

Un abordaje de la salud materna desde la salud pública

MARTA CECILIA JARAMILLO. MD, Ms MPYSP, PhD (C)

Introducción

Desde la declaración de los Derechos Humanos en 1948,¹ se empieza a hablar de “Salud Materno Infantil” y a reconocer que todo ser humano tiene derecho a la salud: *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños y las niñas nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.² En 1952, la Organización Internacional del Trabajo aprobó el convenio para la Protección de la Maternidad. En la Declaración de Alma Ata en 1978, debido a los problemas detectados en los países subdesarrollados, generados por las altas tasas de natalidad, se incluyen los programas de planificación familiar con la subsecuente asesoría y acceso a la información. El programa de salud materno-infantil continúa su evolución hasta que en 1995 se le da el nombre de “Salud Sexual y Reproductiva”, fruto de las luchas de género de los grupos feministas.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una “condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad, de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”.³

La atención en salud reproductiva se define como el “conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar, previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva”.⁴ La atención en salud sexual tiene como propósito mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.⁴

El programa de salud reproductiva de la OMS³, propuso cuatro metas que sus programas deben cumplir:

- Experimentar un desarrollo y maduración sexual saludables y ser capaz de establecer relaciones equitativas, responsables y sexualmente satisfactorias;
- Alcanzar el número deseado de hijos de manera segura y saludable y decidir cuándo tenerlos;
- Evitar las enfermedades y discapacidades relacionadas con la sexualidad y la reproducción y recibir la atención adecuada cuando sea necesario;
- Estar libre de violencia u otras prácticas nocivas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

La cumbre del milenio en el año 2000 reconoció, en dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, acciones para mejorar la salud reproductiva a nivel global, con el fin de disminuir las

mortalidad materna, lograr el empoderamiento de la mujer y el acceso al trabajo en igualdad de condiciones frente a los hombres.⁵

Maternidad Segura

La "maternidad segura" es un derecho de las mujeres. En la última década murieron alrededor de 500 mil mujeres anualmente, por complicaciones del embarazo y el parto.⁴

Las causas de mortalidad materna son en su mayoría evitables mediante programas de salud, información de otros sectores, acciones encaminadas a la educación, acceso al agua y saneamiento, comunicación, transporte, mejora en el nivel de ingresos, cultura, disminución de la violencia contra la mujer y la toma de decisiones sobre su cuerpo, entre otros.

El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, reporta que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado alguna vez embarazadas, un (1) punto porcentual menos que en la ENDS 2005, siendo mayor la percepción en la población más pobre y con menor nivel educativo, principalmente en Guainía, Vichada, Putumayo y Amazonas.⁶

A pesar de las actividades de educación sanitaria y de las campañas para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, las mujeres están resultando más afectadas año tras año. Es así como en el año 1988 había veinte hombres por una mujer con VIH/SIDA y en 2005 tres hombres por una mujer. Las mujeres más afectadas son las del departamento del Atlántico, donde la relación hombre/mujer es de 1:1, producto del cambio en la transmisión del virus por vía de relaciones homosexuales a heterosexuales.⁶

En Colombia se han detectado "barreras de acceso" a los servicios de salud, tales como la mala atención, baja cobertura, calidad y pertinencia del control prenatal, riesgos presentes en el 26% de las personas sin educación y en el 24% de las mujeres con bajo nivel educativo y menor ingreso. En Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía, más del 30% de las mujeres pobres no recibieron atención prenatal.⁶

El por qué de la mortalidad materna

La defunción materna *"Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales"*.⁷

Para determinar que una muerte es consecuencia de un embarazo, se requiere consignar con precisión la causa de ésta, el estado del embarazo y el momento de la muerte con relación al mismo. En ningún país se ha logrado obtener un óptimo registro de estos datos. Al igual que en el resto del mundo, Colombia también registra la información incompleta o errada.^{5,8} Se considera que 2005 es el año con mejor información en el mundo, debido a que en 2006 se realizó un ejercicio interinstitucional con la participación del Banco Mundial, la División de Población de las Naciones Unidas y expertos técnicos independientes que diseñaron una metodología para realizar las estimaciones, que permitieran comparar la tendencia desde 1990 hasta 2005.⁹

Una muerte materna es importante para la sociedad y la familia y por esto es que el mundo se ha movilizado activamente para su reducción. Desde los primeros años del siglo pasado, John William Ballantyne, ginecólogo de la Universidad de Edimburgo, consideró que las altas tasas de mortalidad materna y perinatal eran consecuencia de un pobre control del embarazo y el parto.^{10,11}

Se ha identificado que el nivel educativo bajo y la pobreza son los principales factores de riesgo intervenidos en países desarrollados, donde se ha logrado reducir los índices de mortalidad materna.

La medición de la mortalidad materna es una tarea difícil. El DANE desde 1998 implementó el formulario de estadísticas vitales, incluyendo variables nuevas para identificar factores determinantes y condicionantes de la muerte materna.

Los *factores determinantes* de la muerte materna están relacionados con las condiciones económicas precarias, bajo nivel educativo, estado de salud, conducta reproductiva, accesibilidad y calidad de los servicios de salud materna y planificación familiar, acceso a la información y en general con condiciones socioculturales desfavorables y eventos que generan necesidades y vulnerabilidades (desplazamiento – conflicto armado).^{12,13} Son *factores condicionantes* de la salud materna, el estado nutricional de la madre, la hipertensión arterial, la diabetes, las cardiopatías y antecedentes de complicaciones obstétricas.¹⁴

Las causas de muerte materna⁷ más frecuentes en el mundo son: hemorragias, sepsis, desórdenes hipertensivos, aborto en condiciones de riesgo y trabajo de parto prolongado; para la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, incluida Colombia, los trastornos hipertensivos son la principal causa de muerte.¹¹ Estos problemas de salud pueden ser manejados efectivamente en servicios de salud con atención de emergencias obstétricas.^{15,16}

Además de los determinantes y condicionantes descritos anteriormente, influyen también causas derivadas del usuario, que se incluyen en el “*modelo camino a la supervivencia*” planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde se clasifican cuatro retrasos:¹⁷

Retraso 1: La embarazada no reconoce oportunamente los signos de alarma.

Retraso 2: La embarazada no decide buscar atención.

Retraso 3: La embarazada tiene dificultades para el acceso a la atención.

Retraso 4: La embarazada no recibe atención de calidad en los establecimientos de salud.

Hay patologías que ocurren durante el embarazo y amenazan la vida de las madres y la supervivencia de las mujeres en edad reproductiva, que pueden ser intervenidas oportunamente o a través de la identificación y control temprano de los riesgos, mediante un protocolo de vigilancia epidemiológica, para reducir las complicaciones y la muerte. En la ciudad de Cali se implementó con éxito, en 2005, un protocolo de vigilancia epidemiológica de la “Morbilidad Materna extrema”, que ha logrado impactar la mortalidad materna y tiene resultados positivos, que ya se encuentran documentados.^{18,19}

Las intervenciones para la maternidad sin riesgo son las más costo efectivas para reducir la mortalidad materna, principalmente la estrategia de atención primaria.²⁰ Si se corrigen los problemas derivados de los servicios de salud y se modifica la conducta familiar frente a la maternidad, se podrían evitar el 85% de las muertes maternas en Latinoamérica.²¹

Mortalidad materna en Latinoamérica y Colombia

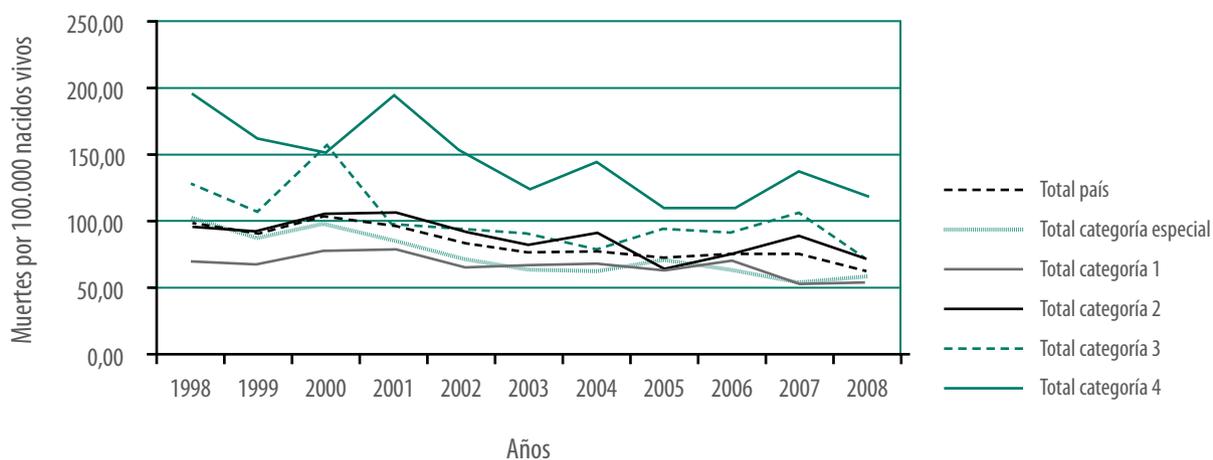
Hay desigualdades en la mortalidad materna en las Américas: el quintil más pobre concentra el 50% de las muertes maternas y el quintil más rico tiene menos del 5% de las defunciones, con un índice de concentración de desigualdad de -0,43.²² La brecha se puede observar en los años 2005 y 2006 cuando Chile, Barbados y Bahamas tuvieron una RMM entre 16 y 17,3 muertes

maternas por 100.00 Nacidos Vivos, mientras que Haití estuvo entre 670 y 523 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en los dos años.^{22,15,23,12}

Colombia en el año 2003 agrupó los departamentos en categorías presupuestales,²⁴ siendo la categoría especial conformada por los departamentos con mayores ingresos corrientes departamentales y mayor población, mientras que la categoría cuatro (4) es de los departamentos con menores ingresos corrientes y menor número de habitantes. La gráfica No.1 muestra la Razón de mortalidad materna en el período 1998 a 2008, distribuida por categoría presupuestal de departamento, donde podemos observar que las tasas más altas corresponden a los departamentos con menor población y menores ingresos corrientes departamentales.

