SEGUIMIENTO A CASOS EXPUESTOS A LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

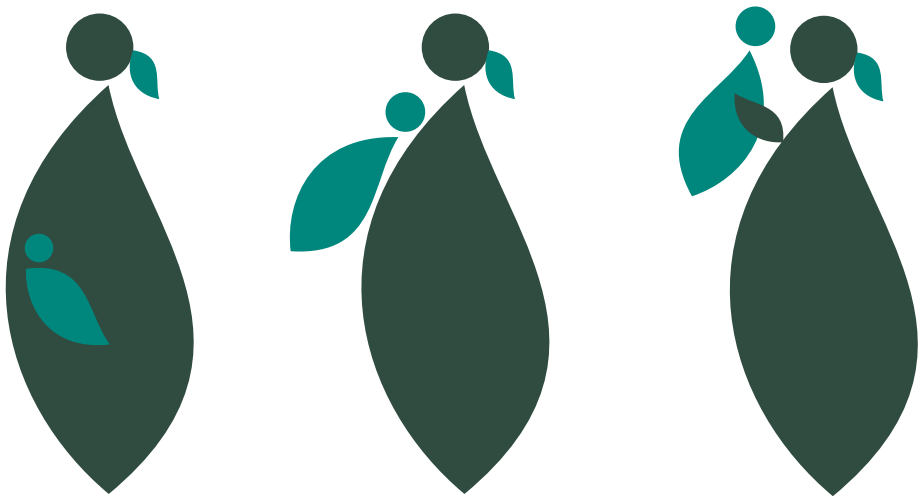
Retos y propuestas para el mejoramiento de la salud materno infantil en Colombia

unicef

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS



SEGUIMIENTO A CASOS EXPUESTOS A LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

Retos y propuestas para el mejoramiento de la salud materno infantil en Colombia

SEGUIMIENTO A CASOS EXPUESTOS A LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL:

RETOS Y PROPUESTAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - MSPS

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

SIDIA CAICEDO TRASLAVIÑA
Consultora Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita

GERMÁN ALFONSO GAITÁN COLMENARES
Técnico en sistemas

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA - UNICEF

ROBERTO DE BERNARDI
Representante

VIVIANA LIMPIAS
Representante Adjunta

LUZ ÁNGELA ARTUNDUAGA
Especialista de Supervivencia y Desarrollo Infantil

CLEMENCIA GÓMEZ
Oficial de Salud y Nutrición

PAOLA PINEDA VILLEGAS
Consultora VIH

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora VIH/Sida

PATRICIA BELALCÁZAR ORBES
Consultora Técnica de la Línea de VIH/Sida
Convenio 036 de 2012

COORDINACIÓN EDITORIAL

ELVA PATRICIA BELALCÁZAR ORBES
Coordinación Editorial

BIBIANA MORENO ACUÑA
Diseño y diagramación de publicación

VERÓNICA BERMÚDEZ
Corrección de estilo

ACIERTO PUBLICIDAD Y MERCADEO
comercial@aciertopublicidad.com
Impresión

ISBN: 978-958-8735-59-7
BOGOTÁ D.C. 2014

©Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social"

SINERGIAS
ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL

PABLO MONTOYA CHICA
Director General Sinergias, Coordinador del proyecto

ANA JUDITH BLANCO
Coordinadora Área de Salud Pública, Investigadora

ROSALINA SÁNCHEZ COAVAS
Asesora Técnica Salud Sexual y Reproductiva, Investigadora

CAROLINA CHAVARRO ULLOA
Coordinadora Salud Materno Infantil, Investigadora

ELIANE BARRETO HAUZEUR
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva, Investigadora

IVÁN JAVIER ANGARITA GÁLVEZ
Asesor Técnico en Calidad

SINERGIAS - PROFESIONALES DE TERRENO

Jackeline Hernández López - Profesional Antioquia
Silvia Jeanette Toloza Sastoque - Profesional Antioquia
María Mercedes D'Costa Vásquez - Profesional Valle del Cauca
Sandra Vargas - Profesional Valle del Cauca, Risaralda y Antioquia
Elsa Marina Eslait Masson - Profesional Magdalena
María Patricia Larrotta Velasco - Profesional Atlántico
Luz Marina Caraballo Baquero - Profesional Bolívar
Liney Patricia Sánchez Villera - Profesional Córdoba
Rosa María Brito Rodríguez - Profesional La Guajira
Bertha Leonor Guzmán - Profesional Cauca
Carmen Ana Madrid Villalba - Profesional Córdoba
Eva Milena Ramos Castro - Profesional Amazonas
Fundación François Xavier Bagnoud - Profesional Atlántico
Gloria Omaira Bautista Espinel - Profesional Norte de Santander
John Freddy Montaña Restrepo - Profesional Vaupés
Karem Ximena Mejía Acero - Profesional Santander
Katherine Santiago Guerra - Profesional La Guajira
Katia De Jesús Orozco Romero - Profesional Guaviare
Lina Marcela Quitián - Profesional Quindío y Risaralda
Luz Mary Angulo Gómez - Profesional Caldas
María Liliana Benavides Vélez - Profesional Nariño
Maura Andrea Padilla Poveda - Profesional Bolívar
Sandra Lorena López Getial - Profesional Putumayo
Sandra Mercedes Vargas - Profesional Antioquia y Risaralda
Vanessa Georgina Córdoba Tamayo - Profesional Chocó
William Eduardo Sánchez Trujillo - Profesional Caquetá
Yanne Ismenia Ramos Vildosa - Profesional Amazonas
Diana Leonor Palencia Guerrero - Profesional Cesar
Diana María Porras Gutiérrez - Consultora Tolima
Jenny Milena Gaitán Herrera - Profesional Bogotá
Luz Enith Velásquez Restrepo - Profesional Risaralda
Corina Valdeblanquez - Profesional La Guajira
Gelineth González - Profesional La Guajira
Rene Mauricio Reina - Profesional Cauca
Martha Cecilia Segura - Profesional Cauca
Nolida Katerine Díaz - Profesional Córdoba
Nasly Prins - Profesional Bolívar
Nairobi De Ávila - Profesional Bolívar

EQUIPO CONSULTOR PARA TEMAS DE NORMATIVIDAD, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

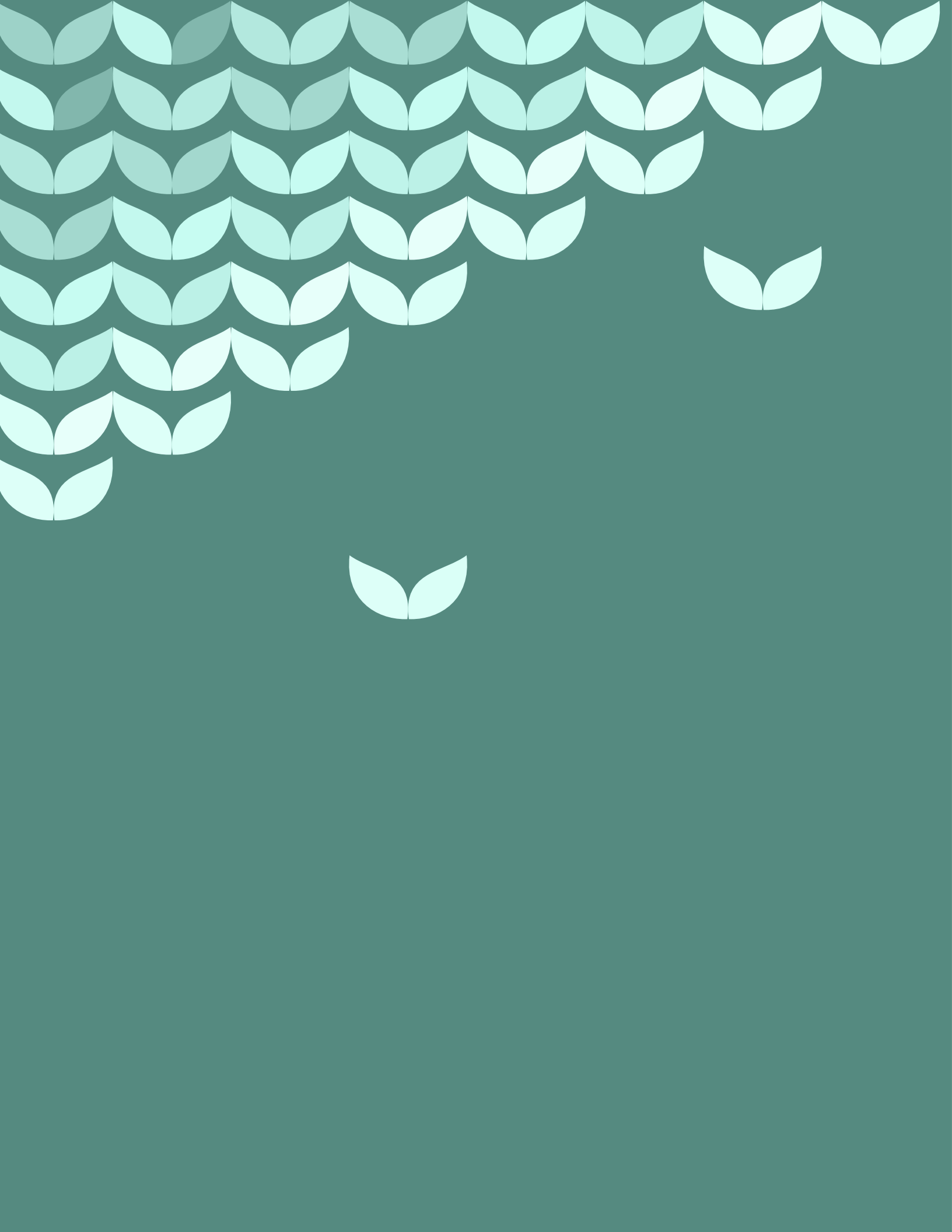
CONSULTORÍAS Y AUDITORÍAS INTEGRALES LTDA. - CONSAUDIT

Julio César Vergel Garnica - Coordinador técnico del equipo consultor
Carmen F. Vergel - Asesora metodológica
Adriana Jurado Varón - Asesora Instituciones Prestadoras de Servicios
Ángela Sosa - Asesora empresas Administradoras de Planes de Beneficios
Jaime Vargas Salamanca - Asesor Direcciones Territoriales de Salud
Constanza Velandia - Asesora metodológica
Rafael Guerra Manjarrez - Asesor documentación
Luis Fernando Ocampo Henao - Asesor riesgos y salud ocupacional
César Enrique Serrano Yépes - Asesor administrativo, logística y control interno

ACRÓNIMOS

AIC	Asociación Indígena del Cauca
AIEPI	Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
APV	Asesoría y Prueba Voluntaria de VIH/SIDA
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
COVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DADIS	Departamento Administrativo Distrital de Salud
DSSPSA	Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPS-C	Empresa Promotora de Salud del Régimen Contributivo
EPS-S	Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado
ESE	Empresa Social del Estado
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IAFI	Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia
IAMI	Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia
IEC	Información, Educación y Comunicación
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la Sociedad Civil

PAMEC	Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PSD	Población en Situación de Desplazamiento
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
POS	Plan Obligatorio de Salud
PVVS	Personas Viviendo con VIH/SIDA
R 412/00	Resolución 412 del 2000
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIPS	Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud
RIS	Redes Integradas de Servicios
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SDS	Secretaría Departamental de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Sistema de Información en Salud
SINERGIAS	Sinergias - Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SMS	Secretaría Municipal de Salud
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TMI	Transmisión Materno Infantil
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPC	Unidad Per Cápita
UPGD	Unidad Primaria Gestora de Datos
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VSP	Vigilancia en Salud Pública



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 11
Referencias 16

1. BÚSQUEDA ACTIVA DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES ATENDIDOS POR LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH ENTRE 2003-2012 EN COLOMBIA 19

Introducción 22
Objetivo 24
Metodología 24
Análisis de la información 26
Consideraciones éticas 27
Resultados 27
Cierre de casos general 27
Cierre de casos segunda fase 29
Cierre de casos por región 30
Aspectos sociodemográficos, del diagnóstico y momento del ingreso a la estrategia 31
Administración de las intervenciones clave de la estrategia 31
Algunos hallazgos sobre el desempeño de la estrategia en las regiones 34
Discusión 43
Conclusiones 45
Referencias 46

2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN COLOMBIA. EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN VEINTE DEPARTAMENTOS Y TRES DISTRITOS, 2009-2011 53

Introducción 56
Objetivo general 56
Objetivo especifico 56
Materiales y métodos 57
Resultados 60
Consulta clínica 63
Actividades de promoción y prevención (P y P) 70
Calidad del control prenatal 73
Parto y puerperio 76
Discusión 78
Conclusiones y recomendaciones 82
Anexos
Anexo 1. Hoja de extracción de datos de las historias clínicas de control prenatal 84
Anexos 2. Calidad de la atención prenatal en Colombia. Evaluación de historias clínicas en veinte departamentos y tres distritos, 2009-2011 88
Referencias 130

3. ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL Y DE ATENCIÓN AL VIH. ESTUDIO CUALITATIVO EN VEINTE DEPARTAMENTOS Y TRES DISTRITOS DE COLOMBIA, 2011-2012 133

Introducción 136
Objetivo 137
Metodología 137
Análisis 138
Consideraciones éticas 138
Resultados 139
Barreras geográficas 140
Barreras económicas 141
Barreras socioculturales 144
Barreras organizacionales 147
Monitoreo y evaluación 154
Discusión 158
Limitaciones 161
Conclusiones 161
Anexos
Anexo 1.1. Guía de entrevista para mujeres gestantes o madres con parto ocurrido hace menos de 1 año (gestante seleccionada aleatoriamente en servicios de vacunación, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, curso psicoprofiláctico) 164
Anexo 1.2. Guía de entrevista para equipo operativo de la atención materno infantil 166
Anexo 1.3. Guía de entrevista para actores clave de organizaciones de la sociedad civil involucradas con temas de salud materno infantil 168
Anexo 1.4. Guía de entrevista para directivas/diseñadoras(es) de políticas de salud —secretarias(os) de salud, coordinadoras(es) de salud pública, coordinadoras(es) salud materna, coordinadoras(es) ITS-VIH, gerentes eps, gerentes ese— 170
Anexo 2. Índice de categorías y libro de códigos para el análisis cualitativo 172
Anexo 3. Consentimientos informados 176
Anexo 3.1. Consentimiento informado para entrevistas a profundidad para mujeres gestantes o con parto hace menos de doce meses 176
Anexo 3.2. Consentimiento informado para entrevistas a profundidad para tomadores de decisiones, prestadores de servicios de salud y personal clave de instituciones trabajando en salud materno infantil 178
Anexo 4. Lista de chequeo para seguimiento a la implementación de la estrategia en direcciones territoriales de salud 181
Referencias 184

