 2013 se presentó un caso de muerte gestante. De lo anterior sigue el siguiente interrogante.

¿Cómo se viene desarrollando el programa de Salud Sexual y Reproductiva en el eje Maternidad segura en la ESE San Antonio de Padua en el municipio de Mompox Bolívar en el primer cuatrimestre del 2014?

1.3 Antecedentes

La salud sexual y reproductiva así como las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. Los indicadores de SSR están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, el nivel de educación y el acceso a información, los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital. Por esta razón, el desarrollo de una política que apunte a mejorar la SSR se convierte en una estrategia para impactar de manera significativa sobre algunos de los factores de inequidad y subdesarrollo para lograr transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y colectividad.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción, están expresos en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR.

La Constitución Nacional define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado. Los DSR (Derechos Sexuales Reproductivos) son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por

embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros.

Es así como los desarrollos internacionales sobre DSR también tienen respaldo jurídico en la normatividad constitucional colombiana y, por lo tanto, su garantía y ejercicio incluye el derecho básico a alcanzar el nivel más elevado de SSR para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida, y el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, libres de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye la toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, e implica la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de la información y medios para ello, así como el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad, y la integralidad de los servicios.

La Constitución Nacional define la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.

En Colombia, la situación de SSR muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones

sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico. Para modificar estas ideas asociadas a la sexualidad y la reproducción, la sola divulgación de información ha demostrado ser insuficiente, por lo que se requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la SSR de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la SSR (Salud sexual reproductiva) están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado. Otro factor que afecta la gestión es la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación. En el nivel territorial, es necesario fortalecer la formación del recurso humano y los mecanismos de asistencia técnica, apoyar los procesos de evaluación de las entidades que hacen parte del SGSSS en cada departamento, distrito o municipio, y consolidar espacios de coordinación entre las entidades aseguradoras y los entes territoriales. De la misma manera, las IPS deben fortalecer los mecanismos de formación del recurso humano en la normatividad vigente y mejorar los sistemas de información relativos a la implementación del Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) para la vigilancia en salud pública. Los mecanismos de control de costos en ocasiones ponen en peligro la calidad de las acciones y responden a problemas de desarticulación entre los niveles directivo y técnico y al bajo desarrollo de habilidades de gestión.

Estas condiciones dificultan la realización de acciones en el área de SSR en condiciones de equidad y calidad y se convierten en factores que amenazan el cumplimiento de metas desde la oferta de los servicios.

En un área que involucra tantos aspectos de la vida de las personas como la SSR, las estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial adquieren una importancia crucial para garantizar el cumplimiento de las obligaciones del Estado.

La ausencia o debilidad de los mecanismos de coordinación se traduce en duplicación de esfuerzos, desarticulación de acciones y, en general, en menores niveles de eficacia en las intervenciones. Por esta razón, la implementación exitosa de la política en SSR (Salud sexual reproductiva) exige la generación de alianzas estratégicas y la potencialización de los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado alrededor de agendas comunes.

Según las cifras del Ministerio de Salud, 67.7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren en Colombia por causas asociadas a la maternidad, aunque algunas regiones tienen tasas muy superiores al promedio. Si se tiene en cuenta que no todas las muertes maternas quedan registradas como tales, muy probablemente la cifra es aún mayor y pone de presente la urgencia de adoptar una política de SSR orientada a reducir los factores de vulnerabilidad y a introducir mejoras drásticas en la cobertura y la calidad de la atención. Teniendo en cuenta que el porcentaje de partos atendidos institucionalmente es alto (94% de las mujeres de zonas urbanas y 69.8% en las zonas rurales¹²), la disminución de la tasa de mortalidad materna requiere, entre otros, mejorar sustancialmente la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, implementar mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales y de conflicto armado, entre otros.

Así mismo, es indispensable mejorar los sistemas de información y registro de muertes maternas y desarrollar procesos de análisis de los casos de muertes maternas que permitan identificar los factores determinantes de la mortalidad por esta causa, especialmente en las regiones con tasas más elevadas. Con el fin de equilibrar las cargas que significa la reproducción, no sólo debido a los factores biológicos sino a factores culturales y sociales, es importante también estimular la participación de los hombres en el proceso de maternidad y en la crianza de los hijos.

1.4 Justificación

La motivación de demostrar la importancia de la responsabilidad que tiene el Estado frente a la protección del derecho fundamental de la salud de las mujeres en etapa de gestación, los argumentos que justifican la construcción de una política pública que se encuentren relacionados con factores científicos, dada la importancia del cuidado de la Mujer y del Feto ya que será su inicio en el desarrollo del ser humano a nivel biológico, psicológico, cultural y social.

Los cambios sociales del mundo contemporáneo obligan a repensar la atención y el cuidado de la Mujer en estado de embarazo para brindar un apoyo adecuado a la familia, primera responsable de esta tarea. La globalización de la mujer en el ámbito laboral ha generado nuevas relaciones al interior del grupo familiar, las transformaciones de la estructura familiar y la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 6 años, son ejemplos de tales cambios. Así mismo, la problemática social del país caracterizada por la violencia, la pobreza, el desplazamiento y la explotación infantil, entre otros aspectos, resaltan la importancia de la construcción de una política pública para el cuidado de la mujer en estado de gestación.

Reducir los factores que afectan el desarrollo pleno de la Mujer en estado de gestación, factores asociados a condiciones de maltrato, abandono y desvinculación que influyen de manera directa en la salud física y emocional de la mujer y por ende en el desarrollo del niño. La primera infancia es un período esencial para la realización del derecho del niño; Los niños

pequeños atraviesan el período de más rápido crecimiento y cambio de todo su ciclo vital, en términos de maduración del cuerpo y sistema nervioso, de movilidad creciente, de capacidad de comunicación y aptitudes intelectuales, y de rápidos cambios de intereses y aptitudes.

