



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander
Colombia

Catalán Álvarez, Vilma

FACTORES DE ACCESIBILIDAD RELACIONADOS CON MUERTE PERINATAL

Revista CUIDARTE, vol. 1, núm. 1, enero-diciembre, 2010, pp. 26-34

Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533177005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

FACTORES DE ACCESIBILIDAD RELACIONADOS CON MUERTE PERINATAL¹

FACTORS OF ACCESSIBILITY RELATED TO PERINATAL DEATH

Vilma Catalán Álvarez²

RESUMEN

Introducción: Objetivo: Describir diferencias de factores relacionados con accesibilidad a servicios de salud, entre un grupo de mujeres que tuvieron parto en instituciones prestadoras de servicios de salud de Bucaramanga, cuyos productos sufrieron muerte perinatal y otro grupo con productos vivos, procedentes de Lebrija Santander año 2004. **Materiales y métodos:** estudio de caso descriptivo, retrospectivo. De 15 muerte perinatal reportadas, sólo 7 cumplían criterios de inclusión. Por cada muerte perinatal, se seleccionaron por conveniencia, 3 madres con niños vivos. Las variables estudiadas, mediante frecuencia absoluta y relativa, fueron: Características de la madre, del niño, Oportunidad, Percepción de atención, Funcionalidad, Costos. **Resultados:** 6 muerte perinatal previsibles, 1 no previsible. 3 pertenecían al régimen subsidiado, 1 al contributivo, 3 no aseguradas. Se observó, falta de oportunidad para remisión de madres e intervención del parto. Mujeres con 3 ó más controles, presentaron mayor frecuencia relativa de muerte perinatal. También se observó insatisfacción en la percepción de atención, en 3 aspectos estudiados, en 3 niveles de atención. **Discusión y Conclusiones:** Implementar políticas encaminadas a mejorar la oportunidad de atención materna-perinatal, facilitando acceso oportuno para prestación de servicios de salud. Controles prenatales enfocados en búsqueda de factores relacionados con muerte perinatal. Fortalecer Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Centro Regulador de Urgencias. (Rev Cuid 2010;1(1):26-34).

Palabras clave: Mortalidad perinatal, Accesibilidad, Servicios de Salud. (Fuente DeCs, BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Objective: To describe differences of factors related with accessibility to health's services among a group of women which had childbirth in lender institutions of health's services of Bucaramanga city whose products suffered perinatal death and another group with alive products, coming from Lebrija Santander year 2004. **Materials and methods:** An study descriptive, retrospective case. Of 15 reported perinatal death, 7 only completed inclusion criterion. By each perinatal death were selected by convenience, 3 mothers with alive children. The studied variables, by means of absolute and relative frequency were: Characteristic of the mother, of the boy, Opportunity, Perception of attention, Functionality and Costs. **Results:** 6 foregone perinatal death, 1 not foregone. 3 belonged to the subsidized régime, 1 to the revenue, 3 non insureds. It was observed, opportunity lack for mothers' remission and intervention of the childbirth. Women with 3 or more controls, presented bigger relative frequency of perinatal death. Dissatisfaction was also observed in the perception of attention, in 3 studied aspects, in 3 levels of attention. **Discussion and Conclusions:** To implement politicians guided to improve the opportunity of maternal-perinatal attention, facilitating opportune access for rendering of health's services. Control prenatal focused in search of factors related with perinatal death. To strengthen Systems of Epidemic vigilance and Center Regulator of Urgencies.

Key words: Perinatal mortality, Accessibility, Health's Services, maternal-perinatal Attention. (Source: DeCs, BIREME).

¹ Artículo original de investigación.

² Enfermera, Magíster en Salud Pública. Docente, Programa de Enfermería, Universidad de Santander UDES. Correspondencia: Carrera 8 No. 14-21 Centro, Lebrija, Santander, Colombia.
E-mail: visocal2005@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Dada la magnitud e importancia que representa para la población colombiana la mortalidad perinatal (MP), ha sido considerada un evento centinela y por ésta razón, es un asunto de preocupación de organismos nacionales e internacionales dedicadas al cuidado y vigilancia de la salud pública; Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Sin embargo, cada año éste evento ha engrosado la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP). En el municipio de Lebrija Santander se ha observado un aumento en los últimos 5 años, registrando en el año 2004. 49.7 por 1.000 nacidos vivos, (15 MP) (1).

La Secretaría de Salud de Santander, reporta 13 MP en el mismo año, de las cuales sólo se estudiaron 7 que cumplían criterios de inclusión, aunque existen dificultades para el cálculo real de ésta, debido al subregistro de las MP, al desconocimiento de la población y a la variabilidad de criterios médicos frente al concepto. La accesibilidad a los servicios de salud, como determinante principal para la calidad de vida y para el derecho a la salud, es otro componente de esta investigación, lo cual fue fundamentado en estudios relacionados con el tema, realizados a nivel nacional e internacional, los que atribuyen la MP, a factores biológicos, ambientales, económicos, culturales, educativos y de seguridad social.