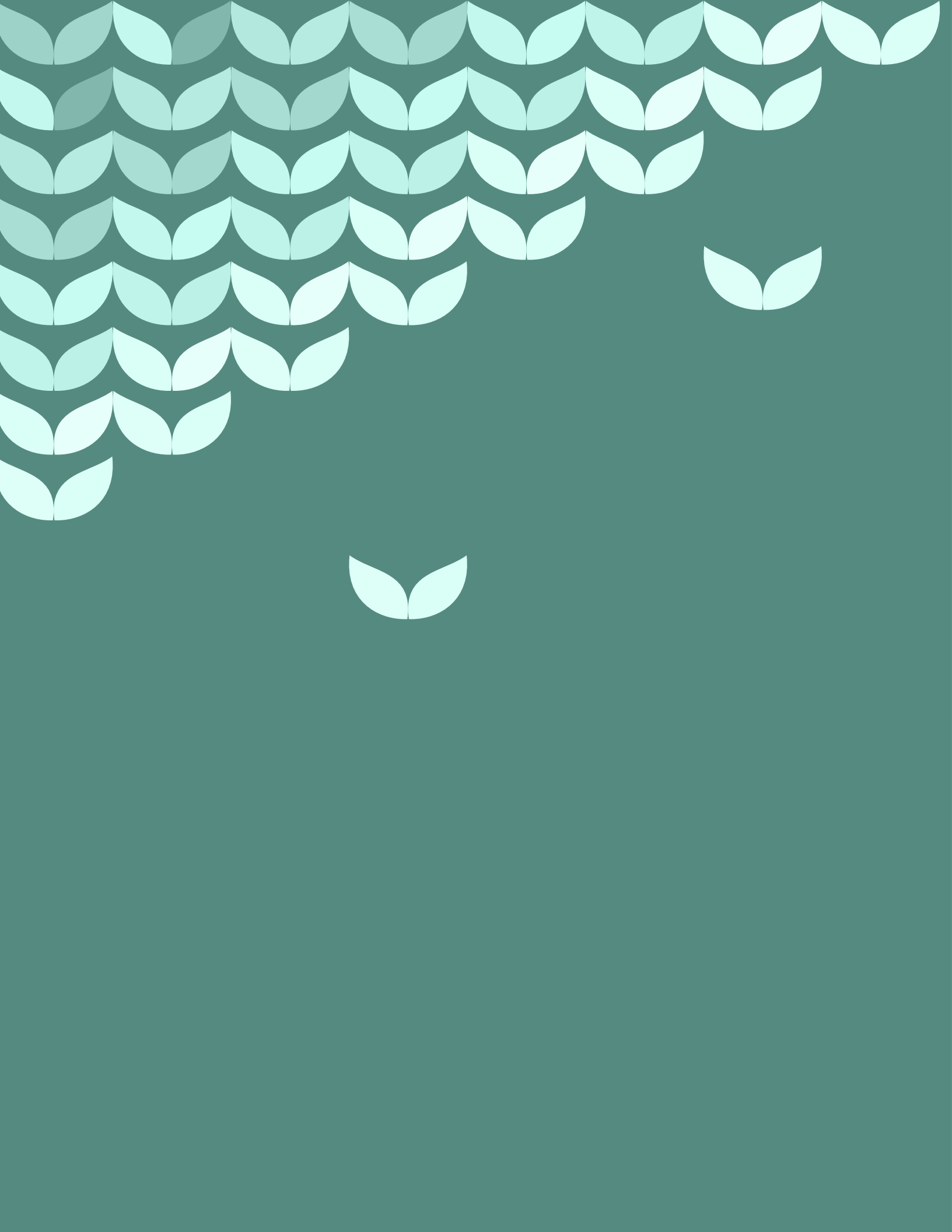
189

4. FACTORES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO DE NIÑAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH EN VEINTE DEPARTAMENTOS Y TRES DISTRITOS DE COLOMBIA 192

Introducción 192
Objetivo 192
Metodología 193
Resultados 195
Características sociodemográficas de las participantes 196
Diagnóstico de VIH 197
Atención integral en VIH 202
Manejo integral de la niña o el niño con exposición o infección por VIH 204
Prevención secundaria 206
Discusión 209
Conclusiones
Anexos 212
Anexo 1. Formato de la encuesta 220
Referencias
225

5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL 229

Introducción 231
Objetivo 231
Alternativas de solución 233
1. Estrategia para el mejoramiento en la calidad de la atención prenatal, perinatal e infantil en municipios vulnerables 239
2. Caja de herramientas para mejorar la calidad de la atención prenatal 242
3. Normograma de competencias para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita por tipo de actor del SGSSS 245
4. Flujogramas para la atención de la gestante y su hija o hijo expuesto en el marco de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, con énfasis en los procesos de aseguramiento y prestación de servicios de salud 247
5. Herramientas de inspección, vigilancia y control para fortalecer la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en Colombia. 250
Referencias



INTRODUCCIÓN

Las deficiencias en materia de salud de la madre, el recién nacido y el niño siguen siendo un problema de gran magnitud en los países en desarrollo. En el mundo, cada año mueren 358.000 mujeres en el embarazo o el parto y se calcula que 7,6 millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años (…) Muchas de estas muertes podrían evitarse mediante la aplicación de intervenciones esenciales que forman parte del proceso continuo de atención sanitaria. [En una importante revisión de evidencia] Se reconoció que muchas de las intervenciones esenciales no se estaban aplicando en cada nivel de los servicios de salud, y que muchas veces se ponen en práctica intervenciones de menor eficacia.

En diferentes países de Latinoamérica los avances en materia de salud sexual y reproductiva han sido desiguales pero, sobre todo, insuficientes. Si bien Colombia presenta logros importantes en esta área todavía falta mucho por hacer, especialmente en lo relacionado con la atención prenatal, del parto y del puerperio, elementos fundamentales para garantizar el derecho a la vida y a la salud del binomio madre hijo.

Dentro de los compromisos adquiridos por el Estado a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se cuentan, entre otros, reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/Sida (ODM 6) los cuales, a excepción del ODM 4, serán difíciles de alcanzar en el plazo establecido; por ello, su logro debe ser una motivación fundamental para el país más allá de 2015. La evidencia científica resalta las ventajas de la consulta prenatal frente a la reducción de la mortalidad materna e infantil, específicamente en la eliminación de la transmisión materno infantil de infecciones como VIH, sífilis y hepatitis B; el control de la malaria, y el diagnóstico y manejo precoz de la morbilidad materna extrema, eventos de salud que influyen en el logro de estos ODM [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10].

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño; 2011. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_sp.pdf

En la actualidad Colombia dispone de normas y regulaciones amplias y suficientes para asegurar un control prenatal oportuno, continuo e integral. No obstante, los avances en términos de indicadores nacionales de morbimortalidad materna e infantil siguen presentando una distribución altamente inequitativa, principalmente por cuenta de los cambios observados en las grandes concentraciones urbanas, pues mantienen cifras altas en entidades territoriales en situación de pobreza y con una doble afectación humanitaria —conflicto armado y desastres naturales—.

En 2009, antes de la implementación de las acciones que se presentan en este documento, las cifras nacionales sobre acceso universal a información, prevención, atención y tratamiento para el VIH/Sida [11] mostraban que solo al 45% de las gestantes se les realizó la prueba presuntiva para VIH y les fue entregado el resultado durante el embarazo, el parto o el posparto. Con ello, se evidenció que un 55% de gestantes desconocía su condición serológica relacionada con el VIH, lo que impidió que se tomaran las medidas necesarias para reducir la transmisión materno infantil del VIH, aumentando la probabilidad de nuevos casos pediátricos con este mecanismo de transmisión. Al finalizar ese año, el 76% de las 2.344 niñas y niños expuestos al VIH registrados en la base de datos de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH entre 2003 y 2009 carecían de información de seguimiento, y el país desconocía su situación virológica con respecto a esta infección. Así mismo, de los 555 casos con información de seguimiento, cincuenta tenían VIH. Esta situación arrojaba un porcentaje acumulado del 9% de transmisión materno infantil del virus.

Este estudio fue desarrollado por Sinergias en el marco de los convenios de cooperación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social como ente financiador y referente técnico con UNICEF, UNFPA y OIM como entes gestores y de apoyo técnico. Desarrollándose así desde el 2010 con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) una serie de acciones encaminadas a fortalecer los procesos de seguimiento, monitoreo, evaluación y generación de evidencia para contrarrestar la transmisión materno infantil del virus. Este proceso ha sido un caso exitoso de cooperación interinstitucional al que progresivamente se han integrado el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en 2011, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en 2012 y la Agencia Presidencial de Cooperación (APC), a partir de mediados del 2013.

Inicialmente, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica y Financiera n.° COL2010/05, celebrado entre Sinergias (inicialmente constituido como Health Alliance International) y UNICEF, se realizó entre junio y noviembre de 2010 la primera fase de este proceso en los siete departamentos y los tres distritos que aportaban más de la mitad (52%) de los casos de niñas y niños expuestos al VIH sin seguimiento en el país, a saber: Antioquia, Atlántico, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Valle del Cauca, con los distritos de Barranquilla, Santa Marta y Cartagena. Los resultados de esta fase fueron positivos, pues hay que resaltar que en dichos territorios se logró cerrar el 75% de los casos[1] y se incrementó de 30% a 70% la proporción de casos de niñas y niños expuestos con información completa de seguimiento. Asimismo, se describieron aspectos relevantes del desempeño de la estrategia en estas entidades territoriales y se dio inicio al proceso de documentación

1 El cierre de casos en la búsqueda activa, incluye:
1) las niñas y niños expuestos al VIH a quienes se les descartó o confirmó el diagnóstico de VIH (cierre clínico).
2) los casos con cierre clínico y además: a) las niñas y niños que fallecieron sin aclarar su diagnóstico, b) abortos y mortinatos, c) casos descartados porque la gestante no tenía VIH o no estaba embarazada, d) casos en seguimiento, e) abandonos con seguimiento, y f) los casos que no tenían documento de identificación (cierre operativo).

tanto de las barreras de acceso que enfrentan las mujeres con VIH como de los facilitadores que les permiten a ellas y sus hijas o hijos expuestos recibir los cuidados que requieren.

En la segunda fase, en el marco de los Convenios de Cooperación Técnica y Financiera n.° 168 de 2011, celebrado entre el Ministerio de la Protección Social y el UNFPA, y el n.° COL/2011/004, celebrado entre UNICEF y Sinergias, se dio continuidad a la búsqueda activa de niñas y niños expuestos al VIH sin seguimiento y a sus madres, actividad a la que se sumó la evaluación de la calidad de la atención prenatal en el país. Durante esta fase, que se implementó entre marzo de 2011 y mayo de 2012, se priorizaron veinte departamentos y tres distritos (Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cauca, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Valle del Cauca y Vaupés, con los distritos de Barranquilla, Santa Marta y Cartagena) los cuales fueron seleccionados con base en dos criterios principales: 1) que tuvieran el mayor número de gestantes registradas en el sistema de información de la estrategia sin dato del desenlace del parto y de niñas y niños expuestos sin seguimiento, y 2) que fueran silenciosos en materia de notificación de casos de VIH en gestantes o tuvieran mayores índices de vulnerabilidad (necesidades básicas insatisfechas, grupos étnicos diferenciados, dispersión poblacional).

En esta segunda fase también se obtuvieron resultados satisfactorios, pues se cerró 88% de los casos y se logró un aumento del 56% al 95% de los datos completos de seguimiento. De igual manera, se generó información reveladora sobre la situación de la atención prenatal, continuó la documentación sobre las barreras y facilitadores de acceso a los cuidados, y se inició la construcción de una herramienta pedagógica o "caja de herramientas" que permitiera el acceso de prestadores, directivas y las propias usuarias a la información necesaria sobre la oferta y demanda de servicios de atención materno infantil integrales y de calidad.

La tercera fase, desarrollada en el marco del Convenio de Cooperación n.° 484 de 2011 (CM-220) suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) con Sinergias como operador, prosiguió con el proceso de búsqueda activa en las entidades territoriales de Bogotá, Cesar, Córdoba, Magdalena, Santa Marta, Tolima, Risaralda y Valle del Cauca; en las que se logró cerrar el 95% de los casos. En esta fase se dio continuidad a la documentación sobre las barreras y facilitadores de acceso a los cuidados y el aseguramiento. Adicionalmente, y con el apoyo técnico de la firma Consultorías y Auditorías Integrales Ltda. (Consaudit), se desarrollaron herramientas para: a) identificar las competencias que tienen los principales actores del sistema de salud en el ámbito de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, b) posibilitar el reconocimiento del flujo de la atención y aseguramiento de las gestantes con VIH y sus hijas e hijos expuestos, y c) facilitar la inspección, vigilancia y control de estos procesos.

De manera simultánea, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica y Financiera n.° COL/2012/007, suscrito entre UNICEF y Sinergias, se viene desarrollando una propuesta metodológica para el mejoramiento de la calidad de la atención en los primeros mil días de vida de niñas y niños nacidos en catorce municipios de seis departamentos del país, así:

- **Córdoba:** Montelíbano y Puerto Libertador
- **La Guajira:** Dibulla y Manaure
- **Cauca:** Buenos Aires, Santander de Quilichao y Suárez
- **Bolívar:** Arjona, Mahates y Magangué
- **Chocó:** Quibdó e Istmina
- **Putumayo:** Orito y Puerto Guzmán

Dicha metodología, enmarcada en la estrategia nacional "De cero a siempre" y con un enfoque sistémico, centra sus esfuerzos en el fortalecimiento de las capacidades técnicas locales para mejorar el cuidado de las mujeres durante los periodos de gestación, parto y puerperio, y la atención de niñas y niños en sus dos primeros años de vida.

La variedad de métodos de investigación empleados, la multiplicidad de actores incluidos con sus diversas miradas, la cobertura en términos territoriales y los tamaños muestrales hacen que este trabajo constituya un referente nacional sobre los aspectos centrales de la atención a la población materno infantil y a las mujeres con VIH y sus hijas e hijos expuestos al virus. El presente documento recopila los hallazgos más relevantes que resultaron de las acciones desplegadas y brinda información organizada y clara a los diferentes actores del sistema de salud interesados en la búsqueda de acciones que mejoren la salud materna e infantil en Colombia. El texto se divide en cinco artículos, cada uno con introducción, objetivo, metodología, resultados, discusión y conclusiones. A continuación se presenta brevemente el contenido de cada uno de ellos:

Artículo 1: Búsqueda activa de niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH entre 2003-2012 en Colombia. Presenta la información relacionada con el proceso y los resultados de la búsqueda activa de las madres con diagnóstico de infección por VIH que fueron registradas en la base de datos de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, y cuyas hijas e hijos expuestos carecían de información de seguimiento.

Artículo 2: Calidad de la atención prenatal en Colombia. Evaluación de historias clínicas en veinte departamentos y tres distritos, 2009-2011. Expone los resultados y análisis de la revisión de 2.651 historias clínicas de control prenatal de las veintitrés entidades territoriales incluidas en el desarrollo del proyecto en donde se seleccionaron de manera aleatoria instituciones prestadoras de servicios de salud de 142 municipios del país.

Artículo 3: Acceso y utilización de los servicios de atención prenatal con énfasis en la atención a mujeres y niños de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Estudio cualitativo en veinte departamentos y tres distritos de Colombia, 2011-2012. Contiene los resultados de las entrevistas a profundidad realizadas a gestantes o puérperas —incluyendo mujeres con y sin VIH, equipos de salud, tomadores de decisiones y representantes de la sociedad civil sobre su percepción del acceso y la calidad de los servicios de atención prenatal.

Artículo 4: Factores asociados a la pérdida de seguimiento de niñas y niños expuestos al VIH: encuesta a madres y cuidadores en veintitrés entidades territoriales**.** Reúne los resultados de la encuesta que se realizó a las mujeres registradas en la estrategia de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH con el fin de identificar las causas por las cuales las niñas y niños expuestos al VIH por vía perinatal y sus madres no completaron su seguimiento en la estrategia.