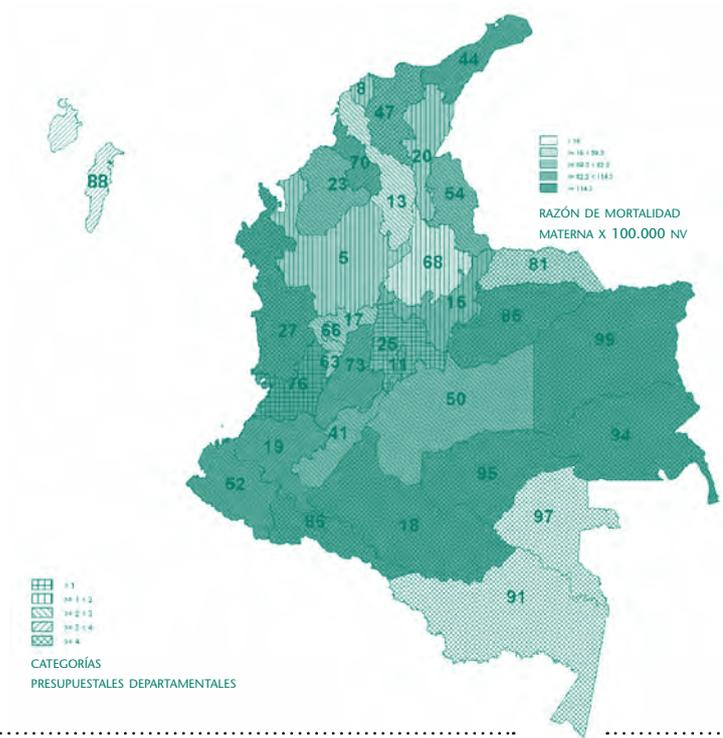
Gráfica 1

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR CATEGORÍA PRESUPUESTAL DE DEPARTAMENTO, COLOMBIA 1998-2008

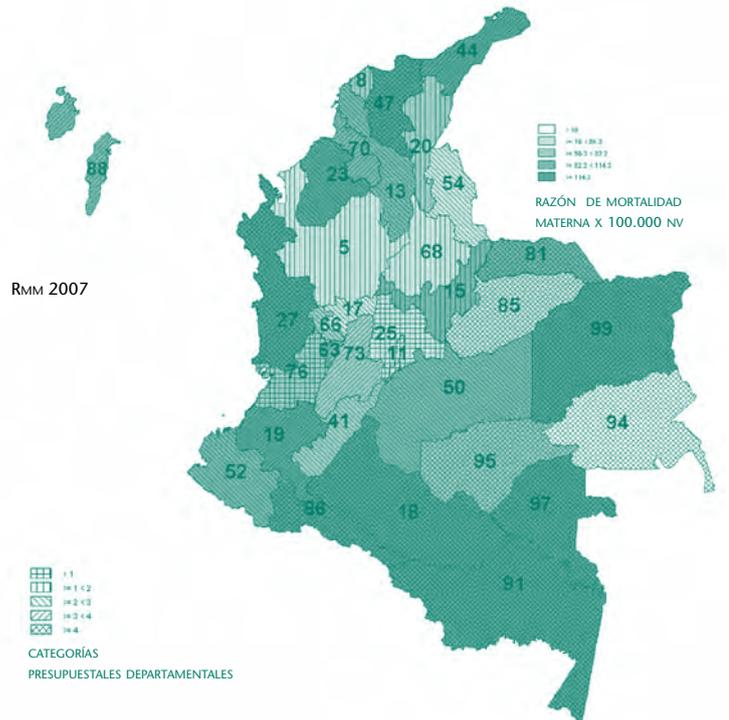


En la distribución geográfica comparativa entre (1998 y 2007 Gráficas 2 y 3), por categoría presupuestal de departamento y niveles de gravedad, se observa que se ha reducido del 70% al 48% en los departamentos con RMM alta o muy alta. Se pueden diferenciar dos zonas geográficas claramente: una zona con mejor RMM ubicada desde el suroccidente hacia el centro oriente del país, donde se encuentra Bogotá DC y las zonas de la Amazonia y regiones costeras (atlántica y pacífica) con más altas tasas de RMM.

Gráfica 2
RAZÓN DE MORTALIDAD
MATERNA, COLOMBIA
1998



Gráfica 3
RAZÓN DE MORTALIDAD
MATERNA, COLOMBIA
2007



Conclusiones y Recomendaciones

1. La mortalidad materna ha disminuido, pero no lo suficiente en todos los departamentos, para que permita alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015. Se deben proponer metas departamentales y compromisos de los gobernantes y ciudadanos para intervenir los factores de riesgo que impiden alcanzar las metas propuestas.

2. Se perciben grandes inequidades en el país, por lo que se deben orientar las acciones de salud pública y las políticas públicas a la intervención de los factores determinantes y predisponentes de la salud de la mujer, principalmente en zonas rurales y de difícil acceso a los servicios de salud de buena calidad.
3. Los programas de salud sexual y reproductiva deben fortalecer la información y comunicación sobre los derechos de la mujer y los mecanismos para acceder a ellos. Estos derechos basados en el respeto, el empoderamiento, el buen trato y el acceso a servicios de buena calidad.

Referencias

- 1 Capítulo 25.2 de la Declaración de los Derechos Humanos. 1948.
- 2 Mazarraza A, L; Gil T, S. Salud Sexual y Reproductiva, módulo 12. En Programa de Formación de Formadores en perspectiva de género y salud. 26 pp.
- 3 Organización Mundial de la salud. *Progress* Number 45 (1998). Disponible en línea en la dirección www.who.int/hrp/progress/45/index.html.
- 4 Unicef Colombia. Salud Materna. La maternidad segura es un derecho de las mujeres. En: <http://www.unicef.org.co/0-salud-materna.htm#>. Consultado en marzo de 2011.
- 5 Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA). Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2009. Julio 2009. New York.
- 6 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010.
- 7 DANE. Normas y recomendaciones para la codificación de la Mortalidad Materna EEV. Abril 2009. En EEV\DOCUMENTACIÓN BÁSICA\INSTRUCTIVOS\TRD-EEV-INS-03.DOC.
- 8 UNICEF. PROGRESS FOR CHILDREN. A World fit for Children Statistical Review. Number 6 December 2007. En www.unicef.org.
- 9 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y Neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). New York. Diciembre de 1998
- 10 Vecino A. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. Serie Documentos de trabajo No. 22 Universidad del Rosario. Septiembre 2007. Bogotá D.C.
- 11 Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Resumen del informe del Secretario General titulado Un concepto más amplio de libertad. New York 2005.
- 12 Cárdenas R. La mortalidad materna: ¿Un problema de salud en vías de control? (parte b). Estudios Demográficos y Urbanos 2003; 63-93. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31205205>. Consultado el 27 de julio de 2009
- 13 Camacho, L; Villanueva, M, Marrgo, A, Yazo, C. Mortalidad Materna: un reto que persiste para la salud pública en Colombia. En Revista CES Salud Pública, Vol 1, No 1. Julio a diciembre 2010.
- 14 DANE. Estadísticas Vitales, defunciones no fatales. Cuadro 6. Defunciones por sitio de ocurrencia, según departamento y régimen de seguridad social (en línea) (Fecha de acceso septiembre 20 de 2009); URL disponible en : http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=323&Itemid=808.
- 15 UNICEF. PROGRESS FOR CHILDREN. A Report Card on Maternal Mortality. Number 7, September 2008. En www.unicef.org
- 16 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- 17 Rowbottom S. Ed. The United Nations Population Fund (UNFPA). Giving Girls. Today & tomorrow. Breaking the cycle of Adolescent Pregnancy. New York. Editor: Amy Singer. 2007. En www.unfpa.org
- 18 Arsitizábal, EG; Salazar, C. Morbilidad Materna extrema durante el año 2005 en Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Impresora Feriva. Santiago de Cali, 2007. 28pp
- 19 Aristizábal, EG; Peña, MP; Terranova, DA. Protocolo de vigilancia de la mortalidad materna extrema en Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Impresora Feriva. Santiago de Cali, 2007. 24pp
- 20 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas, 2007. Panorama de la Salud en la Región. Volumen I – Regional. 29p
- 21 INS (Instituto Nacional de Salud). Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Primer semestre de 2007. Bogotá DC.
- 22 Dirección OPS y Centro CLAP. Síntesis basada en los documentos en referencia y en presentaciones realizadas por la Directora de OPS y por el Centro CLAP/OPS. Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5. Fecha de acceso: 26 de julio de 2009. Disponible en: www.delivernow.org.
- 23 Organización de Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Guía para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General. Distr. General. Quincuagésimo sexto período de sesiones (A/56/327). 6 de septiembre de 2001. 67p
- 24 Ley 617/2000 de 6 de octubre. "Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley orgánica de presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional". (Diario Oficial No. 44188 del 9 de octubre de 2000).

1. Mamás, las mejor atendidas y consentidas en el Valle del Cauca

PROGRAMA DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO | COMFANDI



Más de 80 mil futuras madres tienen vigilancia permanente de la evolución del proceso de gestación, de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que inciden en el embarazo.

Zara Milena Solarte Camacho tiene 14 meses y nació el 25 de mayo de 2010. Vive con sus padres y su hermana mayor -María Paula Solarte Camacho- en el barrio Aranjuez, en Cali, y según su mamá, siempre ha sido una niña muy sana.

Sin embargo, como a cientos de familias en Colombia, la situación económica se convirtió en el ‘talón de Aquiles’ para desarrollar un embarazo acorde con las buenas prácticas de cuidado y atención a las madres y a los bebés que están por nacer. “La falta de trabajo de mi esposo llevó a que pudiera tener los controles a los cinco meses de embarazo, no teníamos seguridad social y luego, por fortuna, pudimos asistir a Comfandi”, explica Paula Liliana Camacho, madre de Zara.

Según recuerda, cuando le realizaron los exámenes de control durante su embarazo le dijeron que tenía los índices de azúcar muy altos y se tomaron las medidas necesarias para hacer frente al problema y garantizar una buena salud para ella y para su bebé. “Reco-

nozco que fue un embarazo muy difícil porque cada rato se me subía el azúcar y estuve hospitalizada tres veces. Sin embargo, gracias a la dedicación y al buen trato que recibí por parte de los profesionales de Comfandi San Nicolás, hoy tengo una bebita excelente y lo más importante muy sana”, dice.

Paula hace parte de las más de 80.000 mujeres en edad reproductiva, entre los 15 y 44 años, que se han beneficiado con el programa Detección de las Alteraciones del Embarazo, que lidera la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfandi. “Gracias a esta iniciativa pude tener un embarazo llevadero, teniendo en cuenta que mi esposo a duras penas tenía para la comida. Cada 15 días me tenían que hacer el examen de la glicemia y tuve que hacer dietas para tener el azúcar nivelada, a veces cada ocho días y me ayudaban con el transporte, además, me hicieron exámenes que no podía pagar por la escasez de recursos”, cuenta Paula.