El propósito del presente estudio es, aportar sugerencias y recomendaciones para la formulación e implementación de estrategias de mejoramiento para el acceso oportuno a los servicios de salud, cuyo impacto se refleja en el aumento de la esperanza de vida y recuperación de los años potencialmente perdidos. Otro propósito es aportar referencias para futuras investigaciones que contribuyan a la disminución de la MP. Las variables estudiadas fueron: oportunidad, percepción de la atención, funcionalidad de las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPSS) y el costo de servicios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de caso descriptivo y retrospectivo; el cual describe diferencias de factores relacionados con accesibilidad a servicios de salud, entre un grupo de 7 mujeres que tuvieron parto en diferentes IPSS de Lebrija y Bucaramanga, cuyos productos sufrieron MP y otro grupo de mujeres con productos vivos, ambos grupos de población procedentes del municipio de Lebrija Santander, año 2004. En el cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: madres procedentes de Lebrija Santander con recién nacidos (RN) vivos y muertos atendidos en IPSS públicas y privadas de Bucaramanga, en el año 2004. MP con características definidas según el CIE 10. Año 2003. Se pudiera obtener

la totalidad de la información requerida para la búsqueda del caso. Partos institucionales con MP producto de madres residentes en Lebrija Santander, ocurridos en el año 2004, que no fueron reportados a la Secretaría de Salud de Santander. Las MP, se tomaron del registro diario de maternas remitidas de la ESE. Hospital San Juan de Dios de Lebrija, del informe de MP de la Secretaría de Salud de Santander, las historias clínicas (HC) y los estudios epidemiológicos. Se seleccionaron 3 madres con RN vivos por cada madre con RN muerto. Para la selección de madres con RN vivos, se aplicó la técnica, muestreo aleatorio sistemático (2). De 194 mujeres remitidas, se seleccionaron del registro diario de remisiones, las madres con datos completos, excluyendo las que se encontraban en la lista de madres de RN muerto, quedando en total 105 mujeres remitidas con RN vivos; se dividió el total de elementos de la población (105), entre el número de muestras a obtener (21), para calcular el valor K ó salto de muestreo, ($K = 105/21=5$). Seguidamente, se tomó una unidad de observación al azar y los subsiguientes elementos se obtienen sumando K repetidas veces, hasta completar el tamaño deseado; (21 madres con RN vivos). Así se conformaron en total 28 unidades de observación de la siguiente manera: Total mujeres remitidas para el nivel superior, 194. Población de madres remitidas que cumplieron criterios de inclusión, 105. Madres de RN vivos seleccionadas, 21. Madres de RN muertos seleccionadas, 07.

Para el control de posibles confusiones, se verificó detalladamente los datos de las HC, con las características de la población de estudio; documento de identidad, nombres y apellidos completos, edad, fecha del parto, tipo de parto, lugar de atención del mismo, sexo del (RN) y finalidad del producto, se motivó a las madres y se les solicitó su valiosa participación, veracidad de la información y consentimiento, garantizándoles la confidencialidad respectiva, respetando así, el derecho de las mismas, a proteger su integridad(3). Se tuvo en cuenta aspectos éticos, sugeridos por autores como Cardona Arango, (4) referente a la Constitución Nal artículo 15; respeto a la intimidad, confidencialidad, manejo de datos con fines investigativos académicos y sociales. La encuesta para las madres de RN vivos y muertos, fue la misma, aplicada por la propia investigadora y la información recolectada, no fue divulgada a terceros. Teniendo en cuenta estas consideraciones, los resultados se expresaron en forma numérica, tampoco se publicó la identidad de los profesionales de la salud, ni asesores jurídicos, respetando la vulnerabilidad, la privacidad y la moral de los mismos. Las bases de datos fueron digitadas y manipuladas únicamente por la investigadora, con carácter científico, previa autorización de las entidades que suministraron la información. A partir de ésta información, se acudió al Software estadístico SPSS. V.10. Para

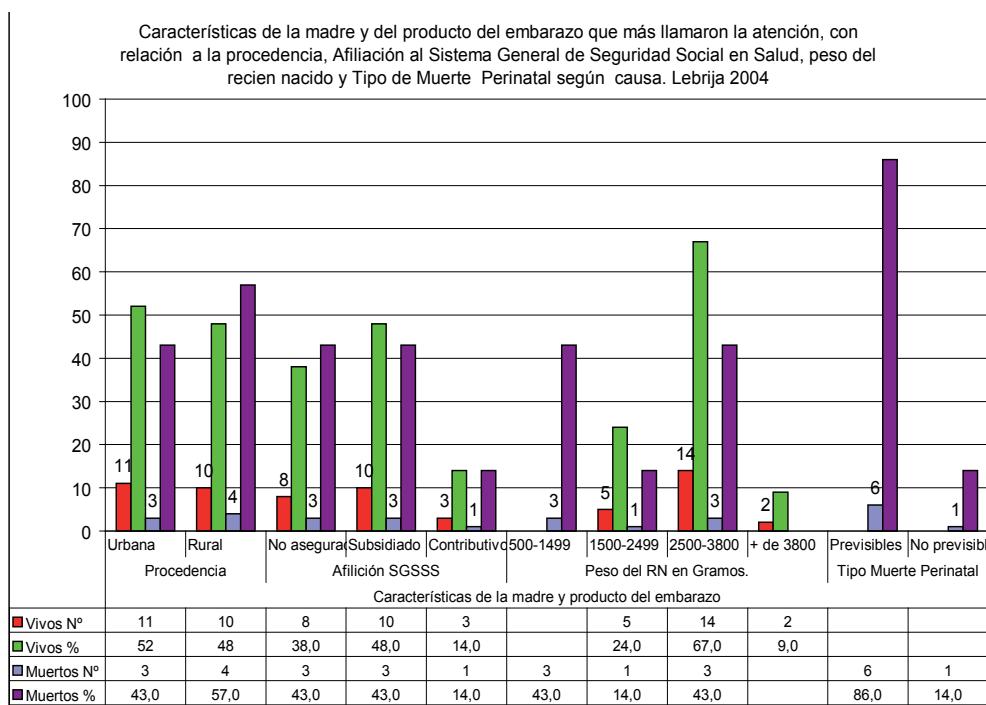
generación de cuadros de salida y gráficos, se utilizaron los programas Microsoft Excel y SPSS. V. 10.