Los primeros años de los niños pequeños son la base de su salud física y mental, de su seguridad emocional, de su identidad cultural, personal y del desarrollo de sus aptitudes.

Es importante la Implementación del Sistema de Garantía de la Calidad en las instituciones de salud, ya que este sistema nos permite desarrollar el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los usuarios, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este, cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Evaluar componente de maternidad segura del programa de salud sexual y reproductiva de la ESE San Antonio de Padua del municipio de Mompox Bolívar durante el primer cuatrimestre 2014.

1.5.2 Objetivos Específicos

- ❖ Diseñar un instrumento de auditoría que contenga los elementos necesarios para evaluar el diligenciamiento de las Historias Clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido y la adherencia a la adherencia a las guías de atención.
- ❖ Revisar el proceso de diligenciamiento de las Historias Clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido y la adherencia a las guías de atención.
- ❖ Identificar las oportunidades de mejora en el programa de Salud Sexual y Reproductiva en el eje de maternidad segura según el diligenciamiento de la historia clínica.
- ❖ Proponer un plan de mejoramiento al programa de Salud Sexual y Reproductiva en el eje de maternidad segura de la ESE San Antonio de Padua.

CAPITULO II

2.1 Marco Teórico

El Ministerio de Salud y la Protección Social en su Programa Nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) hace referencia a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicio de atención segura que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

El Programa de Maternidad Segura nace en el mundo con la conferencia de Nairobi de 1987, donde se llevó a la creación formal del Grupo Inter-agencia de la ONU para una Maternidad sin Riesgo, y a una serie de conferencias regionales y nacionales que hicieron de la maternidad sin riesgo un término aceptable y comprensible en la esfera de la salud pública. Al llegar la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, todas las regiones del mundo habían llevado a cabo sus conferencias sobre la maternidad sin riesgo, y el tema quedó firmemente consagrado como componente central de la salud reproductiva. La importancia de la supervivencia materna se reforzó en 2000, cuando se la incluyó como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio.”

La Estrategia de Maternidad Segura busca mejorar la cobertura y la calidad de la atención tanto de la gestación, como del parto, el puerperio y sus posibles complicaciones, además disminuir las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil.

2.2 Marco Conceptual

Maternidad Segura: se busca mejorar la cobertura y la calidad de la atención tanto de la gestación, como del parto, el puerperio y sus posibles complicaciones, además disminuir las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil.

Auditoría: revisión de sistema de gestión de una organización y sus procesos, verificar la conformidad con diferentes criterios tales como legislación gubernamental, procedimientos escritos y normas.

Atención en Salud: es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud

Calidad: la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que es capaz de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”.

Plan de Mejoramiento: instrumento que consolidan el conjunto de acciones requeridas para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control, en el direccionamiento estratégico, en la gestión y resultados de la entidad.

Políticas: es una rama de la moral que se ocupa de la actividad, en virtud de la cual una sociedad libre, compuesta por hombres libres, resuelve los problemas que le plantea su convivencia colectiva. Es un quehacer ordenado al bien común.

Salud: la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Protección: cuidado preventivo ante un eventual riesgo o problema

Programa: anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia; la presentación y organización de las materias de un cierto curso o asignatura.

Tasa de Mortalidad Materna: la tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales). La TMM para el año especificado incluye las muertes durante el embarazo, el parto, o dentro de 42 días de interrupción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo.

CAPÍTULO III

3.1 Metodología

3.1.1 Tipo de Estudio

Descriptivo retrospectivo, en el cual se identifican, analizan y se soluciona parcial o totalmente los problemas.

3.1.2 Alcance

Este procedimiento aplica al diligenciamiento de las Historias Clínicas, el cual se evaluara el programa maternidad segura desde su Planeación, Ejecución y todos los procedimientos que se lleven dentro del proceso que en el intervienen.

3.1.3 Procedimientos

Se verificó como se están llevando a cabo los siguientes procedimientos:

- ❖ Diligenciamiento de las Historias Clínicas.
- ❖ Evaluación de las historias clínicas de las gestantes atendidas en la atención del parto y recién nacido.

Las historias clínicas, de las cuales hacen parte fundamental de este proceso, se recolecto la información necesaria y se consolida dará la información, arrojando el resultado de la auditoría realizada.

3.1.4 Tamaño de la Muestra

05 – (Cinco) Historias Clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido

La muestra representativa para la auditoria fue un total de cinco (5) Historias Clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido, las cuales se tomaron de la ESE Hospital San Antonio de Padua // I.P.S Fundaser.

CAPITULO IV

4.1 Resultados

4.1.1 Evaluación de las historias clínicas de atención del parto

La muestra representativa para la auditoría fue un total de cinco (5) historias clínicas de Atención del Parto y Recién Nacido, las cuales se tomaron de la ESE Hospital San Antonio de Padua // I.P.S Fundaser.

Tabla 1

H.C -Registro de Aseguradoras en Historias Clínicas

SSS	Comparta	Comfamiliar	Nueva EPS
# H.C con registro aseguradoras y/o vinculados	2	2	1

La tablas representa el # de historias clínicas auditadas, que se encontraron según cada EPS, Comparta (2), Comfamiliar (2), Nueva EPS (1).

Tabla 2.