Artículo 5: Alternativas de solución para mejorar la atención materno infantil. Resume los principales resultados de los capítulos precedentes y las cinco principales alternativas de solución que se han desarrollado en el marco del proceso de cooperación. Se destacan la estrategia para el mejoramiento en la calidad de la atención prenatal, perinatal e infantil en municipios vulnerables, herramienta pedagógica "caja de herramientas" para mejorar el conocimiento sobre la atención prenatal y tres documentos para facilitar los procesos de inspección, vigilancia y control para fortalecer la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en Colombia.

REFERENCIAS

1. Freyermuth G, Sesia P (coord.). La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009. Disponible en: http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf
   Consultado abril 4, 2013

2. Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health; 2004 (8)I(3):1-5 Disponible en: URL:http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-1-3.pdf
   Consultado abril 4, 2013

3. World Health Organization, The Aga Khan University and The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. A Global Review of the Key Interventions related to Reproductive, maternal, Newborn and Child Health (RMNCH); 2011. Disponible en: URL:http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essentialinterventions14_12_2011low.pdf
   Consultado abril 4, 2013

4. Campbell OMR, Graham WJ, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet; 2006 (10)368:1284-99.

5. Adam T, Lim S S, Mehta S, et al. Achieving the millennium development goals for health Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. BMJ; 2005 (11)331:1107

6. Enkin, M, Chalmers I. Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care, Volume 81. Lavenham: The Lavenham Press Ltda; 1982. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=fVH-JYbe2isC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
   Consultado abril 4, 2013

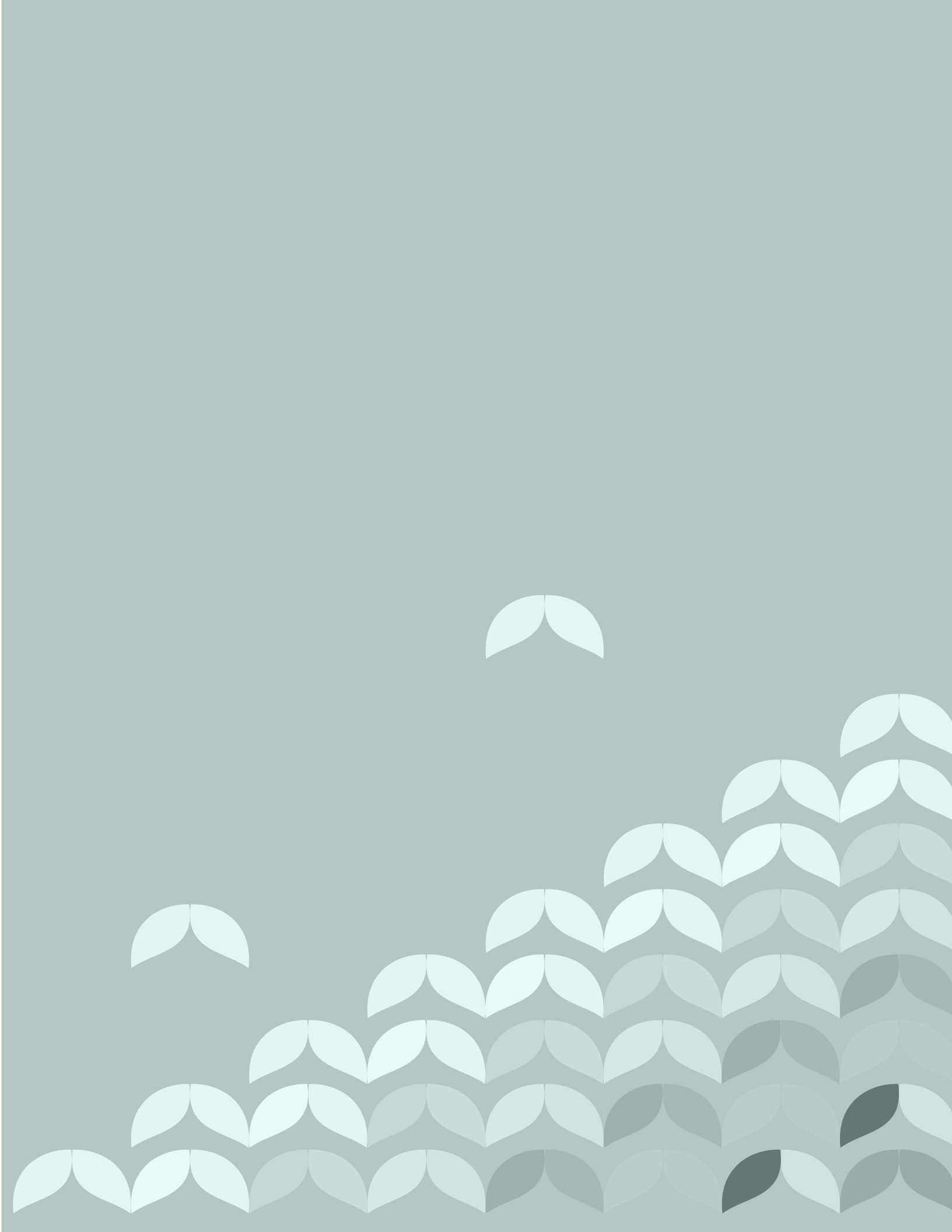
7. Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. Obstet Gynecol; 1995 85(3):468-79.

8. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. Paediatr Perinat Epidemiol; 1998(10) 12(2):7-26.

9. McCaw-Binns A, La Grenade J, Ashley D. Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders. Soc Sci Med; 1995(4) 40(7):03-12.

10. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. Public Health Rep; 2001(8) 116(4):306-16.

11. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Informe de Acceso Universal VIH-SIDA. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.



1.

BÚSQUEDA ACTIVA DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES ATENDIDOS POR LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH ENTRE 2003-2012 EN COLOMBIA

ACTIVE SEARCH OF CHILDREN AND MOTHERS SERVED BY THE PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV PROGRAM IN COLOMBIA BETWEEN 2003 AND 2012

La realidad para muchas de nosotras (que vivimos con el VIH) es que el ejercicio de este derecho humano fundamental de tener un hijo trae consigo una gran cantidad de problemas clínicos, psicosociales y prácticos. Estos incluyen lidiar con el diagnóstico, las decisiones sobre las pruebas a otros niños, y la incertidumbre sobre el acceso y el inicio de la terapia antirretroviral. También, la divulgación a nuestras familias y parejas tiene numerosas implicaciones, como la posibilidad de violencia doméstica e institucional.

Cada año aproximadamente 1,5 millones de nosotras… quedamos embarazadas, pero sólo el 57% tiene acceso a los medicamentos que reducen la posibilidad de que nuestros bebés nazcan seropositivos... es crucial tener la capacidad de ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos. Por desgracia, las dinámicas de poder a menudo están sesgadas en contra de nosotras y en favor del proveedor de servicios[1].

1 ONUSIDA. Women Out Loud. Cómo las mujeres que viven con el VIH ayudarán al mundo a poner fin al Sida. Disponible en: URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20121211_Women_Out _Loud_es.pdf

RESUMEN:

Introducción: En Colombia, durante 2011, únicamente el 66% de las embarazadas fue tamizado para VIH. El porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en el país fue de 5,3%, según dato oficial para el año 2010, cifra que dista de la meta de ≤ 2% establecida en los ODM. Las madres con VIH y sus hijas e hijos expuestos no están accediendo oportunamente a los servicios de atención integral del VIH. **Metodología:** Evaluación de programa para determinar el desempeño de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH, que incluyó la búsqueda activa de niñas y niños expuestos al VIH sin información sobre su situación respecto al VIH y a sus madres. Se revisaron variables específicas de las historias clínicas con el fin de conseguir la información necesaria para establecer la condición clínica de los niños con respecto al VIH. **Resultados:** Se buscaron activamente 1.020 niñas y niños y en total se resolvieron 900 casos (88%). Se encontró evidencia de la condición clínica de 612 (60%) niñas y niños expuestos al VIH sin seguimiento. De ellos, el 98% no tenía VIH y 2% (Intervalo de confianza del 95%, 1%, 3%) estaba infectado. De los restantes, el 1% de los niños murió sin definir su estatus de VIH (n=12), el 3% correspondió a abortos y mortinatos, 4% fue descartado de la base de datos de la estrategia —mujeres sin VIH o no embarazadas—, y 32% fue catalogado como casos de abandono con seguimiento. Además, se identificaron 120 gestantes con VIH nuevas para el programa. El 66% de los binomios madre hijo recibió las cinco intervenciones principales de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH. Las deficiencias de la estrategia más sobresalientes fueron: baja capacidad resolutiva en los niveles primarios de atención, fragmentación y segmentación de los servicios de salud derivados del sistema de aseguramiento, falta de conocimiento del marco normativo de los proveedores de salud y las brechas en la confidencialidad, en especial para los pueblos indígenas y afro. Las barreras geográficas y económicas fueron los obstáculos más comunes que enfrentaron las mujeres para acceder a los servicios de VIH. Conclusiones: Esta evaluación constituye uno de los análisis más robustos sobre el desempeño de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH en Colombia. Los hallazgos sirven para guiar las acciones de salud pública de manera que se garanticen la prestación de servicios de salud integrales y el derecho a la salud de esta población.

PALABRAS CLAVE:

VIH, transmisión vertical, exposición perinatal al VIH, pérdida de seguimiento, prevención de la transmisión materno infantil del VIH, evaluación de programa, búsqueda activa

ABSTRACT:

Background: Only 66% of pregnant women were screened for HIV in Colombia during 2011. The rate of vertical transmission of HIV in the country is 5.3% according to 2012 official estimates (provincial averages range from 1.8%-25%), far from the ≤2% millennium development goal (MDG) target. Mothers with HIV and their exposed children are not accessing timely comprehensive HIV care and treatment. **Methodology:** A program evaluation was conducted to determine the performance of the PMTCT national program and a public health intervention was implemented to actively search for 1020 HIV-exposed infants lost-to-follow-up and their mothers. The evaluation included the review of clinical records and the application of a survey and in-depth interviews to identify barriers to access HIV services by women and children. **Results:** In total, 900 (88%) cases were resolved. Evidence of the HIV status of 612 (60%) HIV-exposed children lost-to-follow-up was found. Of those, 98% didn't have HIV and 2% (95%Confidence Interval 1%,3%) were infected. Of the remaining, 1% of the children died prior to defining their HIV status (n=12), 3% were abortions or stillbirths, 4% were discarded from the PMTCT program –women were either HIV-negative or not pregnant–, and 32% could not be found. Additionally, 120 HIV pregnant women new to the program were identified. Of the mother-child pairs 66% received the five key PMTCT program interventions. Main PMTCT program deficiencies as identified by key actors included: poor response capacity at the primary health-care level, fragmentation and segmentation of health services derived from health insurance policies, lack of knowledge of the regulatory framework by health providers and confidentiality issues mostly for indigenous and afro patients. Geographic and economic barriers were the main obstacles faced by women to access HIV services. Conclusions: This evaluation is one of the largest analyses on the performance of the PMTCT strategy carried out in Colombia so far. The study findings serve as an input to guide public health actions to ensure comprehensive care and the right to health of this population.

KEY WORDS:

HIV/AIDS, Vertical transmission of HIV, perinatal HIV exposure, Loss-to-follow up, prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT), program evaluation, active search.

INTRODUCCIÓN:

En Colombia, una de cada tres personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tiene entre 25 y 34 años de edad. La razón de hombre/mujer ha variado ostensiblemente en los últimos treinta años pasando de 12:1 en los años ochenta a 2:1 en 2010. Este incremento de casos en las mujeres tiene como consecuencia la aparición de nuevos casos de VIH pediátrico por mecanismo de transmisión materno infantil (TMI), el cual, con medidas oportunas y efectivas, podría disminuirse al 2% o menos [1-4]. Es fundamental garantizar que las gestantes con VIH y sus hijos expuestos reciban la atención apropiada durante la gestación, el parto y el postparto para evitar la TMI del VIH [3-6].

Para el control de la epidemia de VIH en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha liderado la construcción de herramientas de direccionamiento y de apoyo a la gestión, tales como el Plan Nacional de Salud Pública, la Política de Salud Sexual y Reproductiva, el modelo de gestión programática en el VIH/Sida y el Plan Intersectorial de respuesta nacional al VIH/Sida en Colombia 2008-2011, así como la estrategia nacional para la eliminación de la TMI del VIH que es actualmente una de las acciones más eficaces de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH. La estrategia incluye la administración de tratamiento antirretroviral (TAR) anteparto e intraparto, el parto por cesárea, la profilaxis al recién nacido expuesto al virus, la administración de inhibidores de la galactorrea, la sustitución de la leche materna por fórmula láctea exclusiva por 6 meses y otras acciones encaminadas a la captación temprana de las gestantes en control prenatal (Tabla 1). Todas estas intervenciones hacen parte del plan obligatorio de salud (POS).

Tabla 1. Intervenciones claves de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH

SUJETO DE LA INTERVENCIÓN	INTERVENCIONES
Gestante	TAR anteparto
	TAR intraparto
	Cesárea
Niña o niño expuesto al VIH	Profilaxis con antirretrovirales
	Fórmula láctea exclusiva por seis meses

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con la base de datos de la estrategia para la eliminación de la TMI del VIH del MSPS entre 2003 y 2011 se tamizaron 2.503.299 gestantes, de las cuales se ha brindado atención a 4.380 mujeres con infección por VIH [7]. Según esta misma fuente, hay evidencia de que las gestantes no están accediendo oportunamente a servicios integrales para el cuidado y tratamiento de su infección por VIH. El porcentaje de TMI del VIH en Colombia para 2009 y 2010 fue de 4,9% y 5,3% respectivamente, cifras que distan de la meta de 2% o menos para el año 2015, adquirida por el país para dar cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Entre las entidades territoriales se observan diferencias importantes en las cifras de TMI del VIH, encontrándose que para el año 2010 en Vaupés, Amazonas, Chocó, Risaralda y Bolívar los porcentajes fueron de 100%, 50%, 33%, 33% y 21% respectivamente. En contraste, en Valle del Cauca fue de 1,2% y en Arauca, Guaviare, Quindío y San Andrés no hubo ningún caso [7], por lo cual, para ese año, se logró superar la meta programada para 2015.

En el año 2010, como respuesta a falencias observadas en el desempeño de la estrategia— especialmente a que se carecía de información de seguimiento del 76% de las niñas y niños expuestos al VIH nacidos entre 2003 y 2009 cuyas madres estaban registradas en la estrategia— el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Sinergias - Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social, desarrollaron la primera fase del proyecto para realizar la búsqueda activa de las madres con VIH y sus hijas e hijos expuestos sin seguimiento, para aclarar su estado serológico frente al VIH y, en los casos pertinentes, canalizarlos al sistema de salud.