RESULTADOS

Características de la madre y del producto del embarazo

En el presente estudio, predominaron las MP productos de madres residentes en la zona rural; ésto se explica, por las características de la zona rural de Lebrija, con veredas de difícil acceso. Se observa que 7 años después de la reforma del SGSSS aún son evidentes las iniquidades en el sistema de aseguramiento; madres de RN muertos no aseguradas y otras afiliadas al régimen subsidiado, presentaron alta frecuencia absoluta y relativa de MP. Dentro de las características del RN, el peso es considerado de vital importancia. Según Herrear Oliva, (5), el término adecuado del RN que nace antes de 37 semanas de gestación es RN pretérmino y el que nace con peso inferior a 2.500 gr, RN de bajo peso aunque hayan nacido a término o no. En el presente estudio, la mayor frecuencia de MP, se presentó en RN con peso entre 2.500 y 3.800 gr; de éstos, 1 pesó 3.500 gr producto de madre con 36 semanas, según el índice de maduración de Leonor Rivera, (6), se consideró Pretérmino Grande para la Edad Gestacional. (GEG); edad < 37 semanas y peso de 2.200 gr ó más. Los otros 2 niños se consideraron de término adecuado para la edad gestacional (AEG) edad entre 37 - 42 semanas de gestación y peso entre 2.500 - 3.800 gr. Otros grupo de RN muertos con alta frecuencia relativa; (43%), 1 pesó 650 gr, producto de madre con 26 semanas de gestación; se consideró de excesivo bajo peso al nacer (EBPN). Los otros 2 RN se consideraron de muy bajo peso al nacer (MBPN); (1.100 - 1.150 gr); hijos de madres con 28 y 30 Semanas de gestación respectivamente y se consideraron, Pretérmino Pequeño para la Edad Gestacional. (PEG); Edad < 37 S. Peso < 1.499 gramos. Ver Figura 1.

Figura 1. Características de la madre y del producto del embarazo. Se comparan madres con productos vivos y madres con productos muertos. Lebrija 2004



Fuente: Datos obtenidos del presente estudio. Lebrija 2004.

La TMP es un indicador que permite evaluar la atención prenatal, parto, posparto y atención del RN. Según Vilchis Nava (7). Wigglesworth y Aberdeen clasifican las MP, según su causa, en Previsibles; aquellas que pudieron haberse evitado si se hubiese otorgado óptimamente el servicio de salud, donde se involucra la cooperación y concientización de la paciente y participación del equipo médico. (Síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, enterocolitis necrosante, e hipoxia neonatal). Causas no Previsibles; las que no involucran responsabilidad de la paciente ni del equipo médico (defectos congénitos y síndromes incompatibles con la vida). Segundo la primera causa de defunción, de 7 madres cuyos hijos sufrieron MP, 6 se clasificaron previsibles; shock séptico, preclampsia severa, prematuro extremo, abrupto placentario, embarazo postérmino y sepsis neonatal. 1 De las madres estudiadas

tuvo parto con RN muerto en el año 2004 y no fue reportada a la secretaría de salud de Santander, fue localizada por conocimiento de la investigadora y se incluyó en el estudio, por cumplir con los criterios de inclusión, se clasificó no previsible por su causa; asfixia neonatal debido a colapso del cordón umbilical 3 días antes del nacimiento.