H.C registro de lugar de residencia

SSS	Comparta	Comfamiliar	Nueva EPS
% H. C con registro aseguradoras y/o vinculados	40%	40%	20%

En esta grafica se evalúa el # de Historias clínicas, con registro del área de residencia, el área Urbana (3), Otros municipios (2) y la zona rural no tubo registros.

Tabla 3.

% H.C con Registro de Lugar de Residencia

Área	Urbana	Rural	Otro m/pio
% H.C registro de lugar de residencia	60%	0%	40%

El porcentaje arrojado por área de residencia; la zona Urbana con el 60%, otros municipios con el 40%, la zona rural no represento porcentaje.

Aplicación de la resolución 0412/2000 historias clínicas atención del parto y recién nacido I.P.S Fundaser // Hospital San Antonio de Padua ítems a evaluar.

Datos Básico: Hojas CLAP o Carnet Materno Identificación completa de la Gestante (Registro de Cumplimiento y Porcentajes).

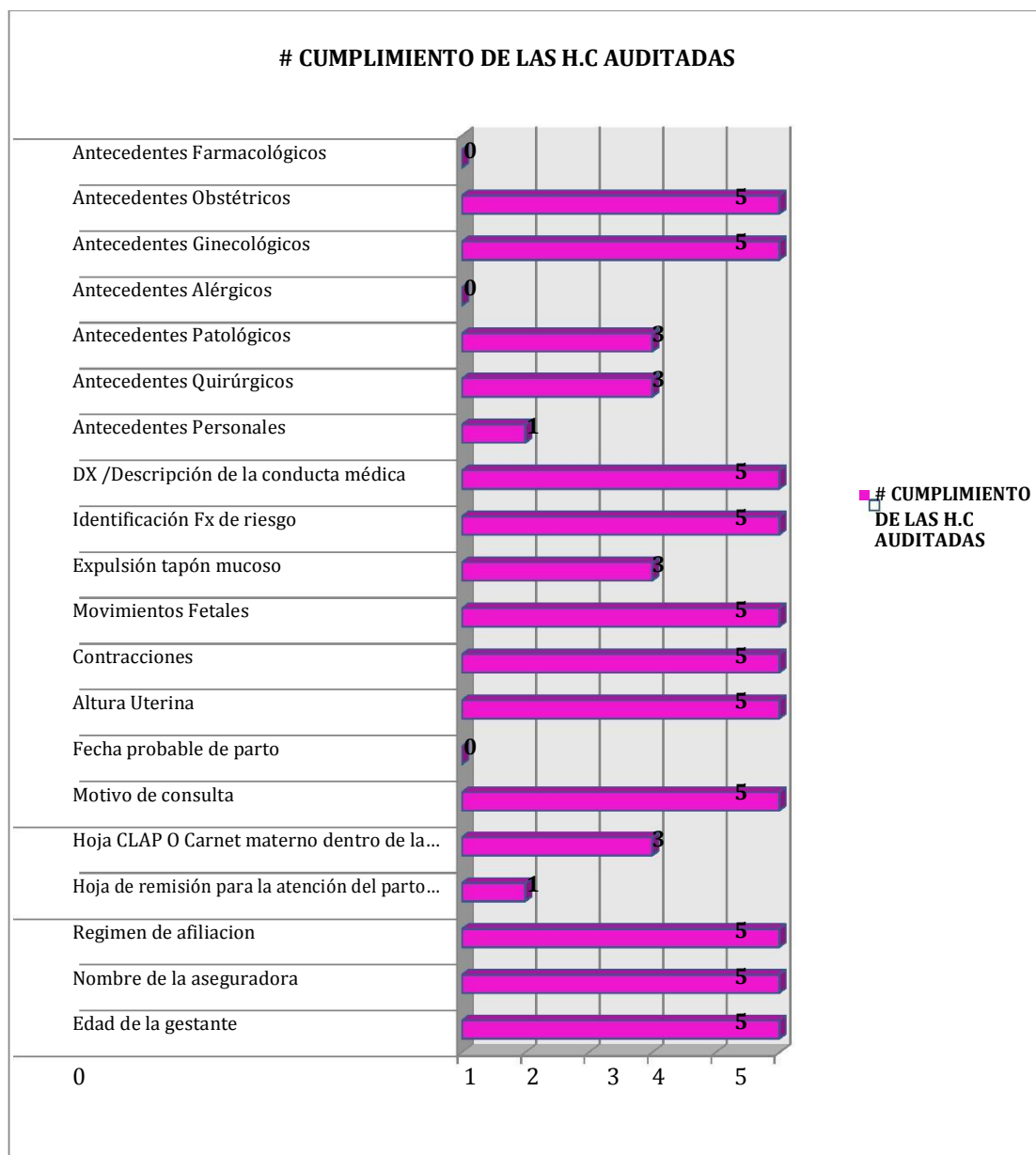
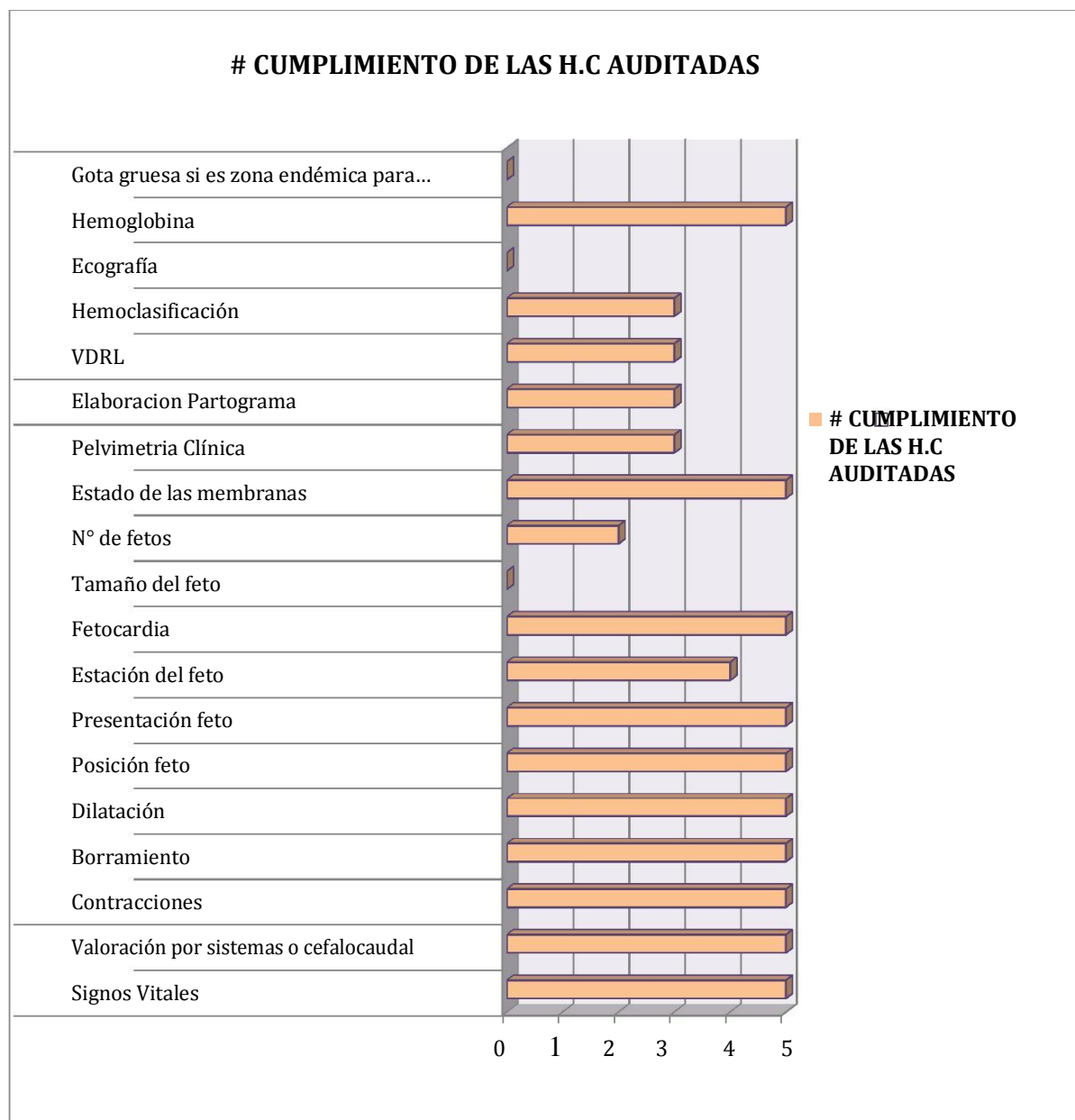