Esta primera experiencia se llevó a cabo entre mayo y noviembre de 2010 en siete departamentos y tres distritos del país que en conjunto tenían el 52% de los casos de madres, niñas y niños sin seguimiento (Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Córdoba, Bolívar, Magdalena y La Guajira y los distritos de Barranquilla, Santa Marta y Cartagena). En una segunda fase (marzo 2011 a mayo 2012), en la que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se incorporó al grupo de socios estratégicos, el trabajo se extendió a veinte departamentos y tres distritos, que además de las entidades territoriales precedentes, incluyeron a los departamentos de Amazonas, Putumayo, Caquetá, Vaupés, Guaviare, Santander, Norte de Santander, Cauca, Nariño, Chocó, Quindío, Risaralda y Caldas. Posteriormente, entre septiembre 2012 y febrero 2013, con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) como nuevo socio estratégico, se llevó a cabo una tercera fase del proyecto de búsqueda activa, esta vez en los distritos de Bogotá y Santa Marta y los departamentos de Risaralda, Valle del Cauca, Tolima, Cesar, Magdalena y Córdoba. En total, durante las tres fases se realizó la búsqueda activa de binomios madre hijo residentes en trescientos cinco municipios, cinco corregimientos departamentales, cuatro distritos y veintidós departamentos del país.

El presente documento refleja los resultados del proceso de búsqueda activa realizado durante estas tres fases del proyecto con énfasis en los hallazgos de la segunda, durante la cual se hizo seguimiento al mayor número de entidades territoriales.

OBJETIVO

Identificar los principales hallazgos de la implementación de la estrategia para la eliminación de la TMI del VIH en las entidades territoriales participantes, en particular lo relacionado con la condición clínica y serológica de las niñas y niños expuestos al VIH por vía perinatal nacidos entre 2003-2012.

METODOLOGÍA

Evaluación de programa e intervención en salud pública donde se consultaron diferentes fuentes primarias de datos, incluyendo madres y cuidadores, con el fin de conseguir la información necesaria para establecer la condición con respecto al VIH de las niñas y niños expuestos al virus por vía perinatal.

Para la búsqueda de casos se siguieron los siguientes pasos y se garantizó estricta confidencialidad en el manejo de la información en cada uno de ellos:

1. Verificación de datos de identificación de gestantes con VIH y de sus hijas e hijos expuestos sin seguimiento registrados en el sistema de información de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH del Ministerio de Salud y Protección Social (base de datos).
2. En cada departamento —conjuntamente con el personal de las direcciones territoriales de salud (DTS) departamentales y en la mayoría de los casos con las de las capitales departamentales— se hizo el cruce de la base de datos nacional con las de las entidades territoriales para partir de una base común.
3. Posteriormente, se consultaron las bases de datos disponibles (Sisben, Sivigila, PAI, Fosyga, estadísticas vitales, verificadores de derechos de las secretarías de salud departamentales y distritales, bases de datos de administradoras de planes de beneficios y Registraduría Nacional del Estado Civil) para verificar los datos de identificación, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y localización de las mujeres.
4. Con la información actualizada se visitaron las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) a las que las mujeres estaban afiliadas en el momento, con el objetivo de buscar la información de seguimiento tanto de las propias madres como de sus niñas y niños expuestos al VIH. El propósito de estas visitas fue: 1) actualizar información clínica y de contacto de los casos, 2) conocer la red de prestación de servicios de salud contratada para la atención de personas con VIH y para la atención materno infantil, y 3) elaborar recomendaciones y establecer compromisos para que las EAPB realizaran el contacto y seguimiento necesarios con sus afiliados en los casos en los que no contaban con información disponible.
5. En caso de no encontrar información a través de la EAPB actual y si se tenía registro de afiliación previa a otra EAPB, se inició un proceso de comunicación con la administradora a la que estaba inscrita la madre o la niña o niño expuesto en el momento en el que fue registrada en la estrategia y se realizaron los mismos procesos anotados en el punto anterior.

6. Posteriormente, se visitaron las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que conforman la red de prestación de servicios especializados para personas con VIH de las EAPB visitadas y en general a todas las IPS de atención integral para VIH con el objetivo de buscar la información de seguimiento y de contacto de las madres en las historias clínicas. En los casos en los que no había información disponible en las IPS que tenían la responsabilidad de ofertarles servicios al binomio madre hijo (paquetes de atención para el manejo del VIH), se establecieron compromisos con dichas instituciones para que realizaran el contacto y seguimiento pertinentes.

7. En los casos en los que no fue posible encontrar información de seguimiento después de consultar todas las fuentes anotadas, se realizaron visitas domiciliarias usando los datos de identificación que se lograron actualizar a través de las fuentes anteriores. Siempre que fuera posible, las visitas se realizaron previa concertación con las madres. Todas las visitas se realizaron guardando estricta confidencialidad. Durante las visitas domiciliarias se realizó un proceso educativo en derechos y deberes, y la canalización a la EAPB correspondiente para permitir el acceso a los servicios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento pertinentes. Previo consentimiento informado, se solicitó a las madres o cuidadores contactados responder a una encuesta donde se identificaron los servicios a los que ha accedido esta población, las medidas de prevención secundarias y las barreras que han enfrentado para acceder a los servicios de salud (ver resultados en el artículo 4).

   En todas las entidades territoriales fue contratada y entrenada una enfermera local, conocedora del funcionamiento del sector salud en el territorio, con experiencia en salud materno infantil y en la estrategia, para realizar las actividades del proyecto en el día a día. Un equipo técnico de coordinación tuvo a cargo el seguimiento del trabajo de estas profesionales, de realizar visitas de asistencia técnica y acompañamiento a los departamentos, distritos y capitales departamentales de manera periódica, coordinar aspectos puntuales con las DTS, verificar el cumplimiento de los acuerdos establecidos en visitas previas, brindar retroalimentación del seguimiento de casos y hacer las recomendaciones derivadas de los hallazgos.

   En cada una de las entidades territoriales se hizo una reunión de asistencia técnica para: 1) dar a conocer estadísticas sobre el desempeño de la estrategia y sensibilizar sobre la importancia de implementarla correctamente, 2) socializar el protocolo de la estrategia, y 3) explicar el funcionamiento del sistema de información (formato de seguimiento del binomio madre hijo de la estrategia). Durante el proceso también se programaron visitas de seguimiento a las DTS, EAPB e IPS para abordar los temas mencionados, revisar las fichas de seguimiento del binomio madre hijo —si se estaban diligenciando— y los sistemas de información o historias clínicas de la IPS para verificar el cumplimiento del protocolo de la estrategia (control prenatal, parto, posparto, entrega de formula láctea, entrega de profilaxis y seguimiento clínico) y para diligenciar un formato de caracterización de la institución con respecto a la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH (este formato se usó únicamente en la tercera fase). Este trabajo fue implementado en estrecha coordinación con la consultora de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH en el MSPS y con las referentes de la estrategia en las DTS.

En total, 2.455 binomios madre hijo residentes en trescientos cinco municipios, cinco corregimientos departamentales, cuatro distritos y veintidós departamentos del país fueron sujeto del proceso de búsqueda activa en este proyecto.

En las diferentes fases del proyecto, la selección de las entidades territoriales se basó en dos criterios principales: 1) que tuvieran mayor población de gestantes sin dato de parto y número de niñas y niños expuestos sin seguimiento, y 2) que fueran silenciosas para la transmisión materno infantil del VIH o con mayores índices de vulnerabilidad (necesidades básicas insatisfechas, grupos étnicos diferenciados, dispersión poblacional).

En la sección de resultados, se presentará una tabla con la información de la búsqueda de los 2.455 binomios madre hijo, aunque cabe anotar que en el resto del documento solo se hará referencia a la segunda fase del proceso, por cuanto fue la que involucró más entidades territoriales y que buscó el mayor número de binomios (1.020). Para los análisis que hacen referencia a la segunda fase, los veinte departamentos y tres distritos seleccionados se agruparon en los siguientes conglomerados regionales: Región 1: Amazonas, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Caquetá; Región 2: Quindío, Risaralda y Caldas; Región 3: Cauca, Nariño y Chocó; Región 4: Bolívar, Atlántico, Magdalena, Córdoba y La Guajira —con los distritos de Barranquilla, Santa Marta y Cartagena—; Región 5: Santander y Norte de Santander; Región 6: Valle; y Región 7: Antioquia.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el cierre de casos de las niñas y niños expuestos al VIH, en la búsqueda activa se utilizaron dos criterios: 1) Criterio de **cierre clínico**, que incluyó los niñas y niños a quienes se les descartó o confirmó el diagnóstico de VIH; 2) Criterio de **cierre operativo**, que contempló los casos cerrados clínicamente y además: a) las niñas y niños que fallecieron sin clasificación; b) las gestaciones que terminaron en aborto o con óbito fetal; c) los casos en los que la gestante no tenía VIH o no estaba embarazada (posteriormente descartados); d) los casos que estaban en seguimiento, es decir, que las niñas y niños expuestos al VIH tenían una primera carga viral pero aún no cumplían la edad para tomar la segunda carga; e) los casos de abandono con seguimiento, en los que se realizaron visitas domiciliarias, se hicieron llamadas telefónicas, se buscaron a través de las empresas promotoras de salud (EPS), IPS y no fue posible contactarlas o, si se lograron contactar, no aceptaron tener ningún contacto con el sistema de salud; y f) los casos que no tenían documento de identidad para identificar y realizar la búsqueda activa.

La información recolectada y actualizada en la base de datos oficial de la estrategia pasó por un proceso de control de calidad inicial realizado por el equipo de investigadores y en un segundo momento los datos fueron validados por la consultora del programa de VIH del MSPS. Posteriormente, esta información se transfirió al software *Stata* versión 11 para el cruce de variables y su respectivo análisis. Se realizó un análisis descriptivo de la información utilizando frecuencias, comparación de proporciones usando Chi cuadrado o test de Fischer, según fuera aplicable para las variables categóricas y la t de *Student* para las variables continuas. Se utilizó regresión logística para hacer análisis multivariado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación, incluyendo los diferentes instrumentos, se sometió a revisión ética por parte del comité ético interino de Sinergias. Asimismo, se convocó y conformó un comité ético ad hoc que contó con la participación de la sociedad civil, personas con VIH, académicos y expertos en el área. Ambos comités aprobaron el protocolo.

RESULTADOS

CIERRE DE CASOS GENERAL

La información presentada en la tabla 2 corresponde a la información de los 2.455 binomios madre hijo sin seguimiento registrados en la estrategia durante el periodo 2003-2011 que constituyen el número de casos sujeto de búsqueda activa durante las tres fases del proyecto. Se reitera que la información presentada posteriormente hace referencia a los 1.020 casos que se buscaron activamente en doscientos seis municipios, cinco corregimientos departamentales, tres distritos y veinte departamentos durante el periodo comprendido entre marzo de 2011 y mayo de 2012 (segunda fase).

Tabla 2. Intervenciones claves de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH

n.°	Entidades territoriales	Casos a buscar (2003-2011)	Casos cerrados con criterio clínico				Casos cerrados con criterio operativo						
			Sin VIH	Con VIH	n	%	Fallecidos	Mortinatos, abortos	No aplica	En seguimiento	Abandono con seguimiento	Total cierre operativo	%
1	Amazonas‡	17	9	0	9	53%	2	0	0	1	0	12	71%
2	Antioquia*,‡	304	195	1	196	64%	4	4	9	2	52	267	88%
3	Atlántico y Barranquilla*,‡	235	118	3	121	51%	9	5	10	4	39	188	80%
4	Bolívar y Cartagena*,‡	158	75	2	77	49%	6	7	9	2	28	129	82%
5	Bogotá D.C.¥	147	82	7	89	61%	3	4	3	0	35	134	91%
6	Caldas‡	60	42	2	44	73%	0	2	0	0	10	56	93%
7	Caquetá‡	10	6	0	6	60%	0	1	0	0	2	9	90%
8	Cauca‡	35	27	0	27	77%	2	0	3	0	2	34	97%
9	Cesar¥	48	43	0	43	90%	1	0	1	0	3	48	100%
10	Chocó‡	26	14	2	16	62%	2	0	0	0	6	24	92%
11	Córdoba*,‡,¥	230	116	4	120	52%	8	7	7	1	39	182	79%
12	La Guajira*,‡	79	40	2	42	53%	6	2	3	0	17	70	89%
13	Guaviare‡	8	4	0	4	50%	0	1	0	0	3	8	100%

n.°	Entidades territoriales	Casos a buscar (2003-2011)	Casos cerrados con criterio clínico				Casos cerrados con criterio operativo						
			Sin VIH	Con VIH	n	%	Fallecidos	Mortinatos, abortos	No aplica	En seguimien-to	Abandono con seguimiento	Total cierre operativo	%
14	Magdalena y Santa Marta*,‡,¥	169	93	2	95	56%	5	4	7	5	27	143	85%
15	Nte. de Santander‡	68	37	0	37	54%	0	0	0	0	29	66	97%
16	Nariño‡	24	17	1	18	75%	0	0	1	0	5	24	100%
17	Putumayo‡	6	2	0	2	33%	0	0	0	0	3	5	83%
18	Quindío‡	35	29	0	29	83%	0	0	2	0	4	35	100%
19	Risaralda‡	71	51	0	51	72%	2	1	4	0	12	70	99%
20	Santander‡	65	41	2	43	66%	0	0	0	0	18	61	94%
21	Tolima¥	38	24	1	25	66%	0	1	2	1	8	37	97%
22	Valle del Cauca*,‡,¥	619	270	5	275	44%	16	10	24	7	134	466	75%
23	Vaupés‡	3	1	1	2	67%	0	0	0	1	0	3	100%
	Total	2.455	1.336	35	1.371	56%	66	49	85	24	476	2.071	84%

*2010. Fase 1 del proyecto de seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.
‡ 2011. Fase 2 del proyecto de seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.
∞2012. Fase 3 del proyecto de búsqueda de niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.
Fuente: elaboración propia.

En la tabla se observa que, en números absolutos, las entidades territoriales que cerraron mayor número de casos corresponden a aquellas que contaban con más casos de niñas y niños sin seguimiento. Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico, Córdoba, Magdalena y Bogotá tenían el 69% (1.704) del total de casos sin seguimiento (2.455) y se cerraron el 67% (1.380) de los casos que se pudieron resolver (2.071). En términos proporcionales, los departamentos de Cesar, Quindío, Cauca, Nariño lograron cerrar más del 75% de los casos con criterios clínicos, mientras que los de Guaviare, Bolívar, Valle del Cauca y Putumayo cerraron 50% o menos.

CIERRE DE CASOS SEGUNDA FASE

De los 1.020 casos de niñas y niños expuestos al VIH que nacieron en el periodo 2003-2010 y que carecían de información de seguimiento, se logró cerrar un total de 88% (900). Como se muestra en la Figura 1, del total de casos cerrados con criterio clínico se les descartó la infección por VIH al 67% (600) y al 1.3% (12) se les realizó el diagnóstico. 23% de los casos (207) fueron clasificados como abandono con seguimiento por las siguientes causas: el 24% cambió de departamento y no se pudo contactar, un 9% tenía errado o carecía de documento de identificación, el 3% rechazó cualquier contacto con el sistema de salud y el 64% no se pudo localizar después de agotar los recursos disponibles para ser ubicado. En 3% (26) de casos cerrados se documentaron catorce abortos y doce óbitos. 1.3% (12) de las niñas y niños fallecieron sin que se hubiera podido determinar su situación frente al VIH. Se excluyó un 4% (42 casos) de mujeres de la base de datos por las siguientes razones: veintiocho no tenían VIH, nueve nunca estuvieron embarazadas, tres usaron carnés de afiliación de otras personas y dos registros estaban duplicados.