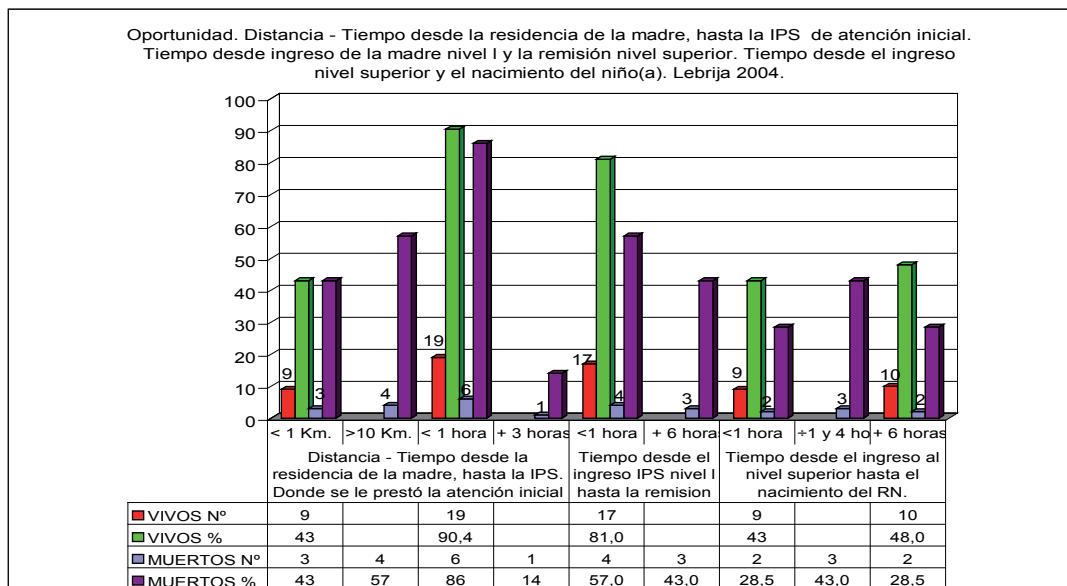
Factores de Accesibilidad

Ruales (8). Afirma; para mejor acceso a los servicios de salud, es imprescindible eliminar barreras que obstaculizan la prestación de los mismos; geográficas, administrativas, financieras, culturales y del lenguaje, están relacionada con la oferta y la demanda, motivo por el cual no se puede desligar los servicios que brindan las EPS e IPSs de las necesidades de la población, dice que para la prestación de estos servicios, debe tenerse en cuenta categorías como: aceptabilidad, oportunidad, integralidad de los servicios, información y acceso a los servicios de salud, haciendo énfasis en el autocuidado y la orientación familiar.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (9). Dentro de los factores de accesibilidad responsables de MP, que se estudiaron en la presente investigación, la oportunidad en el proceso de remisión de las maternas al segundo y tercer nivel de atención, fue considerada importante, por su alta frecuencia relativa, como también la intervención para el nacimiento del niño(a) en las IPSs de nivel superior donde ocurrieron los partos; de 7 madres con RN muertos, algunas fueron remitidas al nivel superior después de 6 horas del ingreso a la IPS donde recibieron atención inicial. El grupo que presentó mayor frecuencia relativa de las 7 mujeres que tuvieron RN muertos, fueron intervenidas entre 1 y 4 horas posteriores a su ingreso al lugar del parto.

Según criterio médicos y protocolos establecidos por el SGSSS, las remisiones de maternas para el segundo ó tercer nivel de atención, se deben a complicaciones del embarazo y/o parto, las cuales ponen en riesgo la vida de la madre y/o RN. Según resultados del presente estudio, un porcentaje importante (48%) de mujeres remitidas, tuvieron parto con hijos vivos después de 6 horas posteriores a su ingreso al lugar del parto. Cabe señalar éstas inconsistencias; madres con posibilidad de parir en el primer nivel, tuvieron parto en el nivel superior, afectando así la situación económica de la IPSs de primer nivel, como también, de las madres y sus familias. Por otro lado, se congestionan las IPSs, de segundo y tercer nivel de atención. El estudio sugiere; por una parte, falta de oportunidad para la remisión de maternas desde el primer nivel, como también para la atención del parto en IPSs de nivel superior; por otra parte, evaluar la calidad de atención que se brinda a las maternas durante el trabajo de parto y parto, en todos los niveles de atención. Ver Figura 2.

Figura 2. Oportunidad. Distancia – Tiempo. Lebrija 2004^{II}

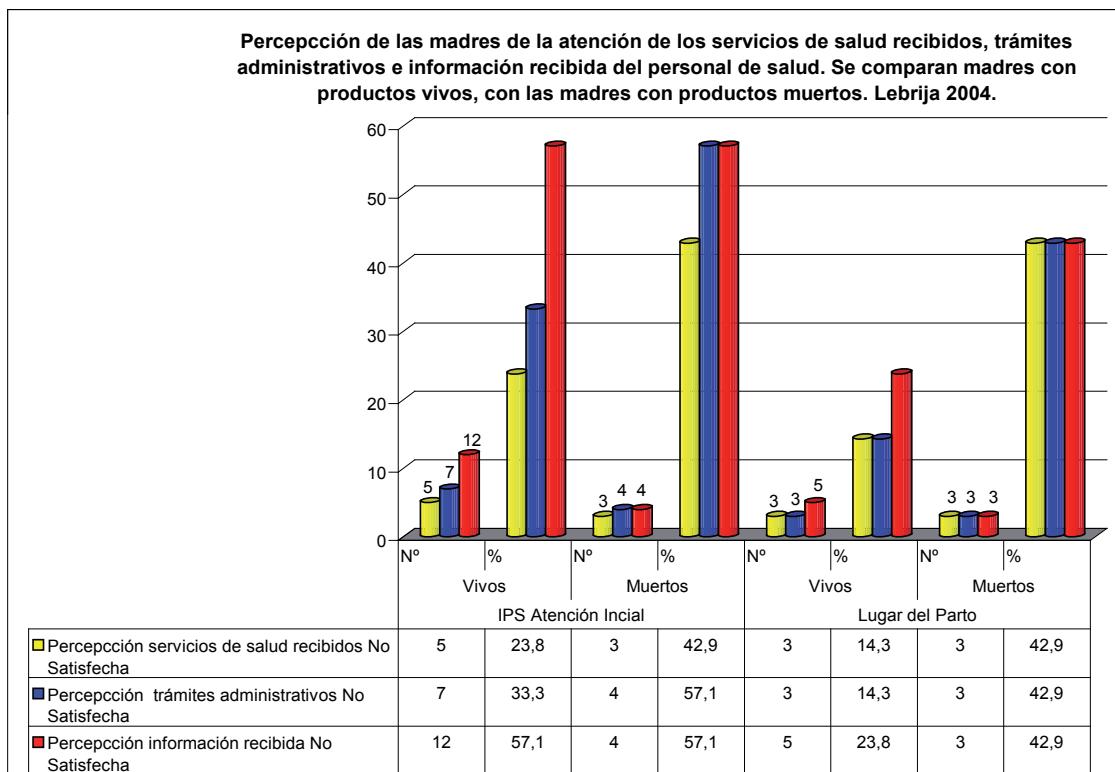


Fuente: Datos obtenidos del presente estudio. Lebrija 2004.