Gráfico 1.

Hoja de Remisión, aplica a las historias clínicas con pacientes remitidas.

- ❖ De las historias clínicas auditadas, 1 correspondía a paciente remitida, tenía anexa la remisión de la paciente.



Gráfica 2

Gota gruesa, aplica para zonas endémicas o pacientes remitidas de estas zonas.

En la evaluación no se aplicara por no aplicar a ninguna de las historias.

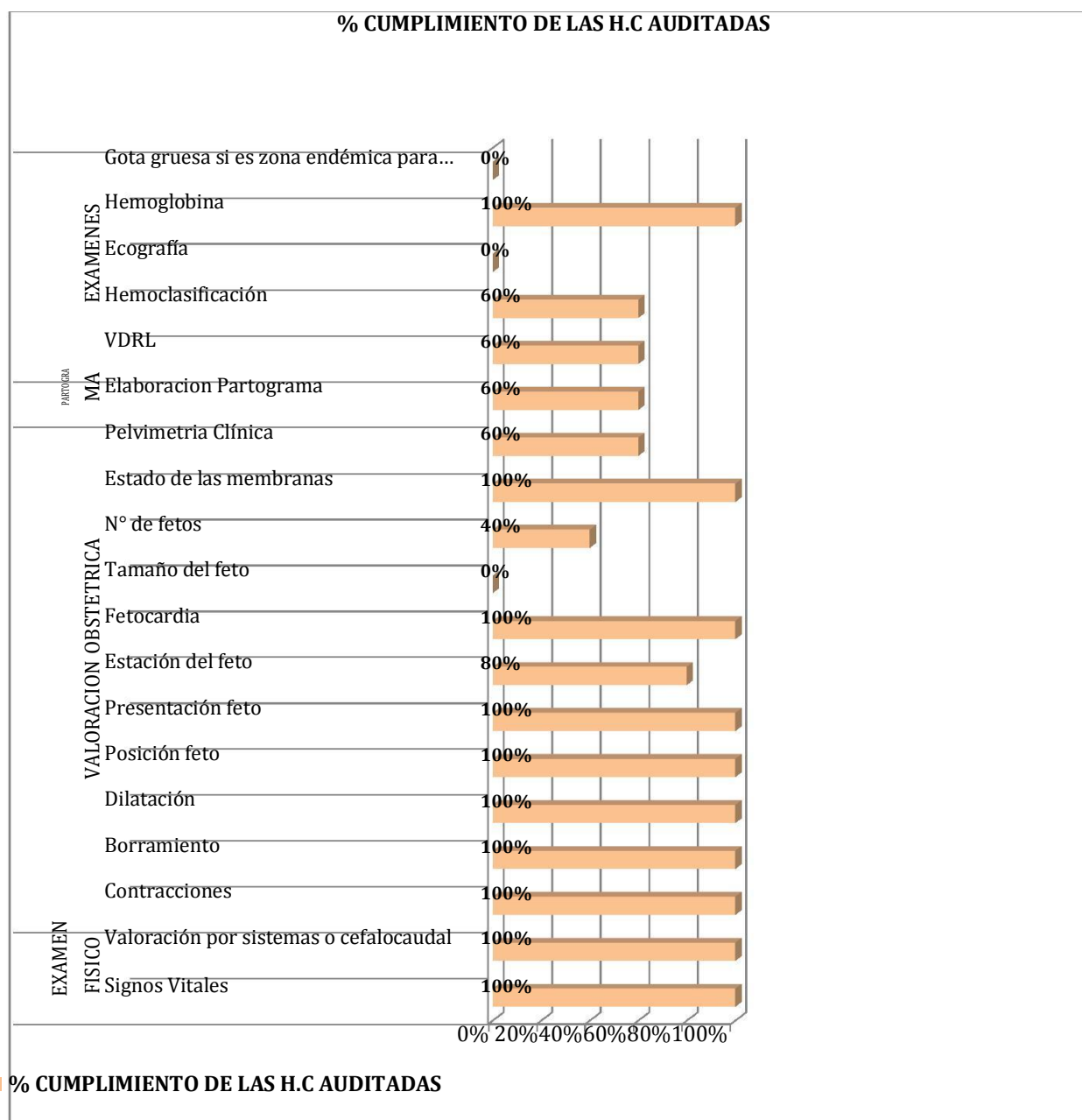


Gráfico 3

Gota gruesa, aplica para zonas endémicas o pacientes remitidas de estas zonas.

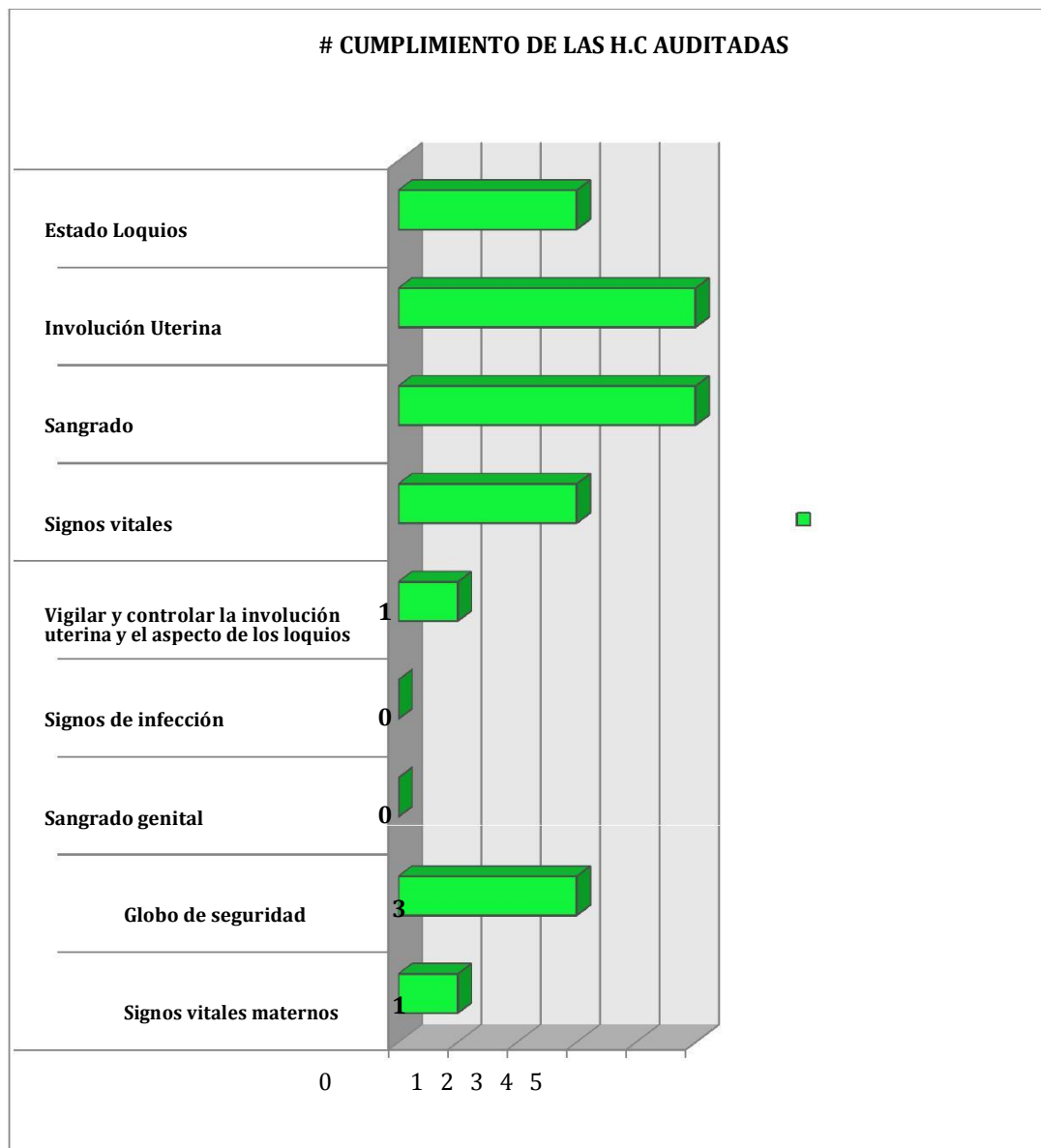


Gráfico 4.