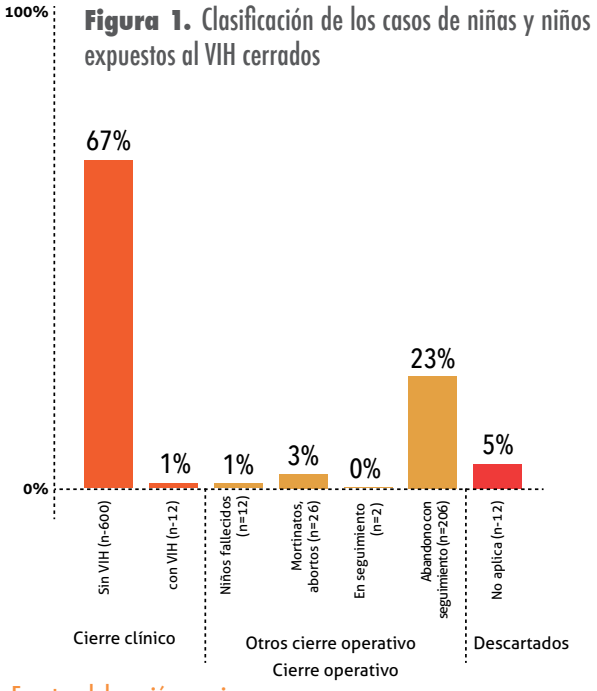


Figura 1. Clasificación de los casos de niñas y niños expuestos al VIH cerrados

Fuente: elaboración propia.

En el marco del proyecto se canalizaron las niñas y niños expuestos para que recibieran los servicios requeridos. En este proceso se realizaron 185 cargas virales y 91 pruebas serológicas de tamizaje a niñas y niños que carecían de seguimiento; dichas pruebas fueron decisivas para lograr cerrar muchos de los casos anotados.

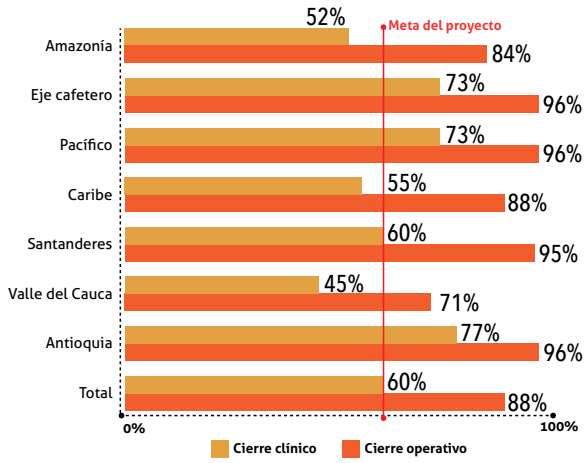
En el proceso de búsqueda se encontró que con frecuencia las entidades territoriales carecían de información sobre algunas de las mujeres registradas en la base de datos nacional —casos reportados al nivel nacional por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a través del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) o desde las EAPB sin pasar por las DTS, así como a nivel nacional se desconocían casos registrados en las bases de las entidades territoriales porque algunos casos no habían sido reportados al Sivigila—, lo que denota problemas en el flujo de la información entre los diferentes actores del sistema.

Al igual que con las DTS, se encontró que con frecuencia las EAPB desconocían la situación de algunas de sus afiliadas y que adicionalmente tenían registradas gestantes con VIH que no estaban en la base de datos de la estrategia a nivel nacional. Algunas EPS no se reconocían como responsables del seguimiento de las madres y aún menos de sus hijas e hijos, o bien porque no se encontraban asegurados para ese momento o porque estaban afiliados a otra entidad. De la misma manera, con frecuencia las IPS tenían registradas gestantes con VIH que no estaban en la base de datos de la estrategia a nivel nacional cuyos casos no habían sido reportados al Sivigila. Para contrarrestar esta situación, en estas instituciones se trabajó en la consecución la mayor parte de la información para actualizar la base de datos, lo cual permitió identificar 120 casos de gestantes con VIH que no estaban registrados en la estrategia y cerrar 28 casos correspondientes al año 2011.

CIERRE DE CASOS POR REGIÓN

La Figura 2 muestra la proporción de casos cerrados —cierre clínico y cierre operativo— por región y la Figura 3 presenta el porcentaje de niñas y niños expuestos al VIH con información de cierre de caso, tanto al inicio como al final de la segunda fase. El departamento/región de Antioquia logró cerrar la mayor proporción de casos con criterio clínico (77%) y terminó el proyecto con la mayor proporción de casos con información (99%) seguidos de cerca por las regiones del Pacífico, Eje Cafetero y Santanderes.

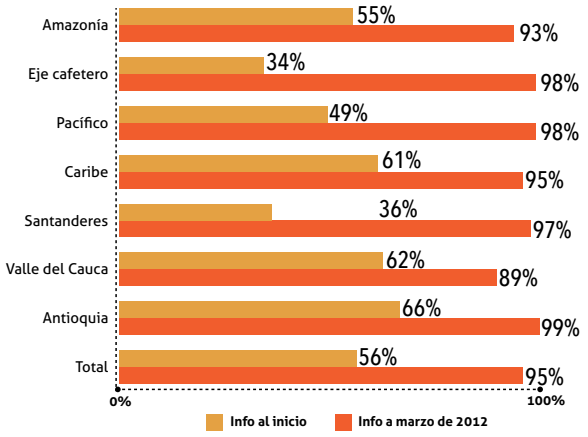
Figura 2. Casos cerrados con criterio clínico y operativo por región a marzo de 2012



Fuente: elaboración propia.

El Eje Cafetero y los Santanderes fueron las regiones que lograron el mayor incremento en la información disponible al inicio y al final del proyecto, pues lograron un incremento del 34% y 36% al 98% y 97% respectivamente. Las regiones de Valle del Cauca, Amazonia y Caribe fueron las que menos casos pudieron resolver y no alcanzaron el 60% de casos cerrados con criterio clínico.

Figura 3. Niñas y niños expuestos al VIH con información de cierre de caso al inicio del proyecto y a marzo de 2012



Fuente: elaboración propia.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DEL DIAGNÓSTICO Y MOMENTO DEL INGRESO A LA ESTRATEGIA

La mediana de la edad de las madres registradas en la base de datos fue 24 años (percentil 25=20 años, percentil 75=29 años). De estas madres, al momento de ser captadas por la estrategia 4 (0,4%) tenían 14 años y 130 (13%) menos de 19 años. La edad gestacional de la primera consulta prenatal fue 18 semanas [12, 27] y la edad gestacional al momento del diagnóstico de 22 semanas [16, 31]. El 18% de las mujeres ingresaron a la estrategia conociendo previamente su diagnóstico, mientras que un 72% fue diagnosticado durante la gestación y 10% en el posparto. El 10% de las gestantes que se diagnosticó durante la gestación lo hizo durante el primer trimestre y el 36% en el tercero.

El tiempo entre el primer control prenatal y el diagnóstico de VIH fue de 3 semanas o menos para la mitad de las madres (mediana), y de 5,5 semanas o más para una cuarta parte de ellas (percentil 75). En el momento de iniciar la búsqueda de los casos, el 64% (651) de las mujeres pertenecía al régimen subsidiado, 19% (190) al contributivo, 1% (15) a regímenes especiales y de excepción, y 16% (164) carecía de afiliación. La distribución de las 889 niñas y niños expuestos al VIH que tenían información de afiliación al SGSS fue similar en términos de régimen, pero 8% (73) de las niñas y niños estaba afiliado a EPS diferentes a las de las madres. Esta proporción fue mayor o igual al 10% en las regiones de Amazonía (15%), Eje Cafetero (11%), Antioquia (11%) y Caribe (10%).

Se documentó que al menos 22 (2,2%) mujeres registradas en la base de datos de la estrategia en estos departamentos murieron y 23 (2,6%) niñas y niños están bajo la protección del ICBF.

ADMINISTRACIÓN DE LAS INTERVENCIONES CLAVE DE LA ESTRATEGIA

Teniendo en cuenta los casos descartados, el número de mujeres elegibles para recibir las acciones de la estrategia durante la gestación fue de 980. Se logró documentar datos de parto de 899 de estas gestantes, de manera que tal cifra constituye el denominador para las acciones realizadas en el parto y posparto. En la Figura 4 se muestra la cascada de las intervenciones claves de la estrategia recibidas por las madres y sus niñas y niños expuestos al VIH. El 76% de las 742 mujeres recibieron TAR anteparto, al 86% de quienes tienen registrado el parto se les practicó cesárea y el 87% recibió TAR intraparto. Asimismo, el 93% de las niñas y niños expuestos al VIH recibió profilaxis con antirretrovirales, y el 88% fórmula láctea exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Se administró TAR al 50% de las gestantes durante trece semanas o más —contadas desde el inicio del tratamiento hasta el momento del parto (mediana)—, mientras que una cuarta parte recibió medicamentos por menos de siete semanas (percentil 25).
Al consolidar la información se documentó que el 68% de las madres recibió las tres intervenciones claves para la eliminación de la TMI del VIH, 89% de las niñas y niños expuestos al VIH recibió las dos intervenciones claves para esta población. En total, el 64% de los binomios madre hijo recibió las cinco intervenciones normadas en el protocolo del MSPS. En la Figura 4 se observa que cerca de la mitad de las gestantes no tuvo cargas virales ni recuentos de linfocitos CD4.

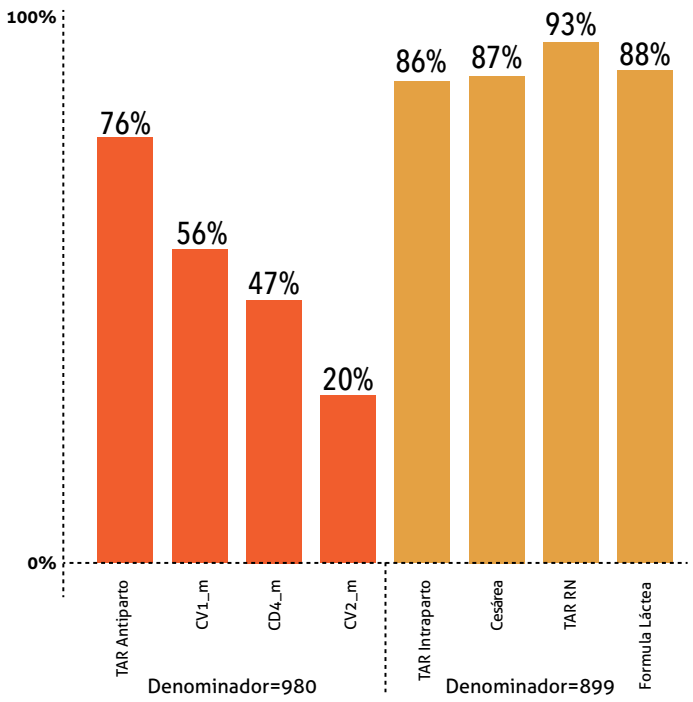
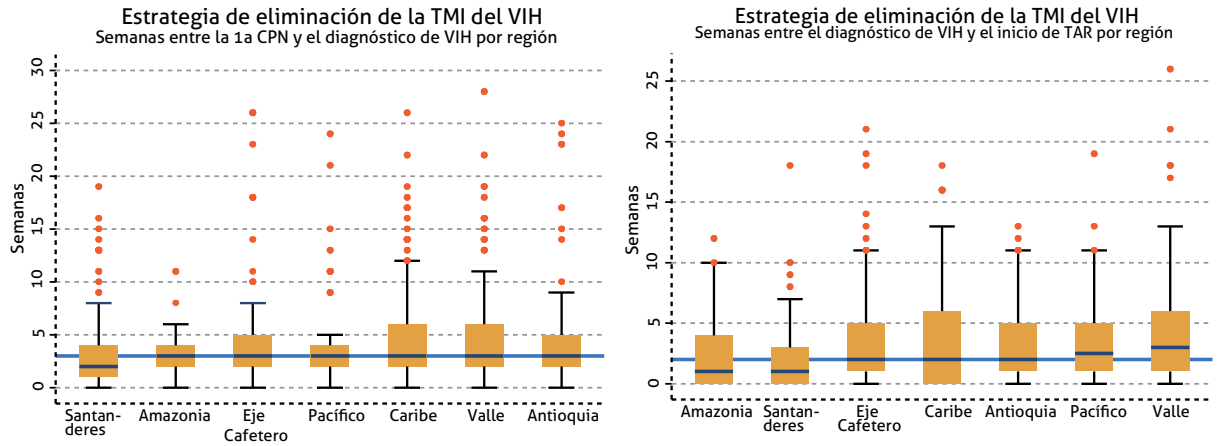


Figura 4. Cascada de intervenciones de la estrategia, de las niñas y niños sin seguimiento en los 20 departamentos y 3 distritos en los que se implementó el proyecto, marzo de 2012

Fuente: elaboración propia.

En la Figura 5 se compara el número de semanas que se demoraron las gestantes en iniciar el TAR luego de realizarse el diagnóstico de VIH, por región y por régimen de afiliación. Las gráficas dan cuenta de que las mayores demoras se presentan en el régimen subsidiado, y por región en la del Caribe y el Valle del Cauca.

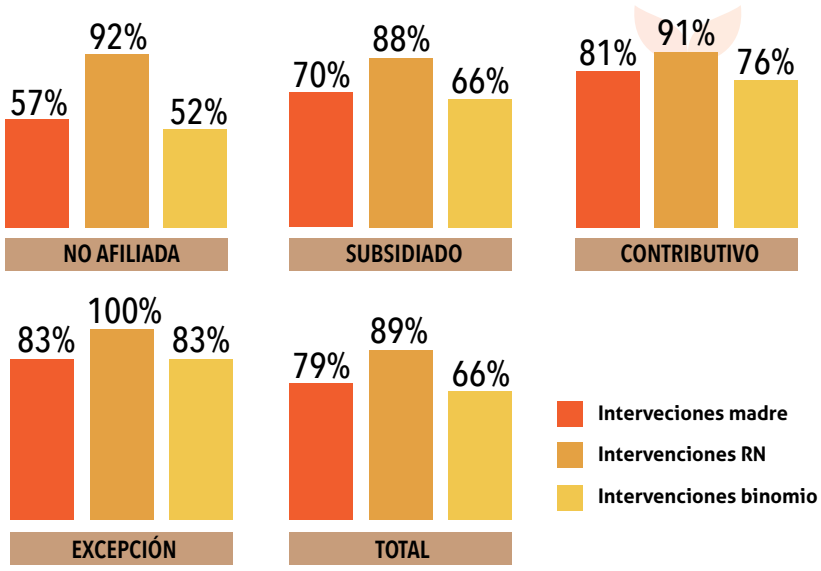
Figura 5. Semanas entre el diagnóstico de VIH y el inicio de tratamiento antirretroviral en las gestantes diagnosticadas durante el embarazo. La línea azul continua representa la mediana



Fuente: elaboración propia.

En la Figura 6 se observan diferencias significativas entre la proporción de binomios madre hijo que recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia de acuerdo con el régimen de afiliación al SGSSS ($p<0.001$). Las personas no afiliadas recibieron menos intervenciones, y en ese grupo la mitad de los binomios no recibieron las intervenciones completas.