^{II} Tiempo desde la residencia de la madre, hasta la IPS donde recibió atención inicial. Tiempo desde el ingreso a la IPS donde recibió atención inicial, hasta la remisión al lugar del parto. Tiempo desde el ingreso al nivel superior, hasta la intervención para el nacimiento del niño(a). Se comparan las madres cuyos productos sufrieron muerte perinatal, con las madres que tuvieron productos vivos. Lebrija 2004.

Percepción de la atención. Esta se define como la satisfacción que manifiestan los usuarios con relación a la aceptación de establecimientos, bienes y servicios de salud, que se brindan, desde el punto de vista ético, médico y cultural (10). Con base en ello, en la presente investigación se realizó el estudio de la percepción de la atención, teniendo en cuenta 3 aspectos; percepción de los servicios de salud recibidos, percepción de los trámites administrativos y percepción de la información suministrada a las madres por parte del personal de salud. Se observó mayor frecuencia relativa en la percepción de la atención en los 3 aspectos estudiados, en los 3 niveles de atención, acentuándose la insatisfacción en la percepción de los trámites administrativos y en la información suministrada por el personal de salud en el primer nivel de atención, en madres con RN vivos y muertos. Llama la atención la igualdad de los resultados en los 3 aspectos estudiados, de madres con RN muertos en el lugar del parto. El estudio sugiere que la percepción de la atención de las madres con RN vivos, fue más satisfactoria que la percepción de la atención de las madres con RN muertos, en los 3 niveles de atención, constituyéndose ésta variable, en una de las más significativas, por lo que se calificó factor de accesibilidad para MP en el municipio de Lebrija Santander durante el período de estudio, motivo para la aplicación de estrategias tendientes a mejorar estos aspectos en todos los niveles de atención. Ver Figura 3.

Figura 3. Percepción de la atención de madres con productos vivos y muertos. Lebrija, 2004

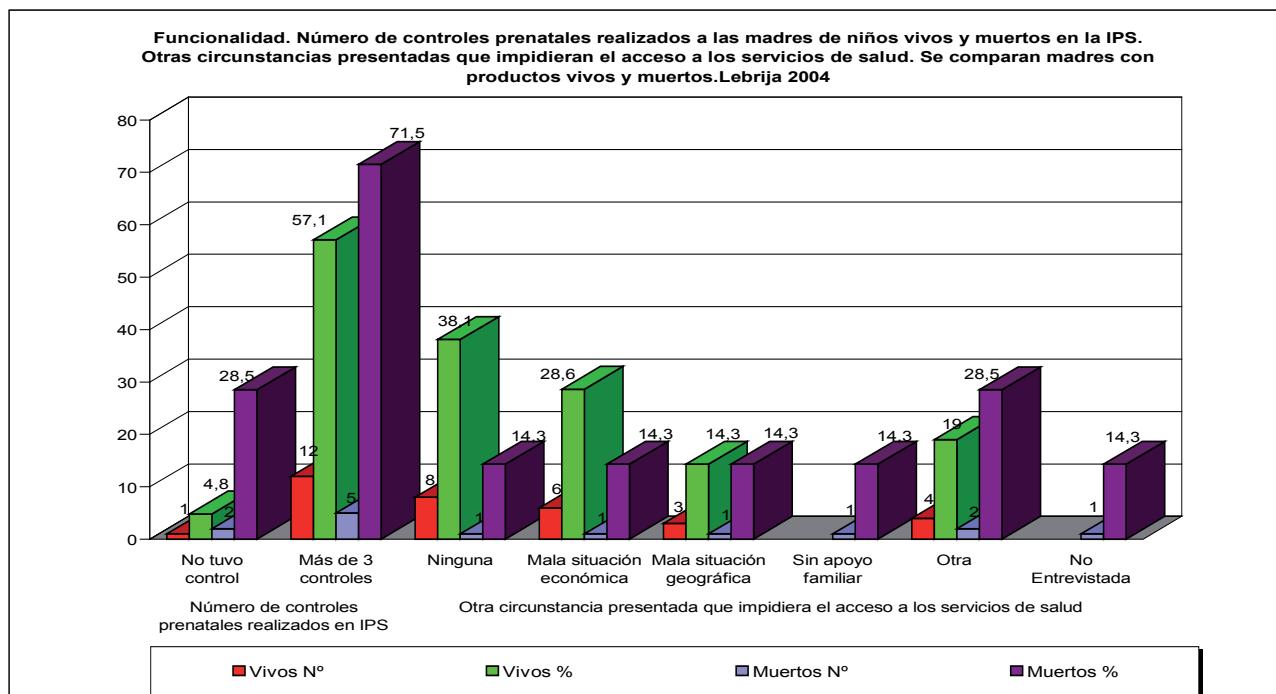


Fuente: Datos obtenidos del presente estudio. Lebrija 2004.