Según ella, lo que más se debe destacar del programa es la atención oportuna y prioritaria que se le da a las futuras mamás, “si había mucha cola me atendían de forma rápida, todos los controles y la atención fueron eficientes”.

Además, reconoce que si no hubiera tenido acceso oportuno al programa, habría tenido más complicaciones porque, asegura, “sin esa atención no hubiera podido asistir a los controles y a los exámenes y sé que el problema del azúcar es algo muy grave en un embarazo y mi vida también hubiera estado en peligro. Algo que debo resaltar es la ayuda psicológica, el trato y la confianza que le dan a las mamitas para respaldarse en el equipo profesional de Comfandi, uno siente que no está sola y que tiene a más personas que le ayudan en todo este proceso”.

La iniciativa de Detección de las Alteraciones del Embarazo fue creada en 2005 con el objetivo de identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada. En el año 2010, por ejemplo, se inscribieron 3.333 pacientes, de las cuales el 84 por ciento fue captado en el primer trimestre y el 30 por ciento se clasificó como de alto riesgo.

“El programa, además de todas las guías normales que emite el Ministerio de Protección Social para todo el país, tiene adicionados unos procesos que nos ayuden a captar oportunamente a la usuaria y hacerle seguimiento sobre todo cuando se hospitaliza o se atiende por urgencias”, asegura Gloria Eugenia Martínez, jefe de Sección de Fomento de Salud de Comfandi San Nicolás.

En ese sentido, explica la funcionaria, en el programa trabaja un grupo humano con un componente multidisciplinario que incluye: médico general, enfermera, auxiliares de enfermería y los gineco obstetras. “Todos hacen parte del equipo básico y las mamás tienen de primera mano la ayuda profesional para comenzar un proceso de atención a su salud y a la del recién nacido”, dice.

Según ella, la evidencia de la efectividad del programa está representada en la disminución del bajo peso al nacer en los bebés, menos pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de recién nacidos y una reducción de los casos de mortalidad de los niños y las mamás.

Experiencia en sí misma

En la fase de ingreso al programa se hace énfasis en informar a la mujer y al acompañante acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características, brindando orientación, respondiendo dudas e informando sobre cada uno de los procedimientos que se realizan, promoviendo la importancia de la presencia del compañero, o algún familiar en el control prenatal.

Se realiza educación individual a la madre, compañero y familia con el fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo y se evalúan los factores de riesgo asociados al proceso de la gestación. Igualmente, hay seguimiento de curvas de altura uterina y peso materno, exámenes de laboratorio y remisión al médico en caso de requerirlo, vacunación, valoración odontológica y nutricional, clasificación del riesgo obstétrico en donde se definen las conductas de seguimiento.

Se ofrece educación individual y grupal en el curso de psicoprofilaxis a partir de la semana 26. Además consejería en planificación familiar, educación y preparación para la lactancia materna, formulación de micronutrientes, controles y seguimientos hasta el cierre del caso.

Logros

- El programa ha tenido reconocimiento por la disminución en la tendencia de la tasa de sífilis congénita de manera sostenida y continua, manteniendo valores muy por debajo de los referentes municipales y nacionales en visitas de acompañamiento del Ministerio de Protección Social en noviembre de 2009 como un modelo exitoso en detección, tratamiento y seguimiento a Sífilis Gestacional para evitar la sífilis congénita y en auditoría realizada por la OPS en el mes de julio de 2010.
- El enfoque del control desde el modelo de riesgo biopsicosocial ha tenido impacto positivo en la disminución de la mortalidad materna asociada a Preeclampsia y el bajo peso al nacer. Ha logrado impactar el ingreso a UCI RN de prematuros extremos de las usuarias, el cual ha obtenido reconocimiento por los entes de control municipal.
- Se ha logrado impactar el ingreso a UCI RN de prematuros extremos, RN que pesan menos de 1.500 gramos, lo que significa mayores probabilidades de supervivencia del RN y menor número de secuelas para su desarrollo, al igual que en los recién nacidos entre 1.500 grs y 2.500 grs, que son atribuibles al cuidado prenatal.
- Disminución continua en la tendencia de la tasa de mortalidad perinatal.
- Todo este modelo ha permitido lograr impactar en resultados en salud del binomio madre-hijo.
- Se ha logrado, a nivel de la ciudad de Cali, una de las tasas más bajas de mortalidad materna del país como es la de 26 x 100.000 nacidos vivos para el año 2009, mientras que para Colombia fue de 75 x 100.000 nacidos vivos.

Dificultades

- En la ejecución del proyecto se han presentado dificultades en el seguimiento continuo de las pacientes, debido principalmente a la migración de las pacientes dentro de la misma ciudad y por cambio de ciudad, que influye en el seguimiento telefónico efectivo. Otra dificultad ha sido el bajo nivel educativo en salud referente a la importancia del control prenatal, lo cual hace que haya que brindar una repetición continua a las usuarias de las necesidades específicas del control prenatal, convirtiéndose en algo desgastante para el equipo que participa en el programa.
- Desde el acceso a los servicios de salud, se han presentado demoras en la oportunidad de citas con especialistas y también debido a la no articulación de los servicios de urgencias con la IPS primaria se han generado problemas del día a día relacionados con las demoras de la remisión de los pacientes.

2. Todo por preservar el “binomio madre e hijo”

MADRES CONSENTIDAS | ESE SAN SEBASTIÁN



Una institución de primer nivel, en el Huila, se convirtió en un ejemplo para varias de las instituciones más grandes del país en lo que tiene que ver con la atención a las mamás previo al proceso de parto. El objetivo es hacerlas sentir como unas ‘Madres Consentidas’.

María Carolina Murillo tiene 29 años y está embarazada de su primer hijo. Vive en el barrio El Portal, en La Plata (Huila), y no se cansa de darle gracias a Dios por lo que ella califica como una “fortuna del Señor”, aunque todavía ríe cuando recuerda que se dio cuenta de su embarazo cuando ya completaba los dos meses de gestación.

“La verdad es que cuando eres primeriza no sabes ni qué hacer, pero por fortuna el proce-

so lo hemos llevado muy bien y, por ejemplo, me he dado cuenta de la importancia que va a ser para mi bebé y para mí el hecho de que yo haga ejercicio y siga todos los cuidados que se deben tener. Por estos días estoy llegando a los cinco meses de embarazo”, dice.

Tanto María Carolina como su bebé desde hace varios meses se benefician del cuidado y la pedagogía que reciben por parte de los profesionales que integran el equipo del programa ‘Madres Consentidas’, liderado por la E.S.E. San Sebastián en ese municipio, que implementó un modelo a seguir en lo que tiene que ver con la atención que se le debe prestar a las futuras madres previo y durante el embarazo.

“Desde que me enteré del programa he tratado de no perderme ningún curso profiláctico, la atención es muy buena y siempre están pendientes de los controles. Hace poco, por ejemplo, me llamaron para mi cita odontológica para que no dejara de ir”, comenta María Carolina, quien además destaca las herramientas que recibe por ser beneficiaria del programa: “En los cursos siempre hay colchonetas, balones grandes y nos dan refrigerio; también me entregaron una cartilla que contiene todo lo que necesito saber sobre el bebé”, dice.

Madres Consentidas nació en 2005 con el objetivo de disminuir el índice de muerte perinatal en La Plata y a la fecha ya se han beneficiado más de 3.700 madres que habitan en ese municipio y en la zona rural. “El programa se llama así porque la madre es nuestra prioridad, ella no debe hacer cola para ninguno de los servicios, y hemos organizado una ruta para que ella pase por todos los controles, desde que la canalizamos. En total son 12 pasos desde que tiene su primer control prenatal y luego cada área controla y supervisa los procesos”, explica Jorge García Quiroga, coordinador del Plan de Intervenciones Colectivas de San Sebastián.

Otra de las más contentas con el beneficio que recibió antes, durante y después del embarazo de su segunda hija es Francy Milena Ambito, de 23 años, pues según ella lo mejor de Madres Consentidas es el acompañamiento que recibe de los profesionales en salud y el apoyo psicológico permanente. “Durante mi embarazo todo el tiempo recibí ayuda de formación, ayuda personalizada. Se pasaron de consentidores (risas). Recibí cursos de recién nacidos, le enseñaban a uno hasta cómo poner un pañal, cómo alimentar a los bebés”, señala.

En el caso de Francy, su embarazo tuvo varias complicaciones sobre todo, dice ella, porque permaneció sola durante el proceso, “pero ellos (el personal de San Sebastián) estuvieron pendientes de mí”. “Mi hija nació sanita y un poquito bajita de peso, pero ya no es así porque ahora está bastante gordita gracias a la lactancia y al apoyo que, insisto, he recibido”, agrega.

De acuerdo con las directivas del programa, otro de los logros es que en este momento hay garantías en ese municipio en lo que tiene que ver con una atención integral a las futuras madres y a sus hijos. “Es decir que la posibilidad de que, sin ser un hospital de segundo nivel, estemos garantizándoles a las gestantes una casa materna para que tres semanas antes de dar a luz tengan acceso a los

cuidados no solo en lo que tiene que ver con lo administrativo sino también con el servicio de psicología y todo previo al parto ya es una realidad”, aseguró García.

Según él, a corto plazo lo que se quiere demostrar es que a pesar de que los recursos no son muchos, son muy significativos los logros que puede alcanzar una entidad de primer nivel. “La meta es tratar de preservar el binomio madre e hijo”, concluye.

Experiencia en sí misma

El diagnóstico se da a partir de observar las necesidades de la población como el difícil acceso al servicio de salud, las filas interminables para adquirir una cita médica y la larga espera para poder recibir atención. Otra limitante para la atención de las madres gestantes era la escasa oferta de servicios, teniendo en cuenta que no se contaba ni con los profesionales suficientes ni con áreas adecuadas para ofrecer atenciones de calidad.

Por otro lado, se realiza un análisis de la situación en salud del municipio, al igual que la recolección de información por parte de la comunidad, dando la oportunidad a esta de que pudiera exponer sus necesidades pero así mismo que ofreciera sus posibles soluciones.

La planeación comienza cuando la gerencia del hospital inicia un plan de acción para mejorar las condiciones de salud de esta población y para ofrecer una atención con calidad y calidez. Luego se genera una política institucional con la cual la población vulnerable (como las gestantes) deben recibir un trato digno y de calidad al solicitar y recibir los servicios de salud. Se nombra a un coordinador, quien tenía como función principal darle ejecución a todas las actividades que se realizaran para las gestantes y que ellas vieran en él un apoyo dentro de la empresa.