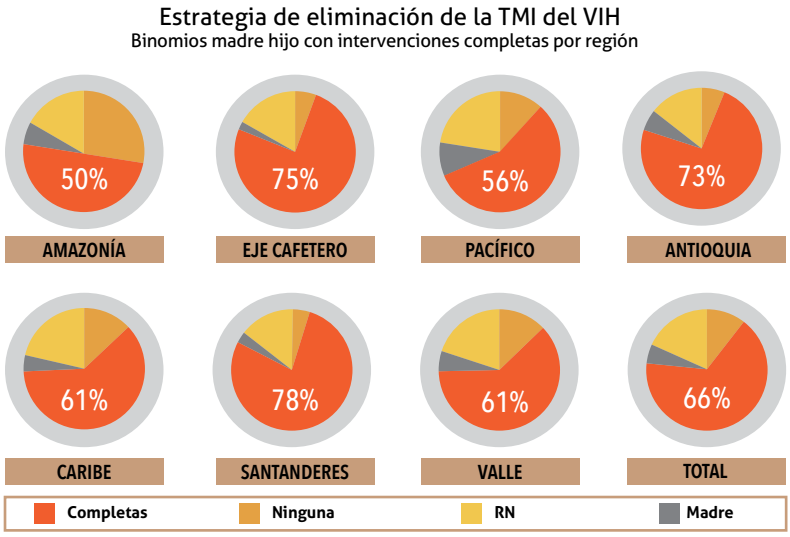
Figura 6. Paquetes de intervenciones recibidos por las madres, niñas y niños expuestos al VIH y binomios madre hijo por régimen de afiliación al SGSSS a marzo de 2012



Fuente: elaboración propia.

Entre las regiones también se encontraron diferencias importantes en el desempeño de la estrategia. Las regiones de Amazonía, Pacífico, Valle del Cauca y Caribe son las más deficientes (Figura 7)

Figura 7. Paquetes de intervenciones recibidos por las madres y sus hijas e hijos expuestos al VIH y binomios madre hijo por región



Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con el análisis de regresión logística multivariado se estableció que tanto los paquetes recibidos como el régimen de afiliación están asociados con la transmisión materno infantil del VIH y que en un modelo que contiene estas dos variables, ajustado por región, **los binomios que reciben las cinco intervenciones clave tienen cincuenta veces menos posibilidades de presentar transmisión materno infantil de VIH que quienes no las reciben.**

ALGUNOS HALLAZGOS SOBRE EL DESEMPEÑO DE LA ESTRATEGIA EN LAS REGIONES

Durante la segunda fase del proyecto se realizaron las primeras veinte visitas de asistencia técnica y veintiséis visitas de seguimiento a las entidades territoriales por parte del equipo coordinador del proyecto. Al menos la mitad de las visitas iniciales se hicieron conjuntamente con la consultora del MSPS para la estrategia, y una quinta parte con la consultora de UNICEF para el tema de VIH. Como se observa en la tabla 4, se visitaron 190 entidades territoriales, 198 EAPB y 361 IPS.

Tabla 4. Entidades territoriales, EAPB e IPS visitadas por región y por departamento en el marco de los procesos de búsqueda activa y asistencia técnica de la segunda fase del proyecto (marzo 2011-marzo 2012)

Región	Departamentos	Distritos/Municipios/Corregimientos departamentales	EAPB	IPS
Región 1 Amazonía	Amazonas	Leticia, Puerto Nariño, corregimientos de la Pedrera, Mirití, San Rafael	4	5
	Guaviare	San José del Guaviare, Retorno	3	7
	Caquetá	Florencia, Puerto Rico, San Vicente del Caguán, El Docello, Paujil, Cartagena del Chairá	3	16
	Putumayo	Puerto Guzmán, Puerto Asís, Mocoa, Orito	5	7
	Vaupés	Mitú, Carurú	2	2
Región 2 Eje Cafetero	Caldas	Manizales, Villamaría, Chinchiná, Neira, Riosucio, Supía, Belalcázar, Pensilvania, Manzanares, La Dorada, Palestina, Anserma	10	28
	Risaralda	Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal, La Virginia, Belén de Umbría, Quinchía, Santuario	7	20
	Quindío	Armenia, Montenegro, Circasia, Pijao, Quimbaya, La Tebaida, Calarcá	10	23
Región 3 Pacífico	Cauca	Guapi, Popayán, Santander de Quilichao, Miranda, Toribío, Buenos Aires, Caloto, Morales, Argelia, Suárez y Puerto Tejada	7	18
	Chocó	Quibdó, Cértegui, Unión Panamericana, Istmina, Alto Baudó, Medio Baudó, Riosucio	6	14
	Nariño	Pasto, Tumaco, Ipiales, Policarpa, Barbacoas, El Tablón, Gómez y el corregimiento de Catambuco	14	22
Región 4 Caribe	Bolívar	Cartagena, María la Baja, Magangué, Arjona, Simití, Turbaco, Santa Rosa Sur, San Pablo	19	27
	Atlántico	Barranquilla, Santo Tomás, Soledad, Malambo, Polonuevo, Salgar, Galapa, Sabanalarga	25	24
	Magdalena	Santa Marta, Plato, Aracataca, Zona Bananera	2	6
	Córdoba	Montería, San Andrés, Sotavento, Pueblo Nuevo, Ayapel, Ciénaga de Oro, San Antero, Lorica, Planeta Rica, Tierra Alta, Chinú, Sahagún, Cereté, Valencia y Montelíbano	15	28
	La Guajira	Riohacha, San Juan del Cesar, Uribia, Maicao, Albania, Manaure	16	11
Región 5 Santanderes	N. de Santander	Villa del Rosario, Cúcuta, Pamplona, Ocaña, Los Patios, La Esperanza	5	12
	Santander	Bucaramanga, Girón, Barrancabermeja, Floridablanca, Piedecuesta, Puerto Wilches	8	8
Región 6 Valle del Cauca	Valle del Cauca	Tuluá, Roldanillo, Palmira, Pradera, Ginebra, El Cerrito, Guacarí, Candelaria, Cali, Bolívar, Buenaventura, El Cerrito, Caicedonia, Sevilla, Cartago, Dagua, Jamundí, Vijes, Yotoco, Yumbo, Zarzal, San Pedro, Andalucía, Buga	13	43
Región 7 Antioquia	Antioquia	Medellín, Turbo, Apartadó, Chigorodó, Necoclí, San Juan de Urabá, Arboletes, Bello, Itagüí, Puerto Berrío, Puerto Nare, Marinilla, Rionegro, Caldas, Segovia, Tarazá, Nechí, Caucasia, Andes, Salgar, Zaragoza, El Bagre, Fredonia, Envigado, Sabaneta	24	40

Algunas particularidades sobre el desempeño de la estrategia, evidenciadas durante las visitas de asistencia técnica y seguimiento, se describen a continuación:

Si bien el inicio del control prenatal en la región de Amazonía es tardío, el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de TAR es corto para la fracción de mujeres que logró acceder al tratamiento. En esta región, 15% de las madres y sus hijas e hijos expuestos al VIH está afiliado a EPS diferentes, el 9% de las madres carece de afiliación al SGSSS y solo la mitad de los binomios madre hijo recibieron las cinco intervenciones claves de la estrategia. Caquetá y Putumayo superaron el promedio nacional (64%) y las entidades territoriales restantes no alcanzaron el 50%.

La región se caracteriza por la desatención de la población que habita las zonas rurales dispersas y por la carencia de adecuaciones tanto socioculturales y técnicas de la estrategia como de los programas de salud sexual y reproductiva en general. El acceso a pruebas diagnósticas para VIH es muy limitado en esta región, por lo que la cobertura de tamizaje en gestantes es baja y la oportunidad de los resultados de las pruebas confirmatorias es muy deficiente. Asimismo, la región carece de la capacidad técnica para prestar servicios de atención a las personas con VIH, por lo que, incluso para recibir los servicios más básicos, las personas tienen que viajar a Villavicencio o a Bogotá. Las oficinas regionales de las EPS carecen de autonomía y se demoran en recibir aprobación a los procedimientos solicitados, situación que genera dilataciones innecesarias en la atención y pérdida de oportunidades, lo cual afecta la continuidad de los servicios.

El departamento del Amazonas es el que presenta mayor mortalidad de niñas y niños sin clasificación (2/17, 12%). En los corregimientos departamentales de este territorio los pacientes no tienen acceso a atención especializada, a medicamentos o a toma de muestras de laboratorio y es difícil lograr remisiones. Las personas con VIH pueden durar más de un año sin pruebas de laboratorio, tratamiento, u otro tipo de seguimiento. Los grupos extramurales de prestación de servicios se desplazan muy esporádicamente a las comunidades rurales, su cobertura es limitada y generalmente no tienen los insumos necesarios para tamizar a las gestantes.

En el departamento de Putumayo, la Secretaría de Salud Departamental (SSD) cuenta con un único profesional universitario como responsable de los programas de salud sexual y reproductiva, tuberculosis, lepra, salud oral, riesgos profesionales, enfermedades crónicas no transmisibles y nutrición. Esta SSD a septiembre de 2011 no había tenido kits para la aplicación de profilaxis intraparto; además, desconoce si la red de prestadores de servicios del departamento cuenta con kits profilácticos para la atención de partos de gestantes con VIH.

En el caso del departamento del Vaupés, la ESE Hospital San Antonio de Mitú, único prestador, acredita en su red solo a los tres centros asistenciales de las cabeceras municipales, aun cuando hay 52 puestos de salud —que no hacen parte de la red ofertada por la ESE para servicios asistenciales— que están actualmente a cargo de auxiliares de salud pública indígenas contratados algunos meses al año para realizar actividades de promoción y prevención. En general, el departamento no cuenta con insumos para realizar el tamizaje de VIH en el área rural ni tiene capacidad adecuada para realizar asesoría para prueba voluntaria de VIH (APV). A octubre de 2011, la ESE carecía de kits profilácticos para la atención de partos de mujeres con VIH.

En el departamento de Caquetá ha sido difícil aumentar la cobertura del aseguramiento (actualmente de 82%) dadas las difíciles condiciones de acceso a áreas de conflicto armado. Según el secretario de salud, hay un subregistro

importante de casos de VIH y múltiples barreras administrativas por parte de la EPS, lo que limita el acceso a los servicios.

En la región del Eje Cafetero, Risaralda fue el único departamento de la región con un desempeño inferior al promedio nacional. En general, se encontró que en este departamento no se está siguiendo la guía de atención para las personas con VIH. Las IPS que las atienden se encuentran en la capital, lo que limita el acceso de personas que viven en los municipios más retirados.

Muchos de los casos de VIH del departamento de Caldas no están siendo notificados al Sivigila. Tampoco están fluyendo los datos de seguimiento de los pacientes de IPS y EPS a las DTS y al MSPS.

En Quindío se observan cambios frecuentes de IPS de atención a las mujeres con VIH y a las niñas y niños expuestos al virus, lo que va en contra del principio de la libre elección de las y los usuarios dentro del SGSSS dado que las personas que reciben los servicios no son consultadas antes de que tales cambios se realicen. La EPS a la cual se encuentran afiliadas las madres con VIH difiere de las de sus hijos expuestos en el 15% de los casos, lo cual duplica los trámites que deben hacer las madres para recibir atención y genera dificultades de acceso a los servicios. En este departamento también se presentó una deficiente notificación de los casos de VIH al Sivigila.

El Pacífico fue la región con más diagnósticos posparto (17%). El 56% de los binomios madre hijo recibió las cinco intervenciones clave de la estrategia y en el 13% ni la madre, ni la hija o el hijo recibieron las intervenciones clave completas. Nariño tuvo el mejor desempeño de la región, mientras que Chocó tuvo el más deficiente. Desde el inicio de la implementación del presente proyecto, Nariño demostró tener interés en el mejoramiento y cumplimiento de las acciones relacionadas con la estrategia. Entre otros aspectos, han sido determinantes para el buen desempeño de este departamento el compromiso de las direcciones de salud departamental de Nariño y municipal de Pasto para implementar la estrategia. Estas DTS cuentan con personal suficiente y cualificado para el desarrollo de las acciones de la estrategia y además dan continuidad a la contratación del talento humano.

En el departamento de Chocó la realización de la prueba confirmatoria para VIH es superior a dos meses dado que estas tienen que ser remitidas a Bogotá para su procesamiento, lo que afecta la oportunidad de los servicios. En las historias clínicas no se encontró evidencia de que se realice APV, ni consentimiento informado para la realización de las pruebas presuntivas para VIH. El laboratorio de salud pública del departamento cuenta con la tecnología necesaria para confirmar los diagnósticos, realizar cargas virales y conteos de CD4 pero los equipos llevaban años almacenados sin ser utilizados. En este departamento únicamente 28% de casos recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia. Entre otros aspectos, el desabastecimiento de insumos para la atención de personas con VIH dificulta el cumplimiento de las acciones de prevención, atención a ITS y de las actividades de control prenatal.

En la región Caribe, el departamento del Atlántico y el distrito de Barranquilla son unas de las entidades territoriales con más pacientes de VIH diagnosticadas en el posparto. En estas entidades, 51% de los casos elegibles recibió las cinco intervenciones clave de la estrategia y 20% no recibió ninguna intervención, lo que ocasionó que Atlántico y Barranquilla presentaran uno de los desempeños más bajos. Entre tres a cinco meses del año no hay personal que se encargue de la estrategia, lo que deriva en problemas de seguimiento a pacientes, desconocimiento de los casos y de los procedimientos de la estrategia. En general, el compromiso y participación de las DTS de Atlántico y Barranquilla en el proceso de búsqueda activa ha sido deficiente, especialmente en esta última, que presenta muchos casos sin seguimiento. No hay procesos sistemáticos de asistencia técnica e inspección, vigilancia y control (IVC) a las EPS e IPS por parte de las direcciones territoriales.

La falta de continuidad en la contratación del personal en el departamento de Córdoba ha generado fallas importantes en el desempeño de los programas. Se verificaron problemas en el atraso del pago de salarios en las ESE de muchos municipios, lo que estaba ocasionando problemas en la prestación de servicios en varios lugares —por ejemplo, la ESE de Chimá no pagaba salarios a sus funcionarios desde hacía treinta meses y en el municipio de San José renunciaron todos los médicos por la misma razón—. En Córdoba, 64% de casos elegibles recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia y el 15% no recibió ninguna intervención. En este departamento, 17% de las madres y sus hijas e hijos expuestos al VIH tiene diferente afiliación al SGSSS y una cada cinco mujeres registradas en la estrategia no están afiliadas a ninguna EPS (20%).

Por su parte, en Bolívar y Cartagena se detectaron problemas importantes de flujo de información hacia el nivel nacional. En estas dos entidades no existe un proceso de validación de la información recibida de las UPGD, lo que ocasiona que migren datos incorrectos. **En Bolívar, 49% de casos elegibles recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia y en Cartagena el 50% —siendo estos unos de los promedios más bajos—, mientras que 9% no recibieron ningún procedimiento.**

En La Guajira, 74% de casos elegibles recibió las cinco intervenciones clave de la estrategia y 13% no recibió ninguna. En general, las instituciones en este departamento no responden a los requerimientos de información. El mayor número de casos de niñas y niños expuestos al VIH sin seguimiento, y de abandonos con seguimiento se encuentran en el municipio fronterizo de Maicao. Los pacientes de Maicao no reciben la atención en ese municipio sino en Riohacha o en otros departamentos vecinos.