Funcionalidad. Es la interacción de acciones del personal de salud y el paciente, (receptionista, médico, enfermera, auxiliares de enfermería y personal operativo) en la que intervienen aspectos como; relaciones interpersonales, infraestructura y el proceso en si y están relacionadas con la oferta de servicios que se brindan, las cuales deben brindar comodidad, privacidad, cortesía y aceptabilidad, generando a los usuarios, el máximo bienestar físico, fisiológico, social y psicológico (11). El éxito de la funcionalidad de las instituciones ya sean públicas o privadas, está ligado al cumplimiento de los requerimientos técnico administrativos exigidos por Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Decreto 2309 de Octubre 15 de 2002, artículo 6 (12). En el presente estudio, la funcionalidad se evaluó por el número de controles prenatales realizados a las madres en la IPSs, arrojando los siguientes resultados; madres con 3 ó más controles, presentaron mayor frecuencia relativa de MP. El 28.5% de madres con RN muertos, no tuvo control prenatal. 1 madre con RN muerto, pertenecía al régimen contributivo, se realizó 6 controles, residía en la zona urbana, tenía 18 años de edad, primigestante, parto institucional por cesárea, se consideró no previsible por su diagnóstico. El estudio sugiere que el control prenatal no fue medida preventiva, motivo especial para futuras investigaciones encaminadas

a evaluar la calidad de éste servicio. Oto aspecto estudiado que se analizó cualitativamente, el concepto expresado por las madres sobre otras circunstancias presentadas durante la gestación, parto, posparto y atención del RN, las cuales representaron barreras para el acceso a los servicios de salud; algunas calificaron inconveniente para el acceso a éstos servicios, la referencia y contrarreferencia del Centro Regulador de Urgencia (CRU). Ver Figura 4.

Figura 4. Funcionalidad. Finalidad del producto. Lebrija 2004[↔]



Fuente: Datos obtenidos del presente estudio. Lebrija 2004

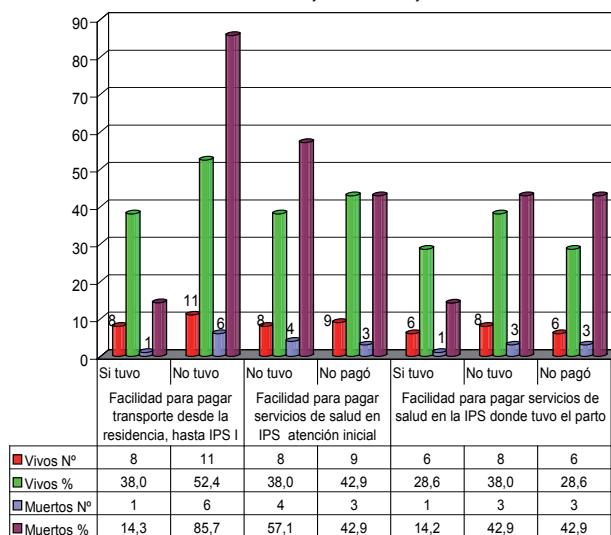
Costos de servicios. Es el dinero destinado para producir un producto o servicio; el cual incluye todos los gastos derivados de la atención, incluyendo medicamentos, transporte, hasta el lugar de atención y el salario perdido (13). De acuerdo con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, artículo 13, no podrán aplicarse COPAGOS ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas a que se refiere la presente resolución. Tampoco se aplicarán a las actividades, procedimientos, medicamentos e intervenciones contenidas en las guías de atención definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (14). En el presente estudio, la variable costos, se refiere a la facilidad que tenían las madres para cancelar los servicios de transporte desde su residencia, hasta el lugar del parto, como también los servicios de salud, durante el proceso de gestación, parto,

posparto y atención del RN. Se verificó por medio de la información suministrada por las madres en la entrevista y comprobado con los de RIPS, anexados a las HC, la cual resultó ser de mucha importancia; el 85.7% de madres con RN muertos, como también el 52.4% de madres con RN vivos, no tenían facilidad para pagar el servicio de transporte desde su residencia, para llegar a la IPSs donde se le prestó la atención inicial. Por otra parte, pese a la exclusión de la resolución 4376 de 2002 en su artículo 4º de cancelar COPAGO, a un porcentaje importante de madres con productos vivos y muertos, se les obligó a cancelar COPAGO por los servicios de salud prestados en la IPSs donde se les prestó la atención inicial y donde les fue atendido el parto; las madres no tenían facilidad para pagar éstos servicios, lo que indica que existe desconocimiento y violación de las normas, por parte de algunos funcionarios en todos los niveles de atención. Ver Figura 5.

[↔]Funcionalidad. Finalidad del producto. Número de controles prenatales realizados a las madres de los niños vivos y muertos. Otras circunstancias presentadas a las mismas durante la gestación, parto, posparto y atención del recién nacido en la IPS de atención inicial y en el lugar del parto. Se comparan madres con productos vivos y madres con productos muertos. Lebrija 2004.

Figura 5. Costos. Finalidad del producto^f.

Costos. Facilidad para pagar los servicios de transporte desde la residencia hasta la IPS donde recibió atención inicial. Servicios de salud en los diferentes niveles de atención. Se comparan madres de niños vivos y muertos. Lebrija 2004.



Fuente: Datos obtenidos del presente estudio. Lebrija 2004.

DISCUSIÓN

El estudio se basó en 2 grandes componentes; factores de accesibilidad a los servicios de salud y MP. El cual sugiere equidad en la prestación de los servicios de salud para la población afiliada al régimen contributivo, subsidiado y las no aseguradas, en todos los niveles de atención, basado en principios de la constitución nacional. Artículo 1º; Colombia es un estado social de derecho, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran (15). Con relación a la oportunidad de atención un porcentaje importantes fueron remitidas para el nivel superior, después de 6 horas a partir de su ingreso al primer nivel, como también, la oportunidad para el nacimiento del niño(a) en el lugar del parto; De 7 madres con RN muertos, el (28.5%) fueron intervenidas después de 6 horas a partir de su ingreso al nivel superior. Se desconoce el periodo de dilatación y borramiento de 9 mujeres remitidas que tuvieron parto en la primera de su ingreso al nivel superior, cuyos productos nacieron vivos, como también, 2 madres con productos muertos, lo que puede servir de indicador para medir la oportunidad de atención, en futuras investigaciones. Aspectos cualitativos que ameritan especial importancia para futuras investigaciones, es la calidad de atención que se brinda a las gestantes afiliadas al régimen subsidiado, lo que ayudaría a esclarecer el motivo por el cual los