Para la ejecución, se inicia con la reorganización de los servicios de la empresa, a los programas de Promoción y Prevención se les organiza un día en la semana para atender a la

población. Por ejemplo, las gestantes se atienden todos los viernes cada semana y se les ofrece un desayuno mientras esperan. Adicionalmente, se crea la estrategia Visión Salud, la cual consiste en un grupo de promotores que atiende a la población directamente en las casas ubicadas en el área rural y hace demanda inducida para luego organizar brigadas rurales, las cuales contribuyen a despejar un poco los servicios médicos en el hospital. Con el tiempo este grupo se fue estructurando más y se le dio el nombre de Atención Primaria en Salud (APS).

En el hospital la atención a las gestantes se organiza mediante la ruta maternal. Esta ruta inicia desde que el funcionario de APS capta y dirige a la gestante. Luego la paciente es atendida por el médico para el inicio de sus controles. En el área de sala de espera se ubican 3 auxiliares de enfermería, una enfermera jefe y dos psicólogas, para guiar a las gestantes en el proceso de atención y garantizar que ese mismo día se les garantice una atención integral, (vacunación, odontología, educación, ecografía, toma de laboratorios y atención psicosocial).

Por otro lado, se realizan diferentes actividades con las comunidades en educación, talleres activos participativos, festivals y celebraciones especiales relacionadas con la maternidad.

Se crearon 50 unidades de Rehidratación Oral Comunitaria y de Enfermedades Respiratorias Agudas, ubicadas todas en diferentes veredas del municipio. También se formaron las redes de apoyo comunitario con los mismos integrantes de cada vereda o barrio, y actualmente se cuenta con 120 líderes comunitarios; además, se fortaleció la red de apoyo a la infancia con las diferentes entidades, y se crearon programas de capacitación a los profesionales, a los líderes, pro-

gramas educativos a la población en general.

Sumado a esto, se implementó la estrategia IAMI – AIEPI, el servicio para jóvenes y adolescentes y se realiza el curso psicoprofático sin distinción de EPS (contributiva o subsidiada). Para lograrlo, se incluyó a todo el ente municipal para que hiciera parte de la vigilancia y control de las gestantes, mediante los Concejos de Política Social y las entidades educativas del municipio en donde se adquieren compromisos con relación a las gestantes. Adicionalmente, la articulación con el segundo nivel de complejidad es bastante importante porque es allí donde culmina la primera fase del trabajo con la gestante, para seguir el proceso con el recién nacido y la familia lactante. Se tiene un censo poblacional de gestantes, el cual se alimenta cada mes, para esto se han realizado diferentes formatos y documentos que permiten recolectar la información. También se implementó una estrategia para que los embarazos fueran captados en el primer trimestre, la cual consistió en hacer el contacto inmediato con la usuaria que se realiza las pruebas de embarazo en el laboratorio del hospital, o en el laboratorio del segundo nivel de complejidad.

La fase de evaluación ha sido de manera continua. Se realiza mediante el análisis de datos estadísticos de la institución, la aplicación de listas de chequeo, encuestas a los usuarios, midiendo la satisfacción de ellos con el servicio, encuestas también relacionadas con la educación que se les ofrece. Con respecto a la salud, allí se mide el conocimiento de la comunidad, se realizan auditorías internas por parte de la empresa, al igual que los entes municipales, departamentales e internacionales también han realizado el seguimiento y evaluación de las diferentes actividades que se realizan.

Logros

- Aumentar la asistencia a controles prenatales en el primer trimestre de embarazo a un 71%.
- Mas del 80% de las embarazadas con más de cuatro controles prenatales.
- Disminución de las muertes maternas a cero hasta 2009.
- Se cuenta con grupos de apoyo comunitario y con la participación de actores sociales.
- Incremento en la consulta de programas de crecimiento y desarrollo (hasta el momento es de un 90%).
- Aumento de la atención en el parto hospitalario, entre un 96% a 98% de cobertura.
- La implementación de servicios amigables para jóvenes y adolescentes y el trato diferencial para esta población.
- Avances significativos en la estrategia IAMI y AIEPI, donde se evidencia en las diferentes pre evaluaciones que la UNICEF ha venido realizando sobre la estrategia, la satisfacción del usuario.
- Disminución de enfermedades como EDA e IRA en los niños y niñas menores de 5 años.
- Reconocimiento por parte de organizaciones internacionales como la UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud.
- El proyecto ocupa a nivel departamental el segundo lugar como estrategia exitosa.
- En el municipio, la iniciativa es la primera en la prestación de servicios a esta población objeto.

Dificultades

- El cambio del personal que labora en la empresa.
- La falta de compromiso por algunos funcionarios.
- La desarticulación intersectorial por parte de los actores sociales, para el beneficio del municipio, en el principio del proyecto.
- Las condiciones demográficas y poblacionales del municipio.
- La falta de interés por parte de los usuarios al reconocer sus derechos.
- La diversidad cultural y arraigo de las costumbres de la población.
- El bajo nivel educativo de la población adulta, y la deserción escolar.
- Las dificultades económicas de los usuarios, para acceder a los servicios de salud.
- La fluctuación de población (Desplazamiento de otros municipios o departamentos).
- En un momento el proyecto tuvo un bache con respecto a que se presentaron problemas administrativos en la empresa y esto detuvo los avances.



Nuestro agradecimiento a los proyectos que nos enviaron material fotográfico sobre las experiencias, el cual hemos aprovechado para ilustrar no solo la experiencia correspondiente sino también algunas de las experiencias que no enviaron fotografías. Mil gracias por su aporte. AVS

3. Capacitación para los médicos, un modelo efectivo para mejorar la atención materna

MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL, PARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO | FES



Un proyecto que nació en el Valle se trazó como meta la conformación y cualificación de grupos primarios institucionales en las IPS, para el mejoramiento de calidad de la atención a la mujer embarazada y el recién nacido.

“El aporte más grande para los profesionales en salud es entender que si los médicos están capacitados, la atención hacia los pacientes mejora y la calidad también”.

Jorge Alberto Valencia es médico general de Manizales y con esas palabras define lo que él mismo califica como una “necesidad” para los modelos de atención a las mujeres embarazadas que se aplican actualmente en las instituciones de salud del país.

“El mejoramiento no se puede dejar atrás y los profesionales necesitan estar en continua retroalimentación. De esta forma, se mejora la percepción de los pacientes y la satisfacción frente a la atención que se les brinda en las instituciones”, asegura.

Valencia, de 47 años, hizo parte durante el año 2005 del grupo de profesionales que implementó en la institución de salud Assbasalud el programa Mejoramiento Continuo de la Calidad del Control Prenatal, Parto y Atención del Recién Nacido, que lideran Funda-

ción FES Social, el Grupo Materno Perinatal de la Universidad de Caldas y Colciencias.

“Recuerdo que durante un periodo de seis meses se capacitó a los médicos de esa institución en todo lo referente a las guías de práctica clínica, eran como una especie de protocolo para atender bien un control prenatal, un parto y un recién nacido”, explica Valencia, quien es administrador en salud del Grupo Materno Perinatal de la Universidad de Caldas.

Según él, entre las actividades que se realizaron en aquella época para mejorar los procesos de atención a las maternas se destacan las conferencias dictadas al personal de salud por parte de ginecólogos y pediatras. “Se revisaron todas las historias clínicas de mujeres embarazadas para sacar indicadores mensuales y todo lo que tuviera que ver con la atención a este tipo de población”, explica.

La estrategia se implementó en la institución por cuenta de una preocupación de calidad y de indicadores de atención a las futuras madres. En los encuentros con los profesionales se realizaron diagnósticos mensuales y, según Valencia, se les hacía un balance en salud porque “antes no se hacía retroalimentación entre los médicos y esto es malo porque el profesional termina guiándose únicamente por las reacciones y la evolución del paciente”.

El programa Mejoramiento Continuo de la Calidad del Control Prenatal, Parto y Atención del Recién Nacido se creó en el Valle en junio de 2002 con el fin de diseñar e implementar un sistema de control de calidad de la atención a la gestante y al recién nacido. Entre los planes de los directivos de la iniciativa estaba la evaluación del desempeño del sistema de control de calidad de la atención

de la gestante y el recién nacido en la institución en la que se quiera implementar.

“Examinamos en municipios del Valle del Cauca cómo habían sido atendidas casi mil embarazadas y miramos si esa atención sí cumplía o no con los estándares de calidad que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) para poder atender los partos y poder atender a los recién nacidos. El estudio terminó en el 2002 y nos dimos cuenta que había un gran problema de calidad y el servicio no se estaba cumpliendo en la mayoría de estas mujeres como ordena la OMS”, asegura Julio César Mateus Solarte, director del Área De Salud de la Fundación FES.

De acuerdo con él, ese proceso se convirtió en la puerta de entrada para empezar a construir una estrategia que permitiera que esas mujeres fueran mejor atendidas. “Nos dimos cuenta que las mujeres por razones familiares y personales no llegaban antes de cumplir las 14 semanas de embarazo al control prenatal y el 62% de ellas llegaba entre las 14 y 28 semanas de embarazo, lo que implica que no se benefician de todo lo que tiene un control prenatal bien hecho. Casi un 10% llegaba en las últimas semanas de embarazo”, señala.

El programa, que se ha implementado en 44 instituciones en el Valle del Cauca y en toda la red pública de Manizales, ha capacitado a cerca de 200 funcionarios y a 900 personas de las comunidades en todo lo que tiene que ver con los controles prenatales. “Algo muy bonito fue el componente de movilidad social con líderes comunales, sin duda con esas capacitaciones la gente tomó conciencia de la importancia de que las maternas realicen los controles pertinentes en las instituciones de salud”, agregó Valencia.

Los recursos para la creación del modelo de atención a las mujeres embarazadas fueron entregados por las instituciones promotoras y, según los directivos del mismo, ahora que ya está estandarizado el programa lo que les interesa es que “lo usen y lo apliquen”.

Experiencia en sí misma

Este programa educativo está diseñado para ser desarrollado en los Servicios de Salud especialmente en las Instituciones Prestadoras de Servicios; los participantes de esta estrategia serán:

- Los funcionarios de las instituciones de salud los cuales actuarán como dinamizadores internos en cada una de las instituciones de salud participantes, deberán ser médicos y enfermeras.
- El funcionario de la institución implementadora de la estrategia de mejoramiento continuo de la calidad actuará como dinamizador externo. Dicho funcionario deberá ser un médico(a) o enfermera(o) con una especialización en calidad en salud o una maestría en salud pública.

Los contenidos desarrollados dentro del programa son: Manejo de Guías de Atención, Taller de habilidades ginecobstétricas y pediátricas, Taller para el manejo de grupos y estrategias pedagógicas, Taller para el desarrollo de destrezas de movilización social, Métodos de desarrollo de las estrategias al interior de las instituciones, Manejo del Concepto de Calidad y Desarrollo de planes de mejoramiento de la calidad.