En Magdalena, desde 2010, la mayor parte de los programas de salud pública han estado sin referente seis meses al año, lo que ha afectado la continuidad y en general el desempeño de muchos de los programas. Se evidenció una falta de trabajo colaborativo entre las DTS distrital y departamental, incluso al interior de la propia SSD, pues no se comparte información entre estas instancias, ni se coordinan acciones con el programa de VIH. De los casos elegibles, 78% de los binomios madre hijo recibieron las cinco intervenciones claves de la estrategia en el distrito Santa Marta y 76% en los municipios restantes del departamento de Magdalena. 15% no recibieron ninguna intervención.

En la región de los Santanderes, el 78% de los binomios madre hijo recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia, constituyéndose en la región con mejor desempeño con respecto a este indicador. No obstante, en el departamento de Santander los datos fluyen en forma deficiente de las UPGD al Sivigila y entre los actores del sistema. De igual manera, se observan estas falencias en el flujo de los datos de seguimiento de los

binomios de IPS y EPS a las direcciones territoriales de salud y al MSPS. La SSD identifica mayores falencias en la prestación de servicios de las EPS subsidiadas y las IPS públicas que en sus contrapartes del régimen contributivo y privadas respectivamente. En Santander, 80% de casos elegibles recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia.

Asimismo, en Norte de Santander se encontraron múltiples casos de madres registradas en la base de datos del departamento que no han sido notificadas ni al Sivigila ni a la estrategia. Se evidenció que si bien en este departamento se capta a más de la mitad de las gestantes en el primer trimestre, se realiza tardíamente el diagnóstico de VIH. El 76% de los casos recibieron las cinco intervenciones normadas en el protocolo de la estrategia y 3% no recibieron ninguna de las intervenciones.

El Valle del Cauca es el departamento con mayor número absoluto de casos de niñas y niños expuestos al VIH que carecen de información de seguimiento. Igualmente, es el departamento con mayor proporción de mujeres no afiliadas (26%), quienes tienen una gran proporción de abandonos con seguimiento (22%) y de casos que persistieron sin clasificación (38%). Buenaventura fue el municipio con mayor proporción de abandonos con seguimiento (10/29) y de casos sin clasificación (10/29) en el departamento. El 61% de los binomios madre hijo del Valle del Cauca recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia y 13% no recibieron ningún paquete de intervenciones completo.

En el departamento de Antioquia, el 73% de los binomios madre hijo recibieron las cinco intervenciones clave de la estrategia y el 6% no recibió ninguna. Las IPS de atención integral de VIH que atienden a las madres con frecuencia carecían de contratos para realizar el seguimiento de las niñas y niños expuestos al virus, por lo que este proceso era deficiente en muchas instancias. La falta de procedimientos claros o "paquetes de seguimiento" genera dificultades económicas y logísticas importantes para las madres que tienen que recurrir a múltiples instituciones y en diferentes momentos para el seguimiento propio y el de sus hijas e hijos. En este departamento se presenta una alta movilidad de las y los pacientes generada principalmente por la situación de conflicto armado. Algunas EAPB no apoyan el subsidio de transporte y traslado a las pacientes y sus hijas e hijos que viven en lugares distantes a los sitios donde pueden recibir atención integral para el VIH, argumentando que no tienen unidad per cápita (UPC) diferencial, lo que va en contra de la Resolución 412 del 2000 y de la Sentencia T-760, entre otras.

Otros hallazgos que fueron comunes a todas las regiones, frecuentemente detectados en todos o en gran parte de los departamentos, se resumen en el panel 1.

PANEL 1. Hallazgos más frecuentes y comunes a todas las regiones con respecto a la implementación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH

- Se observaron dificultades en la atención integral al binomio madre hijo y a su núcleo familiar. Solo dos tercios de los binomios madre hijo recibieron las intervenciones completas recomendadas por la estrategia. Se presenta baja capacidad resolutiva para brindar tratamiento integral del VIH principalmente en el primer nivel de atención, entre otras razones por el desconocimiento de los protocolos de atención por parte del personal. También es evidente la falta de acceso a servicios de atención integral para VIH fuera de las capitales departamentales o incluso fuera de la región para el caso de la Amazonía y de algunos departamentos como Chocó.
- Las personas no afiliadas, que generalmente son las más vulnerables, son quienes reciben menos intervenciones; la mitad de los binomios madre hijo que no está afiliada se está quedando sin recibir las intervenciones completas.
- Las intervenciones recibidas y el régimen de afiliación están asociados con la transmisión materno infantil del VIH. En el modelo de regresión logística con estas dos variables, ajustado por región, los binomios que no reciben las cinco intervenciones clave presentan cincuenta veces más posibilidades de tener transmisión materno infantil de VIH que quienes no las reciben.
- Cerca de la mitad de las gestantes no tenían registradas cargas virales ni recuentos de linfocitos CD4, lo que afecta la capacidad de los equipos tratantes de hacer un diagnóstico adecuado de la situación inmunológica de las madres al inicio del tratamiento, y dificulta especialmente la evaluación de la respuesta al tratamiento y el manejo de la madre después de la gestación.
- Formación insuficiente en los profesionales de salud para brindar APV. Las historias clínicas de los casos revisados evidencian falta de orientación en estos dos momentos. Así mismo, al entrar en contacto con las pacientes, estas manifiestan que no recibieron aclaraciones a sus inquietudes y explícitamente muchas expresaron no haber recibido ningún tipo de asesoría.
- El personal de salud y las diferentes redes de apoyo consideran que un factor crítico que influye en la baja adherencia de las pacientes a la estrategia es la falta de confidencialidad para el manejo de los resultados de las pruebas diagnósticas. Esta circunstancia genera desconfianza de las pacientes hacia el personal de salud y el sistema, situación que parece ser más evidente en pacientes de origen afrodescendiente y población indígena.
- En todas las entidades territoriales se encuentra que la rotación permanente del talento humano genera discontinuidad en el seguimiento a las pacientes, ya que es notorio que generalmente las instituciones no cuentan con procesos y/o protocolos de inducción o entrenamiento específico que garanticen el conocimiento y experticia de los temas relacionados con la estrategia por parte del personal nuevo.

PANEL 1. Hallazgos más frecuentes y comunes a todas las regiones con respecto a la implementación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH

- Reporte inadecuado de los casos de la estrategia al Sivigila. Es frecuente el subregistro de casos en el sistema, en las visitas a IPS y EPS se encontraron 120 casos de gestantes con VIH que no habían sido notificadas al sistema.
- Fraccionamiento en los servicios de salud. En la mayoría de los departamentos las IPS y DTS pusieron de manifiesto la imposibilidad de garantizar atención y seguimiento integral de las mujeres con VIH y sus hijas e hijos expuestos por la fragmentación en la contratación de los servicios por parte de las EPS y las entidades territoriales.
- La estrategia de eliminación de la TMI del VIH trabaja de manera aislada frente a la mayoría de programas. Al interior de las DTS hay problemas de articulación entre áreas de trabajo que deben coordinar acciones para que el control prenatal y la estrategia funcionen adecuadamente. Salud pública, SSR, AIEPI, gestión del conocimiento, calidad, inspección, vigilancia y control, prestación de servicios y aseguramiento no trabajan integralmente para potenciar el impacto de sus acciones.
- Desconocimiento del marco normativo por parte de las instituciones que atienden a las personas con VIH. Un porcentaje significativo de los profesionales que atienden a esta población y que fueron abordados durante la asistencia técnica desconocía las diferentes regulaciones en las que está enmarcada la prestación de servicios a esta población. En general, el personal refería que no había sido actualizado en el tema, bien sea porque eran nuevos en sus cargos o porque no había retroalimentación de las capacitaciones recibidas por parte de los directivos de las instituciones.
- Problemas recurrentes para el diligenciamiento de diferentes variables de la base de datos de la estrategia como: falta de datos de contacto y ubicación de los pacientes (teléfono y direcciones desactualizados), información errada, falta de información de la institución que reporta el caso, entre otras.
- De manera general las direcciones territoriales refieren tener debilidades en el área de IVC, específicamente con la toma de decisiones para corregir deficiencias en la prestación de servicios.
- Inconformidad de la mayoría de las entidades territoriales por la falta de apoyo recibido de la Superintendencia Nacional de Salud ante los requerimientos efectuados a las EPS, pues rara vez obtienen soluciones a la problemática que pretenden resolver cuando acuden a esa instancia.

Durante el proceso se recogieron recomendaciones generales que sirven como alternativas de solución para algunos de los hallazgos descritos anteriormente. En el Panel 2 se presentan dichas recomendaciones por tipo de actor del SGSSS.

PANEL 2. Recomendaciones generales para mejorar el desempeño de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH por tipo de actor del SGSSS

Direcciones territoriales de salud

- Asignar profesional con el perfil idóneo para asumir las responsabilidades propias del manejo de la estrategia en las Secretarías de Salud.
- Organizar regularmente reuniones de socialización y actualización de la estrategia y de análisis del progreso en los indicadores de salud materno infantil territoriales en unión con las ESE, EPS e IPS privadas.
- Capacitar a las EPS, IPS, redes de apoyo y organizaciones de la sociedad civil del departamento sobre el marco normativo y guías de manejo de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH.
- Generar espacios de trabajo con aseguradoras e IPS frente al manejo de la estrategia, la importancia de la base única y del envío de la información al correo del Ministerio de Salud y Protección Social, de manera que se asegure el seguimiento de los casos reportados al Sivigila.
- Realizar procesos de inspección, vigilancia y control con la EPS y su red de IPS con el fin de garantizar que cuentan con talento humano suficiente y capacitado, infraestructura, e insumos para la atención integral y oportuna de gestantes con VIH y sus hijas e hijos expuestos.
- Establecer un comité departamental de la estrategia para coordinar la elaboración y ejecución de la ruta de atención de las gestantes con VIH y de niñas y niños expuestos al virus.
- Garantizar que el laboratorio de salud pública cuente con insumos suficientes para realizar las pruebas rápidas, ELISA, Western Blot y cargas virales para la población no afiliada, y realice periódicamente el control de calidad a su red de laboratorios.
- Garantizar la custodia de la base de datos de la estrategia de manera que no haya pérdida de esa información.

Entidades administradoras de planes de beneficios

- Establecer una ruta de seguimiento y control a las pacientes de la estrategia, al igual que de flujo de información del estado de la usuaria.
- Mejorar la oportunidad para la toma de pruebas presuntivas y diagnósticas de VIH con el fin de disminuir las barreras administrativas para la autorización de laboratorios de tamizaje y diagnóstico para VIH.
- Mantener la información de los casos, con su respectivo seguimiento, consolidada y actualizada.

PANEL 2. Recomendaciones generales para mejorar el desempeño de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH por tipo de actor del SGSSS

- Garantizar que la red de prestadores cuenta con los insumos e infraestructura necesaria para la atención para la gestante con VIH y sus hijas e hijos expuestos.
- Evitar la fragmentación de la atención de la mujer y la niña o niño expuesto al VIH.
- Evaluar la red de prestación de servicios correspondiente para garantizar la atención de la población que reside en zonas de difícil acceso.
- Socialización de los protocolos de la estrategia de eliminación materno infantil de VIH y sífilis a su red de IPS.
- Monitoreo y evaluación de la red de IPS correspondiente en relación con el manejo de gestantes con VIH y niñas y niños expuestos, de manera que mejore la adherencia a los protocolos de diagnóstico nacionales.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

- Capacitar al personal en contacto con gestantes, niñas y niños en todo lo relacionado con la estrategia de eliminación de la TMI del VIH y sífilis.
- Contar con un profesional calificado para el control y seguimiento de las gestantes con VIH y sus hijos e hijas expuestos.
- Evaluar la continuidad de contratos del personal de salud capacitado en la estrategia de eliminación de la TMI del VIH y de la sífilis congénita.
- Mejorar la articulación entre los servicios de una misma institución.
- Reportar mensualmente los casos de gestantes con VIH a las DTS, EPS y al MSPS en el formato de seguimiento de la estrategia, y al Sivigila en el software actualizado
- Asegurar que el equipo de salud sigue los algoritmos diagnósticos establecidos en la estrategia.

DISCUSIÓN

Evitar la transmisión del VIH de la madre al feto es posible. La evidencia científica disponible señala tres actividades para la gestante —TAR anteparto, cesárea y TAR intraparto— y dos actividades para la hija o hijo expuesto —profilaxis con antirretrovirales y formula láctea exclusiva durante los primeros 6 meses—. En total cinco acciones para reducir la transmisión materno infantil, todas incluidas en el POS y claramente explicadas en los protocolos de la estrategia, las cuales no siempre se están llevando a cabo. La estrategia de eliminación materno infantil del VIH debe enfatizar no solo en las medidas disponibles para evitar la infección perinatal sino en ofrecer atención integral a las mujeres para preservar y mejorar su salud [3, 5-6, 8-10]. Para que la estrategia sea exitosa debe implementarse dentro de un sistema de salud fuerte [3, 5-6, 10-14] y se deben estudiar y corregir las barreras de acceso a la misma [14-25]. Estas intervenciones contribuyen a garantizar los derechos a la salud y a la vida de esta población [5, 26].

Los resultados aquí presentados evidencian que en los doscientos seis municipios, cinco corregimientos, tres distritos y veinte departamentos, en promedio, solo dos de cada tres binomios madre hijo recibieron las cinco intervenciones recomendadas por la estrategia, oscilando entre uno de cada dos binomios en la región de Amazonía, a casi cuatro de cinco binomios en los Santanderes.

Los hallazgos evidenciaron la limitada capacidad resolutiva para brindar atención integral del VIH principalmente en los primeros niveles de atención debido a que los programas están concentrados en las grandes ciudades. Llevar servicios de atención integral al VIH fuera de las capitales, desde la entrega de medicamentos hasta el manejo de todos los aspectos clínicos y sociales requeridos por una persona con VIH, ciertamente facilitaría el acceso a los mismos con oportunidad y continuidad [11, 27-46].

Asociado a lo anterior, se siguen concentrando los procesos de capacitación a los profesionales de la salud en las ciudades capitales, lo que aumenta las brechas para que en los primeros niveles de atención no se cuente con talento humano idóneo para atender a las personas con VIH. Por otro lado, la escasa formación en los profesionales de salud para brindar APV y diagnóstico hace que se sigan presentando complicaciones derivadas de diagnósticos tardíos, lo que trae como consecuencia una mayor probabilidad de nuevos casos pediátricos. Asimismo, el desconocimiento de los profesionales de salud del amplio marco normativo que tiene Colombia en materia de VIH, aumenta los problemas de acceso y atención de calidad en el manejo de estos pacientes.

Lo anterior conlleva a plantear la necesidad de institucionalizar procesos de inducción en todas las instituciones de salud en los que se traten temas relevantes de salud pública, incluyendo los que conciernen a la estrategia [47], además de promover acciones de abogacía con la academia para incorporar los protocolos de la estrategia en los currículos de formación inicial de los profesionales y técnicos del área de la salud [11, 40, 48-57]. Asimismo, se hace necesario que las IPS cuenten con planes de educación continua que garanticen la inclusión de los protocolos de la estrategia, además de temas sobre comunicación efectiva con el paciente y humanización de la atención, entre otros.

Durante los cruces de las bases de datos del nivel nacional y de las entidades territoriales se verificaron inconsistencias que denotan problemas en el flujo de la información en varios niveles. Es necesario desarrollar estrategias que deriven en el mejoramiento del registro y flujo de la información entre actores del sistema, incluyendo evaluaciones periódicas de indicadores clave a nivel de las DTS. La evidencia sugiere que el monitoreo y la evaluación son necesarias para planear

e implementar acciones para mejorar el desempeño de las acciones para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH; igualmente, la información basada en la evidencia ofrece herramientas para mejorar las intervenciones y hacer seguimiento a las mismas [3, 6, 11, 38, 40-45, 51, 58-61]. Idealmente, estos procesos sistemáticos de monitoreo y evaluación deben analizar conjuntamente todas las intervenciones sobre los mismos grupos de población y no de manera aislada.