hijos de madres que asistieron a más de 3 controles prenatales, cuyos productos pesaron entre 2.500 y 3.800 gramos, presentan la mayor frecuencia relativa de MP. Comparando estos RN muertos con 14 RN vivos, cuyo peso osciló en este mismo rango, (entre 2.500 y 3.800 gr) al igual que 5 niños vivos que pesaron entre 1.500 y 2.499 gr y tuvieron oportunidad de sobrevivir, se podría sugerir que las madres de los 3 RN muertos, tuvieron problemas de accesibilidad a los servicios de salud, si se tiene en cuenta la avanzada tecnología que existe hoy día, la cual permite salvar RN pretérmino adecuado para la edad (AEG); edad menor de 37 semanas y peso entre 1.500 - 2.499 gr. Con mayor razón a los de término adecuado para la edad gestacional (AEG); entre 37 - 42 semanas de gestación y peso entre 2.500 - 3.800 gr.

Por otra parte, se observó subregistro en la notificación de los casos de MP. Los indicadores nacionales (OPS/OMS) registran para el municipio de Lebrija Santander en el año 2004, 15 casos de MP con una TMP de 49.7 por 1.000 nacidos vivos, la Secretaría de Salud de Santander, reportan 13 MP en el mismo período, de los cuales se estudiaron sólo 7 casos que cumplían criterios de inclusión. Es de resaltar; el caso de MP no previsible, pasó por todas las instancias legales; EPS, clínica privada de segundo nivel y medicina legal, sin embargo no se encuentra reportada en la Secretaría de Salud de Santander.

En las visitas realizadas a la población objeto, se pudo visualizar las necesidades y dificultades que las madres enfrentan cada día; extrema pobreza, baja

^fCostos. Finalidad del producto. Facilidad de las madres de niños vivos y muertos, para cancelar los servicios de transporte desde su residencia, hasta la IPS donde se les prestó la atención inicial y servicios de salud, en los diferentes niveles de atención. Se comparan madres con productos vivos y madres con productos muertos. Lebrija 2004.

situación socioeconómica, falta de servicios públicos, hacinamiento, falta de aseguramiento en salud, deficiente comunicación, transporte terrestre y mal estado de las vías. Como también, situación geográfica de difícil acceso; situaciones que se resumen en una sola palabra “miseria”. Estas variables relacionadas con factores de accesibilidad a los servicios de salud responsables de MP en el municipio de Lebrija Santander, en el año 2004, deben ser tomadas en cuenta en las decisiones político-administrativas, como también para próximas investigaciones en pro del mejoramiento de la salud pública.

CONCLUSIONES

El presente estudio describe la situación real de la población objeto del municipio de Lebrija Santander, motivo de MP ocurridas en el año 2004. En primer lugar, es importante reconocer que la oportunidad de atención, fue una de las variables que presentó mayor frecuencia absoluta y relativa, en los 3 niveles de atención. El estudio confirma que tener un carné de salud, no significa total garantía para el acceso oportuno a los servicios de salud; de 7 madres cuyos productos sufrieron MP, 6 fueron clasificadas previsibles y 1 no previsibles. 3 de ellas, contaban con régimen subsidiado, 1 al contributivo y 3 no contaban con seguridad social, lo que indica iniquidad en el sistema de aseguramiento en salud.

En la percepción de la atención, no se observó diferencia relacionada con la insatisfacción de las mujeres que tuvieron RN muertos y las que tuvieron RN vivos en los 3 aspectos estudiados, en todos los niveles de atención, resaltándose la mayor frecuencia relativa en la percepción de los trámites administrativos y la percepción de la información recibida en la IPS donde recibieron atención inicial. Las madres de niños muertos y niños vivos manifestaron inconformidad por la madrugada, para luego hacer largas colas para alcanzar un ficho y por último la larga espera para recibir la atención médica en la IPSs de primer nivel de atención.

Según el estudio de la Funcionalidad, se podría sugerir que existen inconsistencias en el control prenatal; el cual debe ser enfocado en la prevención e identificación de los factores de accesibilidad y demás riesgos preconcepcionales y materno-perinatal. Según lo observado, el recurso humano disponible para esta actividad, no responde a la demanda. No es posible realizar 16 ó más controles prenatales en 4 horas, en búsqueda de factores de riesgo y de accesibilidad como lo sugiere el presente estudio, sin que se vean afectadas las madres y población en general, lo que indica, falta de recursos humanos. Vale la pena resaltar; nuestro sistema mercantilista no permite realizar el control prenatal en forma correcta, debido a que las metas y las

normas que se deben cumplir para la supervivencia de las IPSs, superan los conocimientos y la voluntad de los profesionales, quienes encontrándose con la suficiente capacidad intelectual para aplicar sus conocimientos, chocan con barreras; políticas, sistemáticas, administrativas y normativas, las cuales deben ignorar para sostener el puesto y las buenas relaciones. Por otra parte, el estudio muestra; de 7 madres estudiadas con RN muertos el 28.5% no tuvo control prenatal, motivo especial en la toma de decisiones para mejorar la situación de estas mujeres que por alguna circunstancia, no tienen acceso a los servicios de salud.