El personal que funciona dentro de este programa como dinamizador interno deberá estructurar dentro de sus instituciones un grupo primario de calidad (de cuatro a seis participantes) para que pueda desarrollar las actividades en los servicios materno-infantiles, intersectoriales y comunitarios establecidos dentro del programa.

La finalidad de este programa de intervención es la de ampliar y fortalecer los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención a las mujeres gestantes y los recién nacidos en las instituciones prestadoras de salud participantes, e igualmente la creación de mecanismos y metodologías que garanticen la sostenibilidad y la aplicación de cambios en los servicios de salud.

Logros

- Esta estrategia es ampliamente aceptada y solicitada por las comunidades. Algunos funcionarios de salud que iniciaron su vínculo con la participación en las actividades desde sus hospitales siguen desarrollando por su propia iniciativa el programa de mejoramiento continuo.
- Con la investigación de costo-efectividad, se produjeron avances conceptuales y metodológicos dado que, no solo se cumplieron los objetivos en términos de la evaluación de costo – efectividad de la intervención de mejoramiento de la calidad del control prenatal, sino también en términos de la definición de una metodología para el análisis de la antropometría del recién nacido que permitió calcular el score z de peso para la edad gestacional, el score z de talla para la edad gestacional y la comparación de los score z entre intervenidos y no intervenidos. Esto implicó un mayor cumplimiento de los objetivos de la investigación pues permitió refinar la evaluación de efectividad y de costo – efectividad.
- Se consolidó la alianza entre la Fundación FES y el Grupo Materno Perinatal de Caldas y la Red de Salud Sexual y Reproductiva del Eje Cafetero y del Sur – Occidente Colombiano, con la cual se han logrado dos proyectos financiados en las convocatorias de Colciencias de 2006 y 2007 y un anteproyecto aprobado en la convocatoria de Colciencias de 2008.
- A juicio de los investigadores, uno de los mayores logros de este proyecto, y que se ve reflejado en los proyectos posteriores, fue la conformación de una alianza exitosa entre el Grupo Materno Perinatal de Caldas y la División Salud de la Fundación FES. Se realizaron una serie de actividades de alianza y fortalecimiento mutuo que fueron reportadas en el informe final como una sistematización de esta experiencia, lo que podría servir de referente para iniciativas similares.

Dificultades

- La dificultad más relevante para el éxito de la estrategia ha sido la designación por parte de las directivas de las instituciones de salud de personal temporal, ya sea por cuestiones de prestación de servicios o de designación política a estas actividades, lo que ha dificultado la continuidad del proceso en las instituciones de salud.

4. Lo ‘Bello’ de traer un hijo al mundo...

POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE MIS – MATERNIDAD E INFANCIA SEGURA | DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD MUNICIPIO DE BELLO



Un proyecto, liderado por empresas del sector público y privado, logró reducir las tasas de mortalidad infantil en Bello (Antioquia) y se convirtió en un modelo para el acceso de las mamás y los bebés a una salud con calidad en Colombia.

Ana Jimena Díaz Castrillón tiene nueve meses y es una de las niñas más saludables del barrio El Rosario, en Bello (Antioquia). Nació en octubre del año pasado y durante sus primeros seis meses de nacida se benefició

del proceso de lactancia que recibió de parte de su propia madre, algo que la tiene con un desarrollo adecuado para su edad actual.

Muestra de la excelente salud de Ana Jimena son su peso y talla y, según su abuela, María Deyanira Mora, esto le permite hacer actividades propias de una niña de una edad mayor. “Por fortuna la bebé está sana y esto se debe al proceso de lactancia exclusiva que tuvo durante sus primeros meses de vida. Sumado a esto, el buen desarrollo alcanzado en estos meses es, en parte, gracias a la capacitación que recibió su mamá –previo al parto– por parte de la Política Pública Saludable MIS (Maternidad e Infancia Segura)”, explica.

El proyecto, mencionado por Mora, lleva más de 7 años otorgando beneficio a las mamás y bebés en ese municipio. El fortalecimiento de la autoestima de las gestantes, los procesos relacionados con el crecimiento personal, el auto cuidado, el apoyo nutricional y la capacitación en temas como liderazgo son algunos de los beneficios.

“Con el programa le dan herramientas a las familias gestantes para trabajar y capacitarse en temas que tienen que ver con el cuidado previo y durante el nacimiento del bebé, en la lactancia y hasta cuando el niño cumple los 2 años de edad. De esta forma, les ayudan a las mamás embarazadas a tener una capacitación acerca del cuidado que deben tener en las distintas fases del proceso y, obviamente en beneficio de los recién nacidos”, dice la abuela de Ana Jimena.

La Política Pública Maternidad e Infancia Segura nació en 2003 y el objetivo desde aquella época ha sido incrementar el acceso de madres gestantes y de los niños a una salud con calidad y calidez. Por el beneficio otorgado a más de 5.700 personas, entre madres gestantes, niños y niñas del municipio, el programa se convirtió en un ejemplo en Colombia en lo que tiene que ver con el cuidado y la pedagogía a las que deben tener acceso las mamás durante su proceso de gestación y lactancia.

“El principal logro es que se redujeron en gran porcentaje las tasas de mortalidad en la población. Desde un comienzo, la Política Pública Maternidad e Infancia Segura se trazó metas como la reducción de la tasa de mortalidad, el aumento de la lactancia materna, la reducción de la violencia y maltrato intrafamiliar y el número de casos de VIH. Sumado a esto, logramos el fortalecimiento de instituciones para que ofrezcan servicios amigables para adolescentes embarazadas”, asegura Ruth Vélez, asesora en Política Pública Saludable en Bello.

De acuerdo con las directivas de la Política, otra de las metas alcanzadas durante el desarrollo de la iniciativa ha sido tener como aliada a la Red de Apoyo Social gracias a un convenio suscrito con el ICBF, que permitió la creación de las ‘Madres Fami’, esenciales en la formación de la Red y quienes capacitan hoy a las nuevas madres gestantes.

“El programa les brinda capacitación de forma permanente a las familias. Las mamás demuestran mucha gratitud con el proyecto porque este les cambia su forma de actuar y muchas de ellas dicen que tienen más autonomía. Así mismo, los niños avanzan mucho en su nutrición y su propio desarrollo, por eso son las mismas mamitas quienes expresan la gratitud por la existencia de Familias Gestantes”, señala Mora, quien es una de las ‘Madres Fami’ en El Rosario.

Actualmente, existen en la Red sesenta madres distribuidas en las doce comunas del municipio y llevan veinte años haciendo parte de ésta lo que, según Vélez, asegura la permanencia de la iniciativa.

Experiencia en sí misma

En Bello la problemática de la morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil hasta los 5 años de edad, persiste. Siguen muriendo y enfermando por condiciones de pobreza y falta de educación; inadecuada planeación de los servicios de salud, por falta de unificación

de un modelo de atención, por la mala calidad en salud, por bajas coberturas en los programas de promoción y prevención en salud y por falta de una red de atención en salud segura, eficaz, aceptable y asequible. La tasa específica de fecundidad en adolescentes es de 33.1, por 1.000 nacidos vivos. La sífilis congénita y gestacional se encuentran subregistradas y no se cuenta con datos reales. Así como no hay información sobre transmisión perinatal de VIH, cobertura de control prenatal, ni proporción de niños con lactancia materna exclusiva.

Los datos de violencia intrafamiliar que se conocen corresponden únicamente a los de medicina legal, en ellos se evidencia una tendencia al aumento con un total de 396 casos a 2002. Si bien el municipio cuenta con coberturas de vacunación superiores al 95%, siguen presentándose barreras de acceso. La atención a los niños y niñas enfermos carece de integralidad y calidez, y son de baja calidad; no se han implementado estrategias existentes como la AIEPI y la IAMI.

Objetivo general

Implementar una política pública saludable, para lograr una maternidad e infancia segura, con la participación interinstitucional intersectorial, y comunitaria del municipio.

Una vez definido el documento base para la implementación de la Política Pública Saludable MIS y finalizada su revisión y aprobación por parte de UNICEF, se convocó a todos los gerentes de las EPS, EPSS y ESE que tienen sus IPS en el Municipio de Bello, para firmar un Acta de compromiso, mediante la cual prestaban su concurso, para hacerla posible.

Se definieron, estudiaron, valoraron y avalaron, tanto científica como legalmente, las posibles acciones conducentes a la formulación de un Plan de Acción para la Política Pública Saludable - Maternidad e Infancia Segura MIS. Se diseñó una matriz compues-

ta por: una meta, para cada una de las líneas de acción; un resultado esperado; unas actividades a desarrollar para hacer posible dicho resultado; unas tareas necesarias para llevar a cabo la actividad; y un último componente de esta matriz, para designar el responsable de las tareas propuestas.

Implementación

- Se desarrollaron las normas, procedimientos y lineamientos para la puesta en práctica de las decisiones.
- Se modificaron las decisiones conformes con las restricciones operativas, incluyendo incentivos y recursos.

Evaluación

Se diseñaron instrumentos de seguimiento como:

- Gerencial Mensual MIS que es diligenciado por todas las IPS y contiene la gran mayoría de variables que permiten la operativización de los indicadores tanto de avances como de proceso,
- Instrumento de Monitoreo que es aplicado trimestralmente en cada institución.
- SIP del CLAP – Sistema Informático Perinatal.

Consolidación

Hoy se cursa una fase en donde a través de acompañamiento continuo por parte de la Asesora a todas las IPS de la Red Pública y Privada del Municipio y la aplicación de los instrumentos de seguimiento y con la implementación de la Estrategia IAMI, se tiene la posibilidad de conocer el grado de avance o reto.

También se cuenta con capacitaciones continuas de Medicina Basada en la Evidencia y material para la Información Educación y Comunicación con el objetivo de hacer inducción al control prenatal temprano, promoción de derechos, vacunación, lactancia materna exitosa, entre otros.

Contar con una Red de Apoyo Social a la Política Pública MIS conformada por 57 Madres FAMI es, sin lugar a dudas, el mayor avance que se ha obtenido. Luego de varios intentos por disponer de ella, hoy es

un hecho y una herramienta para la garantía de derechos de la niñez y la infancia, así como para la superación de barreras en caso de amenaza o de protección en caso de vulneración o despojo.

Logros

- Uno de los mayores logros del proyecto es contar con una Red de Apoyo Social consolidada y operando.
- El número cada vez mayor de instituciones que se suman a la política pública.
- A nivel departamental se cuenta con el reconocimiento de ser el municipio que ha logrado impactar positivamente la mortalidad infantil. En 2008, por ejemplo, Bello fue el municipio de Antioquia con el porcentaje más bajo de mortalidad en menores.