III Parte. Atención del Puerperio Inmediato, (Registro de Cumplimiento y Porcentajes).

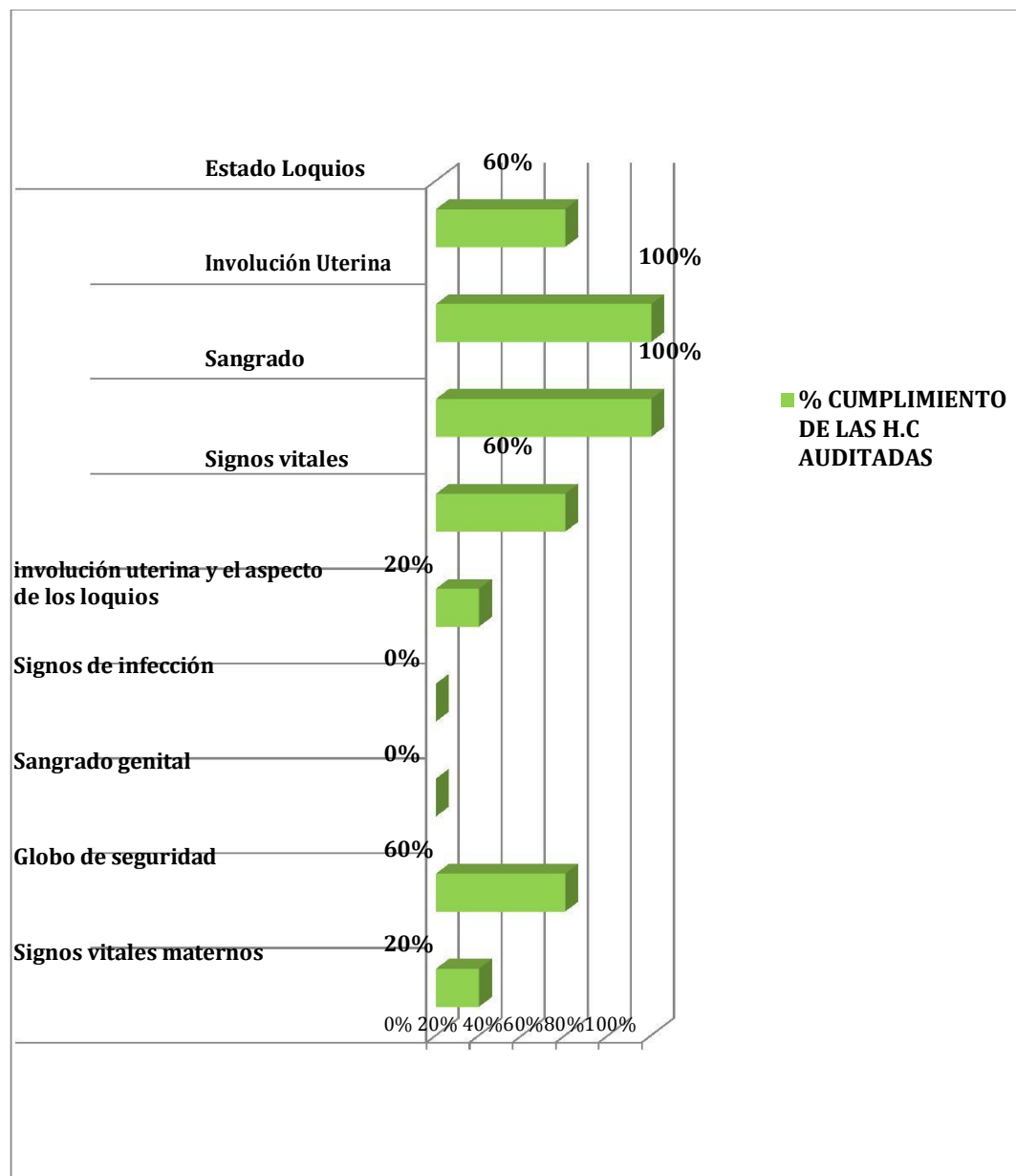


Gráfico 5.

IV Parte. Atención del Recién Nacido Atención del Parto por (Registro de Cumplimiento y Porcentajes).