El segundo aspecto a través del cual fue evaluada la funcionalidad; otras circunstancias presentadas a las madres, las cuales fueron impedimento para el acceso a los servicios de salud; fue la inconformidad con el ineficiente proceso de referencia y contrarreferencia del Centro Regulador de Urgencias (CRU) de Santander, comparan este servicio con un paseo riesgoso de una institución a otra; falta de recursos técnicos, humanos y salas de cuidados intensivos. Igualmente, el costos, fue otra variable que marcó diferencia entre los factores de accesibilidad a los servicios de salud, relacionados con la MP; debido al desconocimiento de la norma por parte de algunos funcionarios de las IPSs, a algunas madres, se les obligó a cancelar COPAGO aún teniendo régimen subsidiado y perteneciendo al nivel I.

RECOMENDACIONES

Conocedores de los factores de accesibilidad relacionados con la MP en el municipio de Lebrija Santander arrojados por el presente estudio, se sugiere: Las IPSs deben contar con la capacidad resolutiva, suficientes equipos técnicos y recursos humanos; mayor número de médicos, enfermeras y red de servicios sistematizado, permitir al profesional, el tiempo pertinente para realizar el control prenatal, cuyo objetivo principal sea la búsqueda de factores de accesibilidad asociados al alto riesgo materno-perinatal para hacer un diagnóstico acertado y oportuno, fortaleciendo además, el aspecto educativo a la embarazada y a su familia, garantizando así un embarazo y parto a feliz término. Evaluación del funcionamiento y proceso de remisión del CRU de Santander. Fortalecer sistemas de vigilancia epidemiológica e información en salud, que permita información veraz, oportuna y de calidad, en el cual deben participar de forma obligatoria, todas las instancias sociales, gubernamentales y comunitarias; EPS, IPS, ARS, laboratorios, Instituto de medicina legal, DANE e instituciones extrasectoriales. Proporcionar a la gestante los servicios de salud lo más cerca posible a su lugar de residencia, para esto se requiere replantear la capacitación y el servicio que prestan las promotoras rurales de salud y auxiliares de enfermería de forma permanente en la zona rural,

como también, facilitarle a las maternas el acceso oportuno a los servicios de salud en el momento del parto. Una forma eficaz para mitigar las dificultades que se les presenta a las mujeres en el momento del parto, es la aplicación de estrategias para albergar a las embarazadas provenientes de la zona rural en un sitio cercano al lugar del parto en la última semana de gestación, siguiendo el modelo del municipio de Versalles (16).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Ministerio de Salud. Observatorio de Salud Pública de Santander. Situación de salud en Santander 2005 y mortalidad evitable 2004. Indicadores básicos. Mortalidad según grupo de causas lista OPS 6/67. Tasa por 100.000 habitantes. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/contenido.php?codigo=1002> Consultado: Marzo 23 de 2006.
2. Ramírez H, Mejía W, Rojas E. Indicadores del Estado de Salud. Mazuera ME. Curso Modular de Epidemiología Básica. 3^a ed. Medellín, 1998. p. 219-243.
3. Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinki.htm-8k> Consultado: enero 17/05.
4. Cardona D, Agudelo HB. La Flor de la Vida. Pensemos en el adulto. Aspectos de la calidad de vida de la población adulta: comparativo por sexo. Medellín 2005. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
5. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. R Preconcepcional. Principales condiciones clínicas asociadas con alto riesgo perinatal Condiciones maternas Riesgo fetal y neonatal asociado. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf Consultado: 15 de Julio de 2006.
6. Rivera L, Fuentes M, Esquinca C, Abarca J. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. Rev Saude Pública 2003;37(6):687-92 [Disponible] en: www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18009.pdf Consultado : Julio 2 de 2006.
7. Vilchis-Nava P, Gallardo-Gaona JM, Rivera-Rueda MA, Ahued-Ahued JR. Mortalidad perinatal: una propuesta de análisis. Ginecol Obstet Mex 2002; 70:510-520.
8. Ruales J. Globalización y salud. En: Tercer Congreso Internacional de Salud Pública. Medellín 28 al 30 de 2005. Medellín: UDEA; 2005. p. 62-75.
9. Ardón NR. Sistema para el monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención. Bogotá 2003. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art284.htm> Consultado: 2 de julio de 2005.
10. Steven W. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Salud Pública [en línea] 2001 [fecha de acceso 1 de marzo de 2005]; 10(1): URL. Disponible en: <http://www.bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/htm>
11. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica Definición y Métodos de Evaluación. México: Ediciones científicas; 1984.
12. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 2309 con sistema de garantía de calidad en salud. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co/documents/octubre/garantiasalud.htm> Consultado: 3 de julio de 2006.
13. Barrenechea J, Trujillo E, Chorny A. Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 1990.
14. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1078 de 2000, mayo 2, por la cual se expiden las últimas Normas sobre el Servicio de Salud en Colombia, [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res1078_00.htm Consultado: 2 de Julio de 2005.
15. Constitución Política . Principios Fundamentales. [Sitio en Internet] [citado 2006 Out 12]; Disponible en: www.secretariosenado.gov.co/leyes/CONS_P91.HTM - 977k - [citado 2006 Out 12]; 11 Oct 2006.
16. Comité de Participación Comunitaria CPC. Algunos logros y resultados del proceso comunitario de Versalles en los últimos diez años, [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.google.com.co/search?hl=es&q=casa+campesina+para+maternas+en+Versalles&btnG=B%C3%BAqueda&meta=cr%3DcountryCO> Consultado septiembre 28 de 2006.