Dificultades

- Fragmentación en la contratación de servicios de salud regulada por el SGSSS.
- Lineamiento poco claro frente al pago de los servicios prestados por parte de las aseguradoras.
- Alta rotación en el personal de salud.
- Barreras para la administración de recursos del sector.
- No garantía en la Red de referencia y contrarreferencia.
- Procesos de cambios administrativos en las EPS.
- Población municipal altamente fluctuante.
- Poca operatividad de los organismos de Protección.

5. Chocó emprende el camino de sexualidad responsable en Colombia

FONDO PARA APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CHOCÓ
FUNDACIÓN CORONA, FUNDACIÓN SILDARRIAGA CONCHA, FUNDACIÓN RESTREPO BARCO Y OTROS.



Habitantes de cinco municipios de este departamento se capacitaron en Salud Sexual y Reproductiva y son ellos mismos quienes destacan la importancia de afrontar la sexualidad con responsabilidad y pedagogía.

Yeison Samir Sánchez tiene 19 años y ya sabe cuándo va a tener su primer hijo. Está comenzando Contaduría Pública en Pereira (Risaralda) pero, según dice, hace cerca de dos años decidió que no va a ser papá hasta que no termine la carrera profesional que cursa.

En 2008, cuando hacía noveno grado en el Colegio Nuestra Señora de la Pobreza, en Tadó (Chocó), Yeison hizo parte del grupo de estudiantes beneficiados con el desarrollo del Fondo Para Apoyar la Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva en el Chocó, que, dice, les enseñó a los estudiantes la importancia de saber sobre la sexualidad, el ser humano y sobre su valor en la sociedad.

“Con un 90 por ciento de seguridad, puedo decir que si no hubiera conocido el proyecto ya sería papá y esto hubiera frustrado los planes que quiero sacar adelante. Cuando entré al grupo gestor del Fondo aprendí a tener mucho más respeto hacia mi cuerpo y mi personalidad, y, por qué no, a quererme más a mí mismo”, dice.

En el caso de los colegios, la metodología para tratar temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se basó en charlas, dramatizados, ayudas literarias y videos. “En los colegios es en donde hay más jóvenes que se pueden beneficiar y necesitan de pedagogía oportuna en estos temas”, asegura Yeison, quien hasta el año pasado fue el secretario del grupo gestor del Fondo en su colegio.

Se beneficiaron de forma directa 23 colegios públicos de Tadó, Istmina, Condoto, Quibdó y Bahía Solano, que atienden a más de 25.000 niños, niñas y adolescentes.

Además del colegio de donde hoy en día es egresado Yeison, otra de las entidades beneficiadas fue la Institución Educativa Industrial María Auxiliadora, en Condoto, que desde 2008 implementó los procesos pedagógicos de Salud Sexual y Reproductiva y, además de capacitación para los estudiantes, llevó a cabo un trabajo con los padres de familia y profesores.

“La iniciativa llegó en un buen momento para poder lograr la conquista de una sexualidad responsable. Se hicieron talleres vivenciales, entre estudiantes y profesores se cambiaron los roles como parte de la metodología de aprendizaje y, sin duda alguna, una de las cosas que más se deben resaltar es que el proceso nos permitió conocer la terminología que rodea todo el tema de sexualidad, por ejemplo, se dio claridad en conceptos como el amor, sexo, condón, ternura, embarazo, entre otros”, explica Lísber Zuluaga, rectora de la Institución.

Cerca de 350 personas, entre jóvenes, docentes y padres de familia, integraron el grupo de gestores escolares en el componen-

te de educación. Un objetivo del proceso era plantear la sexualidad como una dimensión amplia que involucrara la parte afectiva, comunicativa, relacional, productiva y erótica.

Según Liliana Martínez, facilitadora local del Fondo y una de las personas que siguió de cerca el proceso en todos los municipios, desde el principio se fijaron varios propósitos. Uno de ellos era que no solo se trabajara la parte reproductiva sino también se evaluaran temas como la diversidad, la orientación sexual y el género.

“El mayor beneficio es la posibilidad de introducir estos temas en las agendas institucionales de los colegios, con los alcaldes y en los hospitales. Antes se abordaba la sexualidad como un mito, había poca libertad de expresión en este aspecto, pero ahora los jóvenes pueden hablar con mayor conocimiento del tema y ya no es exclusivo de los adultos”, asegura Martínez.

Experiencia en sí misma

El proyecto, promovido por las fundaciones Corona, Saldarriaga Concha, Plan, Bancolombia, Ford, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Consejería Presidencial de Programas Especiales, el Movimiento Fe y Alegría, el Centro de Gestión Hospitalaria, el Ministerio de Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud, Médicos sin Fronteras -MSF- Bélgica, Fondo Global contra el VIH/SIDA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), fue implementado entre 2005 y 2010 en los cinco municipios, y benefició a la población a través de tres componentes: educación, salud y comunidad.

Componente de Educación

En primer lugar, se adaptó el material de ‘Habilidades para la Vida de Fe y Alegría’ a la cultura chochoana y se realizaron talleres de formación a docentes y personal del sector salud. Así mismo, se conformaron grupos de gestores escolares (jóvenes, docentes, padres de familia),

uno por cada institución educativa. Luego, se formaron los grupos gestores escolares en temas de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva -DySSR-, y se realizó un acompañamiento a los grupos gestores escolares en la elaboración del diagnóstico sobre los principales aspectos de la SSR en las instituciones educativas. También se acompañó a los grupos gestores escolares para la formulación del Plan de Acción de cada grupo gestor escolar y su incorporación al proyecto institucional de educación para la sexualidad.

Componente de Salud

Se realizó un diagnóstico acerca del estado de las instituciones de salud frente a las condiciones deseables y a la normatividad contemplada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– para garantizar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva. Y se fortalecieron los servicios de salud para que los seis hospitales desarrollaran procesos tendientes a cumplir las normas del Sistema Único de Habilitación (SUH).

Así mismo, se llevó a cabo un acompañamiento a los hospitales para que diseñen e implementen procesos de detección tem-

prana de alteraciones del embarazo y control prenatal de bajo riesgo.

Componente Comunitario

Se conformó una Red de Apoyo Social en cada municipio con formación en DySSR, y se acompañaron a las Redes en la construcción de diagnósticos municipales en salud sexual y reproductiva.

El proceso permitió también el desarrollo de encuentros de profundización temática entre Redes de Apoyo Local, grupos gestores escolares y equipos de las instituciones prestadoras en los temas de violencia sexual e intrafamiliar y maternidad segura, incluido el embarazo adolescente.



Logros

- Los colegios y las instituciones de salud cuentan con material pedagógico adaptado a la cultura chocoana para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas sanas en DySSR.
- La educación para la sexualidad se posicionó en los colegios y gracias a la utilización del marco ético de derechos humanos y sexuales y reproductivos, mejoró la comunicación entre los diferentes grupos y favoreció el acercamiento de personas e instituciones.
- Se conformaron 23 grupos gestores escolares con miembros de toda la comunidad educativa de cada colegio, principalmente estudiantes y docentes que impulsaron y posicionaron el enfoque de DySSR. Todos formularon su plan de acción, y de estos, trece se convirtieron en insumo para el proyecto pedagógico de educación para la sexualidad. 21 grupos de gestores están interesados en conformar “grupos de apoyo” como una acción de continuidad y sostenibilidad.
- Los hospitales de primer nivel hacen énfasis en los procesos del ciclo de atención de mayor impacto en la mortalidad materno – perinatal.
- Cambio favorable en los indicadores de 2008 y 2009 (la información de los años 2005 a 2007 no se tiene en cuenta por considerarse poco confiable).
- Se conformaron redes sociales, así como planes de acción que colocaron el tema en la agenda política, social y local.
- Se logró que la Consejería Presidencial de Proyectos Especiales incluyera al Chocó en su agenda de trabajo, inclusión que aún hoy se sostiene.

Dificultades

- La rotación de docentes y personal de salud y a veces reemplazo de gran parte de la planta de personal hace difícil continuar los procesos de formación y transformación de representaciones sociales e imaginarios.
- Procesos dependientes de voluntades individuales: algunos procesos en las instituciones de salud y educación dependieron de la voluntad de los cuadros directivos. A pesar que en los hospitales se constituyeron equipos de mejoramiento, es esencial la participación de cuadros directivos para darle sostenibilidad a los cambios generados.
- En ocasiones falta coordinación inter-programática e interinstitucional. La articulación de programas, proyectos y acciones en niveles departamental y local sigue teniendo vacíos.

6. Por una Barranquilla con cero muertes maternas

FAMILIA GESTANTE | SECRETARÍA DE SALUD DE BARRANQUILLA



Un proyecto liderado por varias entidades públicas y privadas de la capital del Atlántico identifica los factores de riesgo en las gestantes y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo.

“Cuando tuve a mi bebé me educaron y me dijeron qué hacer con ella: tenía que cuidarla y me dijeron que la llevara a los controles siempre a tiempo. La atención era primaria para nosotras las gestantes, toda una bendición”.

Con estas palabras Mónica Castro agradece la pedagogía que recibió previo y durante el nacimiento de su hija. Es madre primeriza, vive en el barrio Simón Bolívar, en Barranquilla, y reconoce que uno de sus temores durante su embarazo era la atención que podía recibir de las entidades hospitalarias en esa ciudad.

“Soy afortunada porque cuando estuve embarazada no me tocó hacer filas. Siempre me atendían en una parte diferente y era rápido, y ahora con la bebé la atención es inmediata: solo espero a que me llamen y ya”, dice.

Tanto Mónica como su bebé hacen parte del grupo de beneficiados por el proyecto Familia Gestante, que desde el 2008 implementó una política distrital encaminada al fomento de acciones integrales que aportaran a la disminución de la incidencia de morbi mortalidad materna y perinatal en los niveles socio económicos 1, 2 y 3 de Barranquilla.

“Se llama Familia Gestante porque cuando se embaraza una mujer no solo es ella sino también su pareja y la familia en donde ellos deben involucrarse con todo el proceso de la gestación, actuando como seres protectores y apoyadores en la parte afectiva, emocional, biológica y psicosocial. Por tal razón, la familia queda en gestación, que es en donde parte el origen de la vida”, explica Liz Chacón, referente del programa.