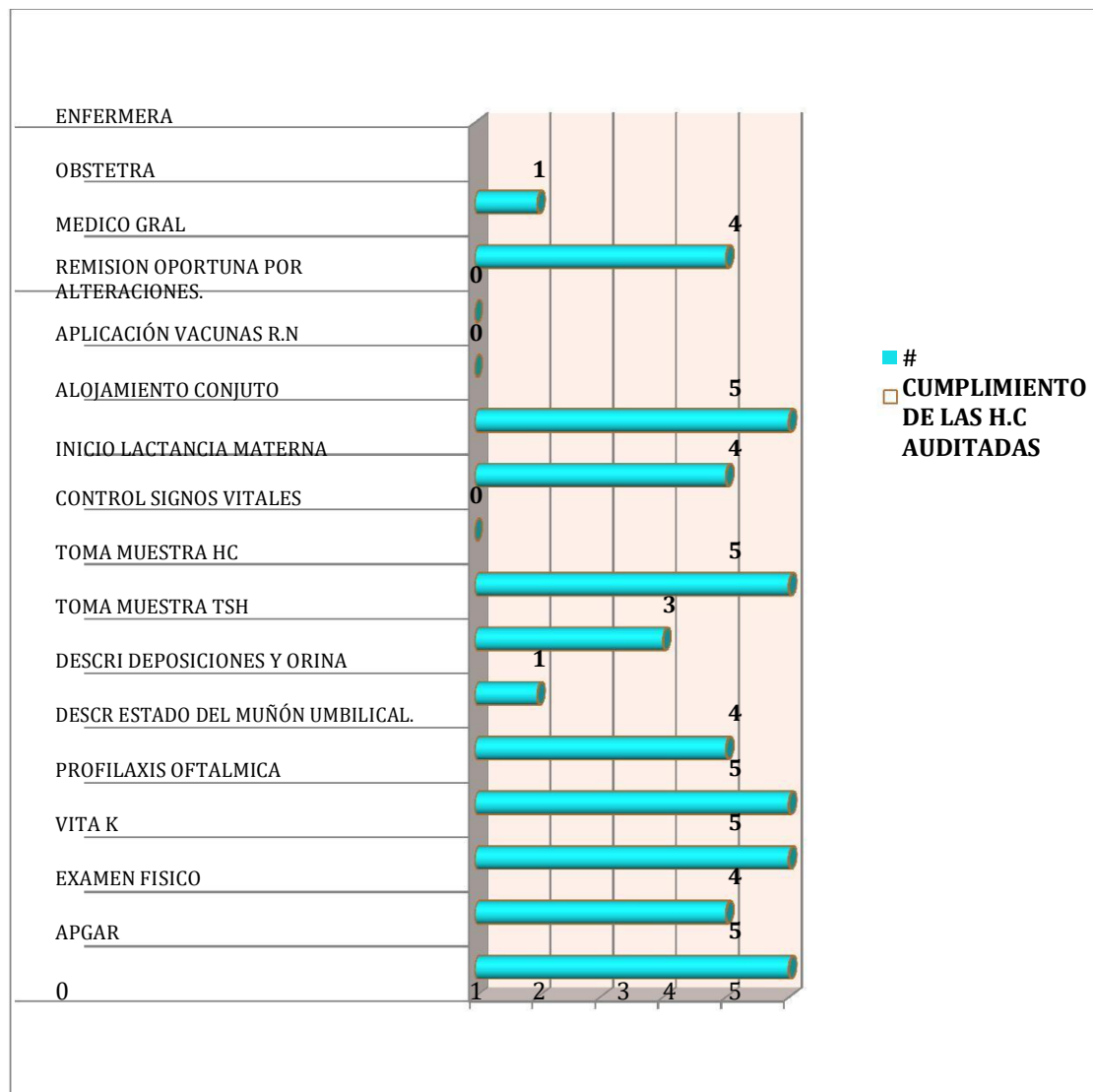


Gráfico 6. La remisión oportuna por alteraciones

La remisión oportuna por alteraciones, aplica cuando el recién nacido en su nacimiento o por alguna complicación necesite ser traslado a otro centro asistencial de mayor nivel. En ninguna de las historias clínicas auditadas amerito la aplicación de este ítem.

En el ítem atención del parto se evalúa según el nivel de las I.P.S este ítem aplica el cumplimiento para médico general y ginecobstetra, por ser la institución de mediana complejidad.

Los siguientes hallazgos hacen parte de lo encontrado en la auditoría de las historias clínicas de Atención del parto y Recién Nacido.

El ítem correspondiente a Hoja de Remisión, aplica a las historias clínicas con pacientes remitidas:

De las cinco (5) historias clínicas auditadas, una era de paciente remitida, pero solo una tenía la remisión anexa en la historia clínica, dando un cumplimiento de un 100% en este ítem. El 60% (3) HC reportaba la hoja del CLAP o copia del carnet Materno. El 60% (3) HC registraba diligenciamiento del Partograma. Con respecto a exámenes de laboratorio, el 60% (3) HC auditadas reportaban resultados de exámenes de laboratorio de VDRL, Hemoclasificación.

Un 100% (5) HC reportaron resultados de laboratorio de Hb.

Ninguna de la HC auditadas reportó imágenes diagnóstica como ecografía. El 40% (2) HC describió el número de feto y ninguna reporto el tamaño del feto.

El 100% (5) HC reportaron la realización de examen físico por sistemas y registraban signos vitales.

Con respecto a la atención del puerperio inmediato, el 100% (5) HC registró Involución uterina y sangrado. El 60% (3) HC registraron estado de los loquios, signos vitales y el globo de seguridad. Ninguna de las HC auditadas (5), registraron Signos de Infección y Sangrado genital.

Con respecto a la atención del puerperio mediato. El 100% (5) HC auditadas evidencian registro de alojamiento conjunto, se le realiza toma de muestra para Hemoclasificación, Profilaxis oftálmicas, Aplicación de Vitamina k y se evaluó el APGAR.

El 80% (4) HC evidencia valoración por médico general, inicio de lactancia Materna, descripción del Estado del Muñón umbilical y examen físico. El 60% (3) HC reportan toma de muestra para TSH neonatal. Solo una HC (20%) (1) reportó valoración por obstetra y descripción de las deposiciones y orina.

CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones

Este trabajo nos permitió evaluar el proceso de diligenciamiento de las historias clínicas de atención del parto y Recién nacido la adherencia a guías de atención y protocolos, teniendo en cuenta la normatividad de la misma, la estrategia integral la resolución 0412/2000, ha permitido tener una visión más clara de lo que sucede dentro de las Instituciones prestadoras de servicio del municipio de Mompox, pues es la primera vez que se realiza este tipo de Auditoria, que nos permite elaborar planes de acción para mejorar la calidad de la atención del parto y de los controles prenatales, implementar estrategias de captación temprana de las gestantes de nuestro municipio, e identificar y tratar los riesgos que se pueden presentar, así mismo mejorar la calidad del dato, al igual que los sistemas de información.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones a historias clínicas de atención del parto y recién nacido

- ❖ Realizar un buen diligenciamiento de la historias clínicas de atención del parto y recién nacido. Es importante especificar el lugar de residencia de la paciente (urbana o rural)
- ❖ Realizar las ordenes necesarias para la atención y valoración de la madre e hijo Diligenciar completamente los datos de la gestante y sus antecedentes.
- ❖ Realizar una valoración completa de la gestante en el examen físico, evaluando su condición física, psicológica, etc.
- ❖ Una correcta valoración obstétrica de la paciente en el momento de la captación. Vigilar el proceso de los puerperios inmediato y mediato
- ❖ La valoración oportuna al recién nacido
- ❖ Capacitación y reentrenamiento del equipo asistencial de maternidad de la institución Inducción al personal nuevo que ingrese al servicio de maternidad.

- ❖ Sensibilizar y capacitar al personal profesional en la normatividad en historias clínicas
- ❖ Realizar el censo de clasificación de gestantes de alto riesgo de las pacientes que son atendidas en la institución y enviarlo mensualmente e informar a EPS, la secretaria de salud municipal y departamental.
- ❖ Seguimiento a los resultados de exámenes de laboratorio clínico realizados al R.N
- ❖ Inducción y capacitación al personal asistencial en la normatividad de Historias clínicas, guías de Atención del parto y del Recién nacido.
- ❖ Realizar auditoria a los procesos asistenciales e historias clínicas de la institución
- ❖ Estandarizar y hacer seguimiento a los procesos de atención del parto y del recién nacido Implementar las políticas de seguridad del paciente.
- ❖ Implementar los flujogramas de los procesos de atención en la institución
- ❖ Aplicar la norma técnica y guías de atención en salud en las historias clínicas y los procesos asistenciales

5.2.2 Recomendaciones a Ente Territorial (Secretaria de Salud Municipal)

- ❖ Sensibilizar y capacitar al personal profesional de la red prestador y EPS, en la normatividad en historias clínicas
- ❖ Hacer seguimiento a EPS en los programas de promoción y prevención.
- ❖ Hacer seguimiento a red prestadora municipal en los programas de promoción y prevención.
- ❖ Capacitación al personal asistencial en la normatividad de Historias clínicas, guías de Atención del parto y del Recién nacido.
- ❖ Vigilar que la red prestadora envíe el personal profesional a las capacitaciones que realiza la secretaria de salud departamental de Bolívar.
- ❖ Realizar auditoria a los procesos asistenciales e historias clínicas de la institución.
- ❖ Estandarizar y hacer seguimiento a los procesos de atención del parto y del recién nacido.

- ❖ Evaluar el estado de los servicios contratados por las EPS
- ❖ Evaluar el estado de servicios de la red prestadora municipal
- ❖ Vigila el sistema de referencia y contra referencia de las pacientes gestantes, contratados por las EPS
- ❖ Educar a la población gestante en factores de riesgo de las maternas y atención del parto institucional.
- ❖ Realizar acciones de salud pública de promoción y prevención en las gestantes y recién nacidos del municipio
- ❖ Hacer seguimiento a la aplicación de la norma técnica y guías de atención en salud en las historias clínicas.

5.2.3 Recomendaciones a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- ❖ Realizar un buen diligenciamiento de los formatos de las historias clínicas de atención del parto y recién nacido.
- ❖ Realizar las órdenes necesarias para la atención y valoración de la madre e hijo.
- ❖ Diligenciar completamente los datos de la gestante y sus antecedentes.
- ❖ Realizar una valoración completa de la gestante en el examen físico, evaluando su condición física, psicológica, etc.
- ❖ Vigilar el proceso de los puerperios inmediato y mediano y el registro de las órdenes de este.
- ❖ La valoración oportuna al recién nacido
- ❖ Capacitación y entrenamiento del equipo asistencial de maternidad de la institución
- ❖ Inducción al personal nuevo que ingrese al servicio de maternidad.
- ❖ Sensibilizar y capacitar al personal profesional en la normatividad en historias clínicas
- ❖ Seguimiento a los resultados de exámenes de laboratorio clínico realizados al Recién Nacido.

- ❖ Inducción y capacitación al personal asistencial en la normatividad de Historias clínicas, guías de Atención del parto y del Recién nacido.
- ❖ Realizar auditoria a los procesos asistenciales e historias clínicas de la institución.
- ❖ Estandarizar y hacer seguimiento a los procesos de atención del parto y del recién nacido
- ❖ Implementar las políticas de seguridad del paciente.
- ❖ Realizar autoevaluación de los servicios de salud
- ❖ Hacer seguimiento al cumplimiento de los programas de promoción y prevención.
- ❖ Aplicar la norma técnica y guías de atención en salud en las historias clínicas.

5.2.4 Recomendaciones a Empresas Promotoras del Servicio de Salud

- ❖ Sensibilizar y capacitar al personal profesional en la normatividad en historias clínicas
- ❖ Seguimiento a los resultados de exámenes de laboratorio clínico realizados a la materna y el Recién nacido.
- ❖ Brindar capacitación al personal institucional y de la red prestadora en la normatividad de Historias clínicas, guías de Atención del parto y del Recién nacido.
- ❖ Realizar auditoria a los procesos asistenciales e historias clínicas de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mallen, David y Collins Christine. Manual de Habilidades para Auditoria INCONTEC Internacional. p. 8.9.10.16

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Consultado el 25 de Julio de 2014,
URL:<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POLÍTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>

Situación de la Infancia y Maternidad. Consultado el 25 de Julio de 2014. En: URL:<http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/primer-infancia/>

www.unicef.com.co <http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/primer-infancia/>