El proyecto, que estará vigente hasta diciembre de 2011, les ofrece a las mujeres gestantes y maternas de la capital del Atlántico atención integral con aspecto ‘biopsicosocial’, atendiendo no solo las necesidades fisiológicas y anatómicas de la gestación sino

también interviene la parte psicológica, afectiva y emocional. “El objetivo es ser oportunos e intervenir los factores de riesgo encontrados convirtiéndolos en factores protectores para la salud materno-perinatal e involucrando a la familia y a la pareja”, señala Chacón.

Familia Gestante, además, logró el mejoramiento en el cuidado y la atención de la población gestante en esta parte del país (de aproximadamente 28.100 madres). “Recuerdo que cuando estaban los puestos de salud antiguos la atención era muy regular porque no atendían bien, veía muchas filas y a las mamás no les programaban las citas de forma rápida”, agrega Mónica.

Por el beneficio que le otorga a las gestantes, ofreciéndoles la atención primaria prenatal que les permite identificar los factores de riesgo y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido, el programa se convirtió en un ejemplo en el país y hoy en día es reconocido como uno de los modelos más efectivos en lo que tiene que ver con el cuidado y la atención a las madres previo, durante y después del embarazo.

“Una de las principales acciones consiste en llevar a cabo una adecuada intervención de los factores de riesgo a través de la atención por el gineco obstetra que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”, asegura Chacón.

Según ella, el reto que viene ahora para el programa es lograr que en Barranquilla haya cero muertes maternas por causas evitables. “Para eso es necesario realizar un trabajo continuo e interinstitucional, en donde todos los actores involucrados en el proceso de la atención materno-perinatal se apropien de prestar una atención integral y oportuna”.

Experiencia en sí misma

La implementación del proyecto correspondió primeramente a un entrenamiento y educación de los caminantes de la salud (bri-

gadistas que controlan el estado de salud en cada casa del sector asignado) en el proyecto de maternidad segura, en donde ellos realizan una detección de la gestante y realizan su respectiva educación, identificando una serie de riesgos para llegar a implementar los factores protectores y remitiendo a la gestante al paso más cercano para su atención oportuna. Así mismo, la coordinación interinstitucional con otras entidades con las EPS, la red pública y privada.

Logros

Reducción de la mortalidad materna en:

2008: 14 muertes con una razón de 41.4%

2009: 14 muertes maternas con una razón de 44%

2010: 5 muertes con una razón 18.6% (a 31 de diciembre del 2010)

Fuente: DANE

Cobertura en control prenatal en Barranquilla:

2008: 79.9%

2009: 94%

2010: 97.98%

El objetivo trazado era alcanzar metas del 90%

Reducción de gestantes adolescentes:

2008: 3.880 con una proporción de 37.6% sobre la población de adolescentes para la vigencia.

2009: 3.827 con una proporción de 36.7% sobre la población de adolescentes para vigencia.

2010: 2.535 con una proporción de 24.6% sobre la población de adolescentes para la vigencia.

La construcción de estrategias de reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal a partir de la vigilancia en salud.

La construcción de la situación problemática materno perinatal a través de la elaboración del árbol del problema y el árbol de soluciones con la participación de 24 EPS públicas y privadas.

Dificultades

- Como sucede con todos los proyectos, estas experiencias no están exentas de problemas tanto en su planeación como en la ejecución, no obstante con la participación activa del equipo interdisciplinario estas dificultades se fueron supliendo.
- Durante la etapa de implementación se requirió asistencia técnica permanente y acompañamiento continuo en las diferentes instituciones, ya que variables tales como locativas y de dotación se han ido superando sobre la marcha.

7. “Dije no al aborto, y sí a aprender a ser mamá”

LAS REDES SOCIALES Y DE SERVICIOS DE SALUD COMO ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD | SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ



Una iniciativa pedagógica en Bogotá, liderada por la Secretaría de Salud, les enseña a las mujeres sobre lactancia materna, planificación familiar, preparación para el parto y estimulación temprana, para lograr, entre otras cosas, reducir los índices de mortalidad materna y perinatal en la capital.

Alexandra Sánchez tiene 36 años y en cuatro meses se convertirá en abuela. Su hija, de 15 años, está embarazada y actualmente cursa noveno grado de bachillerato en el barrio Villa Amalia, en la localidad de Engativá, en el noroccidente de Bogotá.

“Todavía no asimilo que voy a ser abuela, pero es mi única hija y la quiero apoyar en todo. Nos enteramos de su embarazo porque comenzó a vomitar mucho, la llevé al médico y me dijo que era un virus lo que tenía. Sin embargo, luego me dijo que era mejor hacerle una prueba de sangre y el resultado fue positivo”, recuerda Alexandra.

Mientras ella cuenta la historia, su hija, Tatiana Hurtado Sánchez, no para de hacer ejercicios y presta atención al curso que está tomando para aprender sobre los cuidados que debe tener previo, durante y después de que nazca su bebé. “Recuerdo que estaba planificando con inyecciones, pero se me acabaron y un día tuve relaciones con mi novio (también de 15 años) y, preciso, esa vez no nos cuidamos y quedé embarazada”, explica Tatiana.

Según ella, cuando sus amigas se enteraron de que estaba embarazada le aconsejaron que abortara y ni ella ni su novio lo permitieron. “Era decisión mía y no quise, mis amigas me explicaron cómo abortar y cómo era el proceso. Sin embargo, no estoy de acuerdo con eso y no me parece que las personas se deshagan de esa forma de los bebés”, asegura.

A Tatiana, como a cientos de adolescentes en Colombia, en las instituciones hospitalarias sus embarazos son catalogados como de alto riesgo por la edad. Precisamente, para evitar contratiempos y saber qué hacer en caso de una emergencia, además, para conocer más acerca de los cuidados que debe tener con su bebé y con ella misma, ella es una de las mujeres beneficiadas del ‘Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad, un Proyecto de Vida’, que lidera la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

La iniciativa pedagógica nació en 2005 y fue implementada en 21 instituciones del Estado, actualmente está a cargo de enfermeras

profesionales que son capacitadas por la Secretaría de Salud de la capital. “Esta es la primera vez que asisto y vengo los sábados porque entre semana no puedo faltar al colegio; hoy, por ejemplo, me enseñaron sobre la lactancia materna y sobre los signos de alarma. Además, ya sé cómo debo sacar la leche o cómo debe ser la posición del bebé cuando lo vaya a alimentar”, dice Tatiana, quien asiste al curso en compañía de su mamá.

“La aconsejé en varias oportunidades para que tuviera cuidado y no fuera a quedar embarazada. Sin embargo, ya pasó y la estoy apoyando, pero quiero que ella siga estudiando porque es mi única hija y, bueno, ahora digo que si vamos a tener otro bebé en la casa pues nos toca consentirlo”, señala Alexandra.

El curso al que asiste Tatiana ha beneficiado a miles de mujeres de la capital del país y hace parte de la línea de Calidad en la Prestación del Servicio, contenido en el proyecto Redes Sociales y de Servicios de Salud como Estrategias para el Mejoramiento de la Calidad de Vida y Salud. La capacitación consta de siete sesiones y lo ideal es que todas las familias gestantes la tomen y aprendan sobre los temas que tienen que ver con la gestación.

“Todo el cuidado que tienen las mujeres gestantes durante el proceso es importante para disminuir las posibles muertes maternas, la mayoría de estas son prevenibles. Un muy buen control prenatal nos ayuda a detectar a tiempo algún problema con la gestación. Así mismo, el curso nos ayuda a preparar a las familias sobre cualquier problema, por ejemplo, si ellas saben que un dolor de cabeza es fuerte es signo de alarma inmediatamente van a ir al hospital porque puede ser un signo de hipertensión”, asegura Martha Lucía Mora, enfermera profesional y quien lidera el Grupo Materno Perinatal de la Secretaría de Salud de Bogotá.

El curso prenatal actualmente funciona encaminado hacia cumplir con las metas consignadas en el Plan de Desarrollo de Bo-

gotá, una de ellas es disminuir la mortalidad materna a menos de 40 por 100 mil nacidos vivos y la mortalidad perinatal a menos de 16 por mil nacidos vivos. “Uno de los problemas más importantes relacionados con la mortalidad materna y perinatal es la indiferencia. En muerte perinatal, el 98% de los casos suceden en condiciones socioeconómicas bajas y es lo que queremos evitar para que se visibilice el problema, que es social y su solución no depende solo del punto de vista médico”, afirma Gilberto Acuña Gómez, médico pediatra del Grupo Materno Perinatal.

Según los promotores del curso, todo lo que le enseñan a Tatiana y al resto de beneficiadas les va a ayudar a mejorar la calidad de vida de sus bebés y de ellas como mujeres gestantes. En el caso del proyecto Redes Sociales y de Servicios de Salud como Estrategias para el Mejoramiento de la Calidad de Vida y Salud, el trabajo desde la Secretaría de Salud de Bogotá está dirigido hacia lograr que haya más mujeres sanas durante la gestación y niños sanos cuando nazcan. “También le apuntamos a que nuestra sociedad tenga mejor calidad de vida cada vez más, que la gestación sea un proceso bonito y respetado, a que haya mayor apego de la familia con un bebé que va a nacer y que todos seamos más conscientes de que tener un hijo es una bendición, pero que hay que tener mucho cuidado con él para que sea un niño sano”, afirma Mora.

Experiencia en sí misma

El proyecto de las Redes Sociales y de Servicios como estrategia para el mejoramiento de la calidad de vida y salud se desarrolla tres fases:

La primera se centró en la elaboración del diagnóstico de la calidad de atención durante el control prenatal, el trabajo de parto y la atención del parto en las 21 ESE del Distrito. Se realizó el análisis epidemiológico del comportamiento de la mortalidad materna en una línea de tiempo de seis años para priorizar aseguradoras con mayor número de casos,

las causas básicas de muerte y las variables de persona, tiempo y lugar que intervienen en la muerte materna, para posteriormente realizar visitas de asesoría y acompañamiento técnico por Subred.

En la segunda fase se establecieron los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos del diagnóstico institucional frente a los diferentes procesos, al igual que la formulación de planes de mejoramiento según hallazgos por demora de los casos de mortalidad materna durante el 2009 y el 2010 y los que se derivan de las visitas realizadas a las EAPB priorizadas.

En la tercera fase se actualizaron las guías de atención materna para con ellas establecer programas de capacitación al personal que atiende a la población gestante. Se priorizaron la sensibilización y capacitación en las guías que presentaron menor adherencia durante el 2008 y 2009. En el segundo semestre del 2010 se inició la elaboración de guía de cuidado de enfermería basadas en la evidencia para complementar las guías elaboradas por el equipo de Ginecólogos de las ESE y las EAPB.

Logros

- Disminución importante de las muertes maternas en el 2010 comparado con el 2009 y el 2008. De acuerdo al registro de casos de mortalidad materna en el 2008 hubo 44 casos, en el 2009, 58 casos y en el 2010, 41 casos, pasando de una razón de mortalidad materna en el 2007 de 45,8 a 37,3 en el 2008 y alcanzando en el 2010 una RMM 36,8 X 100.000 nacidos vivos (dato preliminar).
- El desarrollo de las diferentes estrategias se ha visto reflejado en los siguientes resultados:
 - Posicionamiento político y social con enfoque diferencial y de género para desarrollar la transectorialidad, mediante la implementación de la Red Social Materna Infantil en las 20 localidades del Distrito, Movilización social en torno a las políticas de salud sexual y reproductiva.
 - Desarrollo e implementación de la Estrategia comunicativa masiva e interpersonal con enfoque de derechos y género [Bogotá de puertas abiertas con las Familias Gestantes], mediante: Producción de cinco mini documentales bajo el título general de tejiendo la red.
 - Fortalecimiento de las capacidades y competencias de los equipos de salud para la atención integral de hombres y mujeres en edad fértil y la familia gestante.
- Capacitación: a 1.200 personas del equipo de salud (Enfermeras, médicos, psicólogas, nutricionistas y Auxiliares de enfermería) de todas las ESE en "curso de preparación para la maternidad y paternidad"; inducción para profesionales de la salud que inician servicio social obligatorio en las ESE, en temas relacionados con la salud materna y perinatal.
- Comité Técnico de expertos: actualización y diseño de guías de atención materna (12 guías); elaboración de guía de manejo del curso de preparación para la maternidad y paternidad; elaboración de instrumento de evaluación del Control Prenatal de Profesionales de Enfermería; difusión de las guías de atención materna a 550 profesionales de la salud del D.C.; concertación de actividades académicas y de asesoría con las sociedades científicas y la academia.

Dificultades

- Una de las dificultades encontradas en los diversos procesos de evaluación de la calidad de los servicios es la alta rotación del talento humano, lo que dificulta la sensibilización y socialización de los hallazgos en la mortalidad materna, así como la actualización del conocimiento que afecta la calidad en la prestación de los servicios.
- Teniendo en cuenta los determinantes socioculturales y económicos que impactan en la mortalidad materna y la necesidad de acciones transectoriales, se convierte en una dificultad la debilidad de políticas públicas que generen e integren acciones más allá del sector salud.

8. Trabajan por la seguridad alimentaria de las gestantes y sus recién nacidos

“COMPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE” - UN APORTE A LA SALUD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN. SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE LA ALCALDÍA DE MEDELLÍN



En Medellín, una iniciativa liderada por el sector público suministra a las gestantes de escasos recursos un complemento alimentario gratuito que proporciona el 60% de los requerimientos diarios de micronutrientes. Además, les enseña sobre los cuidados que deben tener con sus bebés.

Juan Carlos Silva sueña con ver a su hijo convertido en un deportista, un médico y no descarta que algún día pueda llegar a ser el Presidente de Colombia. Él es el padre de Juan Daniel Silva López, quien tiene un año y un mes de edad y es uno de los niños más sanos y mejor nutridos de Medellín.

“Mi bebé es una bendición. Está gordito y cachetón, y esto ha sido gracias a la buena alimentación. Reconozco que, a pesar de que no tenemos una buena situación económica, hay hombres que no tienen cómo alimentar bien a sus esposas, a veces con un embarazo de alto riesgo y sin duda mi bebé sería desnutrido o enfermo si su mamita no hubiera recibido una buena atención durante el embarazo”, cuenta Juan Carlos, mientras su esposa, Marcela López lacta a Juan Daniel.

En agosto de 2009, cuando asistían a los controles prenatales una de las médicas que hace parte de la Red de Metrosalud en la ca-

pital antioqueña se dio cuenta del bajo peso que tenía Marcela y la remitió al programa Complementación Alimentaria y Nutricional para la Mujer Gestante y Lactante, que pertenece a la estrategia Buen Comienzo “Había una vez”, liderada por la Alcaldía de Medellín. En aquella época, explica Juan Carlos, la escases de empleo no le permitía darle una buena nutrición a su esposa, sin embargo, con el ingreso al programa esa situación se pudo mitigar.

“Los beneficios del programa son absolutos. Cuando la situación económica no es buena, uno como padre no puede suministrarle a su familia una nutrición adecuada, es decir, como lo recomiendan: carne, pollo, pescado, frutas, etc. Desde que nos vinculamos a esa iniciativa, cada mes tenemos una reunión en la que se abarcan varios puntos, no solo el nutricional, sino también asesoría psicológica en salud, pedagogía, educación física, y esos encuentros son muy fructíferos porque se tratan temas diferentes y hay un seguimiento en cuestión de complemento alimentario”, explica Juan Carlos.

Durante el proceso de gestación, el problema de bajo peso de Marcela fue atendido a través del programa, entre otras cosas, mediante un complemento alimentario y nutricional gratuito que les entregan a las madres beneficiadas, que hacen parte de los niveles 1 y 2 del SISBEN. “Luego de recibir el complemento, mi esposa comenzó a aumentar de peso, se notaba revitalizada y eso benefició para que tuviéramos un niño muy sano y bien alimentado”, asegura el padre de Juan Daniel, quien está terminando la carrera de Ingeniería Industrial en la Universidad Nacional.

Por su parte, Marcela, de 20 años, reconoce que el programa les cambió la vida no solo por el apoyo nutricional que les brindó sino también por todo lo que les enseñan para prestarle la debida atención al bebé antes, durante y después del nacimiento. “Nos enseñan cómo alimentar al bebé y para ello utilizan un seno de trapo para simular la lactancia. Sin duda, yo les diría a todas las mamitas en esta situación que vayan al programa porque nos enseñan mucho”, dice Marcela.

El programa de Complementación Alimentaria y Nutricional para la Mujer Gestante y Lactante nació en Medellín en 2005 con el objetivo de brindar atención integral a gestantes y lactantes en condiciones de vulnerabilidad, con prioridad en los niveles 1 y 2 del SISBEN. Uno de los principales retos es contribuir a la salud materna desde la complementación alimentaria, valoración y seguimiento del estado nutricional y educación nutricional de las mamás.

“Al tener una mamá bien alimentada vamos a tener mayores probabilidades de tener un niño sano porque va a tener un mayor peso al momento de nacer, también en el programa hay un componente grande en educación y en lo que tiene que ver con lactancia materna hasta los seis meses”, explica Alba Luz Tamayo, coordinadora del programa y la profesional encargada de Complementación Alimentaria de la Secretaría de Bienestar Social de Medellín.

Según ella, el 82 por ciento de las lactantes atendidas logran una recuperación en su peso y la demanda de energía y nutrientes es mayor en la lactancia que en la gestación, “por eso estamos aportando en su seguridad alimentaria”. “El peso al nacer es otro de los propósitos y es que el niño cuando nazca tenga un peso superior a los 2500 gramos y esto se logra en el 87% de los niños hijos de las madres que pertenecen a la estrategia”, dice.

La experiencia en sí misma

Las mujeres gestantes pueden llegar a la estrategia por solicitud propia o porque son remitidas desde los centros de atención de Metrosalud. Se inicia el proceso con la verificación y cumplimiento de criterios de selección.

Con seguimiento mensual, se cubre desde el ingreso de la gestante al proyecto, continúa durante el período de gestación y seis meses de lactancia. Con las siguientes actividades:

- Educación nutricional: Para formar hábitos y costumbres saludables para la familia gestante y lactante. Con encuentros educativos de dos horas: una para el tema educativo, la otra para registro, medición antropométrica y entrega de complemento nutricional. Los grupos son entre 15 y 20 participantes, con una metodología participativa. Desde el momento del ingreso al proyecto, la gestante se integra mensualmente a la educación nutricional y el número de talleres recibidos depende de la fecha de ingreso.
 - Medición antropométrica mensual. Con el fin de obtener información sobre la situación alimentaria y nutricional y la incidencia de los programas de alimentación en la población participante. se verifican variables como:
 - Bajo peso gestacional por Índice de Masa Corporal (IMC) ajustada para la edad gestacional, según Atalah.
 - Pérdida de peso gestacional.
 - Para las gestantes adolescentes, se realiza toma de estatura mensual hasta los 18 años cumplidos.
 - Medición antropométrica a los niños y niñas en el momento del nacimiento.
- Esta información se registra y se informa a la madre sobre la ganancia de peso, con las recomendaciones pertinentes.
- Visitas de acompañamiento al hogar: las familias gestantes y lactantes reciben

acompañamiento de nutricionista dietista para orientarlas y verificar su adecuada utilización del complemento alimentario y nutricional, monitorear los resultados de la intervención realizada, reforzar educación y verificar escala de hambre en el caso de gestantes de los niveles más vulnerables del SISBEN.

- Complemento alimentario mujer gestante y lactante.
- Sistematización de la información: Se cuenta con base de datos mensuales de población atendida.



Logros

- Con el proyecto de complementación alimentaria se atienden las gestantes y lactantes más vulnerables que participan en dicha estrategia.
- Pasar de una oficina de complementación alimentaria a una Dirección Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional, lo que genera la posibilidad de fortalecer las acciones de complementación alimentaria y diseñar nuevas propuestas de intervención con un enfoque más integral.
- Indudablemente el aumento de la cobertura en la atención a gestantes y lactantes en el proyecto de complementación alimentaria y nutricional se convierte en uno de los aspectos más relevantes, lo que contribuye al cumplimiento del objetivo misional y la garantía de derechos a la población.
- En el último año, se ha logrado desde el proyecto desarrollado por la Dirección Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
 - Aumento en las coberturas de los programas de atención alimentaria y nutricional del municipio para las gestantes y lactantes.
 - Articulación de la complementación alimentaria y nutricional a nivel interinstitucional e intersectorial en el abordaje de la salud materna, lo que ha generado optimización de recursos financieros, logísticos, administrativos, de operación y talento humano.
 - Lactancia Materna: Un 36.3% de los niños y niñas de las madres participantes en la Estrategia "Había una vez", son lactados hasta el sexto mes.
 - Peso al nacer: El 87% de los niños y niñas hijos de las madres participantes en la estrategia "Había una vez", nacen con un peso superior a 2.500 gramos.

Dificultades

- En ocasiones la situación de orden público no permite que las mujeres puedan asistir a algunas actividades por las barreras invisibles y dificulta el desplazamiento a los sitios de atención.
- La población en situación de pobreza y desplazamiento es muy flotante, presentan una alta movilidad en la ciudad y la mayoría no reportan su nuevo lugar de residencia para derivar su atención, y dificulta también la convocatoria a procesos grupales.