La estrategia a nivel nacional ha hecho esfuerzos importantes para sistematizar y mantener información actualizada; sin embargo, este proceso ha demostrado ser bastante dispendioso. La construcción de un sistema de información único con un mecanismo de captura de datos en línea (por lo menos para los sitios en los que es factible tener servicios funcionales de internet) facilitaría el seguimiento oportuno de los casos y la calidad de la información [11, 40-45].

Al igual que otros estudios, los resultados de la búsqueda activa aquí presentados pusieron en evidencia la alta movilidad de las mujeres con VIH, situación que dificulta la búsqueda de casos sin seguimiento [62]; por tanto, es importante que las IPS responsables de la atención de esta población actualicen la información de contacto de las y los pacientes en cada consulta. Es necesario reforzar el trabajo con las EAPB para que estas apoyen activamente la búsqueda de sus afiliadas y afiliados, y aporten la información faltante para cerrar los casos de niñas y niños expuestos al VIH que aún no tienen su situación clínica definida.

Por otro lado, se considera necesario que se estudien los casos en los que se evidenció negligencia por parte de las instituciones en el cumplimiento de sus funciones, y que las DTS y el MSPS hagan las notificaciones pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud para que se impartan las sanciones a las que haya lugar.

Cabe anotar que la evidencia resalta la importancia de integrar los procesos de asistencia técnica, supervisión e IVC de diferentes componentes de la atención prenatal y programas de salud pública relacionados [40, 63]. Asimismo, señala la necesidad de mejorar los procesos de control de calidad y auditoría en EAPB e IPS —incluyendo laboratorios— con el fin de integrar sistemáticamente la evaluación de la estrategia.

Con relación a la participación comunitaria en los procesos de la estrategia, tanto los hallazgos como la evidencia sugieren el fortalecimiento de las veedurías [64], la promoción de estrategias de movilización social [26, 63, 65-81] y la sensibilización para disminuir el estigma y discriminación hacia las personas con VIH [49, 82-90].

CONCLUSIONES

La eliminación de la transmisión materno infantil del VIH hace parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de diversos compromisos adquiridos por Colombia en diferentes instancias que se deben alcanzar en el año 2015. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, para 2010 el porcentaje de transmisión nacional fue de 5,3%. Las cifras de mortalidad de las niñas y niños expuestos al VIH encontradas en el desarrollo de este proyecto y el desconocimiento de la situación de estos niños frente al VIH deben constituir una alerta para todos los actores del sistema, puesto que se puede estar hablando de nuevos casos de VIH pediátricos que nunca accedieron a un diagnóstico oportuno y, por tanto, a un tratamiento antirretroviral.

Una gran fortaleza de la estrategia es que existe un protocolo de implementación claro el cual, de aplicarse oportunamente como se ha documentado en la bibliografía y confirmado en este proyecto, puede prevenir la gran mayoría de infecciones de VIH perinatales.

Se evidenciaron dificultades en la implementación de la estrategia en diferentes niveles y con todos los actores. Igualmente, se encontraron importantes variaciones territoriales en la implementación y desempeño de la estrategia, y se revelaron problemas con el sistema de información y con la capacidad que tienen muchos de los actores clave del sistema para realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia.

A pesar de los problemas encontrados, se evidenció un compromiso importante por parte de muchos de los actores clave en la implementación de la estrategia. Es posible localizar la información de seguimiento de muchas de estas madres, niñas y niños expuestos y se puede definir su situación con respecto al VIH, por lo que si se cumpliera con los protocolos y flujos de información establecidos de manera oportuna se reducirían sustancialmente las pérdidas de seguimiento. Para ello se requiere el compromiso institucional, la organización sistemática de procesos y el seguimiento oportuno y permanente a la correcta implementación de los mismos.

Durante el proceso de búsqueda activa se observó cómo la asesoría técnica, el explicar y volver a revisar el protocolo de la estrategia, y el acompañamiento hombro a hombro en los procesos de búsqueda generaron en todas las entidades territoriales, con mayor o menor grado, un aumento del porcentaje de casos cerrados, demostrando que sí se puede hacer este trabajo.

Esta evaluación es uno de los análisis más robustos sobre el desempeño de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH en Colombia. Los hallazgos sirven para guiar las acciones de salud pública para garantizar la prestación de servicios de salud integrales y el derecho a la salud de esta población.

La mayoría de las madres contactadas son altamente vulnerables y su problemática desborda el sector salud. Es importante discutir, investigar y generar estrategias que permitan articular acciones con otros sectores para contribuir con el fortalecimiento de las redes sociales de estas familias y mitigar las condiciones estructurales, que en gran medida son responsables de la epidemiología de la infección por VIH.

REFERENCIAS

1. Brocklehurst P. Interventions for Reducing the Risk of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection. Cochrane Database Syst Rev; 2002 (1):CD000102.
2. Volmink J., et al. Antiretrovirals for Reducing the Risk Of Mother-TO-Child Transmission of Hiv Infection. Cochrane Database Syst Rev; 2007 (1):CD003510.
3. WHO. PMTCT Strategic Vision 2010-2015: Preventing Mother-to-child Transmission of HIV to Reach the UNGASS and Millennium Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. Caicedo S., et al. Manual de procedimientos: estrategia para la reducción de la transmisión perinatal de VIH y de la sífilis congénita. Ministerio de la Protección Social: Bogota; 2009.
5. WHO, UNAIDS, and UNICEF. Towards Universal Access: Scaling up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector: Progress Report 2009. Geneva: WHO, UNAIDS, and UNICEF; 2009.
6. WHO. Rapid Advice: Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Base de datos del Sistema de Información de la Estrategia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012.
8. Ooms G. Shifting Paradigms: How the Fight for "Universal Access to AIDS Treatment and Prevention" Supports Achieving "Comprehensive Primary Health Care for All". Global Health; 2008 4:11.
9. Morris K. UN Report Urges Action Towards Universal HIV Treatment Access. Lancet Infect Dis, 2008 8(7):411.
10. IATT on Prevention of HIV Transmission in Pregnant Women, Mothers and their Children. Guidance on Global Scale-Up of the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Towards Universal Access for Women, Infants and Young Children and Eliminating HIV and AIDS Among Children. Geneva: WHO; 2007.
11. Torpey K., et al. Increasing the Uptake of Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Services in a Resource-Limited Setting. BMC Health Serv Res; 2010 10:29.
12. Tchendjou P., et al. Effectiveness of Multidrug Antiretroviral Regimens to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Routine Public Health Services in Cameroon. PLoS One; 2010 5(4):e10411.
13. Stinson K., et al. Initiation of Highly Active Antiretroviral Therapy Among Pregnant Women in Cape Town, South Africa. Trop Med Int Health; 2010 15(7):825-32.
14. Farmer P., et al. Community-Based Approaches to HIV Treatment In Resource-Poor Settings. Lancet; 2001 358(9279):404-9.
15. Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural Barriers and Facilitators in HIV Prevention: a Review of International Research. AIDS; 2000 14(1):S22-32.

16. Mbonye AK., et al. Barriers to Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Services in Uganda. J Biosoc Sci; 2010 42(2):271-83.

17. Nguyen TA, et al. Barriers to Access Prevention of Mother-to-Child Transmission for HIV Positive Women in a Well-Resourced Setting in Vietnam. AIDS Res Ther; 2008 5:7.

18. Peltzer K, et al. Barriers to Prevention of HIV Transmission From Mother to Child (PMTCT) in a Resource Poor Setting in the Eastern Cape, South Africa. Afr J Reprod Health; 2007 11(1):57-66.

19. Kebaabetswe, PM. Barriers to Participation in the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Program in Gaborone, Botswana a Qualitative Approach. AIDS Care; 2007 19(3):355-60.

20. Bajunirwe F, Muzoora M. Barriers to the Implementation of Programs for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: a Cross-Sectional Survey in Rural and Urban Uganda. AIDS Res Ther; 2005 2:10.

21. Medley A. et al. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Bull World Health Organ; 2004 82(4):299-307.

22. Jones SA, Sherman GG, and Varga CA. Exploring socio-Economic Conditions and Poor Follow-up Rates of HIV-Exposed Infants in Johannesburg, South Africa. AIDS Care; 2005 17(4):466-70.

23. Painter TM, et al. Sociodemographic Factors Associated With Participation by HIV-1-Positive Pregnant Women in an Intervention to Prevent Mother-To-Child Transmission of HIV in Cote d'Ivoire. Int J STD AIDS; 2005 16(3)237-42.

24. Blankenship KM, Bray SJ, and Merson MH. Structural Interventions in Public Health. AIDS; 2000 14 1:S11-21.

25. Castro A. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. En Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe. Washington: ONUSIDA, OPS, and UNICEF; 2009.

26. Gruskin S, Tarantola, D. Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care: Assessing The Inclusion of Human Rights in International and National Strategic Plans. AIDS; 2008 22(2):S123-32.

27. De Cock K. Grubb I. Towards Universal Access: WHO's Role in HIV Prevention, Treatment and Care. Bull World Health Organ; 2006 84(7):506.

28. De Cock KM, et al. Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating Research Into Policy and Practice. JAMA; 2000 283(9):1175-82.

29. Cooke GS, et al. Need for Timely Paediatric HIV Treatment Within Primary Health Care in Rural South Africa. PLoS One; 2009 4(9):e7101.

30. Fonck K, et al. Syphilis Control During Pregnancy: Effectiveness and Sustainability of a Decentralized Program. Am J Public Health; 2001 91(5):705-7.

31. Jenniskens F, et al. Syphilis Control in Pregnancy: Decentralization of Screening Facilities to Primary Care Level, a Demonstration Project in Nairobi, Kenya. Int J Gynaecol Obstet; 1995 48 Suppl:S121-8.

32. Luo C, et al. Global Progress in PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment in low-and Middle-Income Countries in 2004-2005. Reprod Health Matters; 2007 15(30):179-89.

33. Munkhuu B, et al. Antenatal Care Providers' Practices and Opinions on the services of Antenatal Syphilis Screening in Ulaanbaatar, Mongolia. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2006 37(5):975-82.

34. Peeling, R.W. and H. Ye, Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull World Health Organ, 2004. 82(6): p. 439-46.

35. Saloojee H, et al. The Prevention and Management of Congenital Syphilis: an Overview and Recommendations. Bull World Health Organ 2004 82(6):424-30.

36. Walker GJ, and Walker DG. Congenital Syphilis: a Continuing But Neglected Problem. Semin Fetal Neonatal Med, 2007 12(3):198-206.

37. Brentlinger PE, et al. Intermittent Preventive Treatment of malaria During Pregnancy in Central Mozambique. Bull World Health Organ 2007 85(11):873-9.

38. Gloyd S, et al. Scaling up Antenatal Syphilis Screening in Mozambique: Transforming Policy to Action. Sex Transm Dis; 2007 34(7):S31-6.

39. Montoya PJ, et al. Comparison of the Diagnostic Accuracy of a Rapid Immunochromatographic test and the Rapid Plasma Reagin Test for Antenatal Syphilis Screening in Mozambique. Bull World Health Organ; 2006 84(2)97-104.

40. Pfeiffer J, et al. Integration of HIV/AIDS Services into African Primary Health Care: Lessons Learned for Health System Strengthening in Mozambique - A Case Study. J Int AIDS Soc; 2010 13:3.

41. Doherty T, et al. Improving the Coverage of the PMTCT Programme Through a Participatory Quality Improvement Intervention in South Africa. BMC Public Health; 2009 9:406.

42. Mate KS, et al. Challenges for Routine Health System Data Management in a Large Public Programme to Prevent Mother-to-Child HIV Transmission in South Africa. PLoS One; 2009 4(5):e5483.

43. Souteyrand YP, et al. Free Care at the Point OF Service Delivery: a Key Component For Reaching Universal Access to HIV/AIDS Treatment in Developing Countries. AIDS; 2008 22(1): S161-8.

44. WHO. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and their Measurement Strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.

45. WHO. Monitoring and Evaluation of Health Systems Strengthening. An Operational Framework. Geneva: World Health Organization; 2010.

46. Mahy M, et al. What it Take to Achieve Virtual Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV? An Assessment of Current Progress and Future Needs. Sex Transm Infect; 2010 86(2):ii48-55.

47. D'Ippolito M, et al. Missed Opportunities for Prevention of Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Latin America and the Caribbean: the NISDI perinatal study. Pediatr Infect Dis J; 2007 26(7):649-53.

48. Hassan AS, et al. Dynamics and Constraints of Early Infant Diagnosis of HIV Infection in Rural Kenya. AIDS Behav; 2011 16(1):5-12.

49. Castelli F, et al. Antiretroviral (ARV) Therapy in Resource Poor Countries: What do we Need in Real Life? Open AIDS J; 2010 4:28-32.

50. Sherr K, et al. The Role of Nonphysician Clinicians in the rapid expansion of HIV care in Mozambique. J Acquir Immune Defic Syndr, 2009. 52(1):S20-3.

51. Rispel LC, et al. Assessing Missed Opportunities for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in an Eastern Cape Local Service Area. S Afr Med J; 2009 99(3):174-9.

52. Msellati P. Improving Mothers' Access to PMTCT Programs in West Africa: a Public Health Perspective. Soc Sci Med; 2009 69(6):807-12.

53. Labhardt ND, et al. Early Assessment of the Implementation of a National Programme for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Cameroon and the Effects of Staff Training: a Survey in 70 Rural Health Care Facilities. Trop Med Int Health; 2009 14(3):288-93.

54. Gamazina K, et al. Improving Quality of Prevention of Mother-To-Child HIV Transmission Services in Ukraine: a Focus on Provider Communication Skills and Linkages to Community-Based Non-Governmental Organizations. Cent Eur J Public Health; 2009 17(1):20-4.

55. Dohrn J, Nzama B, and Murrman M. The Impact of HIV Scale-Up on the Role of Nurses in South Africa: Time for a New Approach. J Acquir Immune Defic Syndr; 2009 52(1):S27-9.

56. Nuwagaba-Biribonwoha H, et al. Challenges Faced by Health Workers in Implementing the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission (PMTCT) Programme in Uganda. J Public Health (Oxf); 2007 29(3):269-74.

57. Leshabari SC, et al. HIV and Infant Feeding Counselling: Challenges Faced by Nurse-Counsellors in Northern Tanzania. Hum Resour Health; 2007 5:18.

58. Chabikuli NO, et al. The Use of Routine Monitoring and Evaluation Systems to Assess a Referral Model of Family Planning and HIV Service Integration in Nigeria. AIDS; 2009 23(1):S97-S103.

59. Micek MA, et al. Loss to Follow-Up of Adults in Public HIV Care Systems in Central Mozambique: Identifying Obstacles to Treatment. J Acquir Immune Defic Syndr; 2009 52(3):397-405.

60. Barker PM, Venter F. Setting District-Based Annual Targets for HAART and PMTCT - A First Step In Planning Effective Intervention for the HIV/AIDS Epidemic. S Afr Med J; 2007 97(10):916-7.

61. Kerouedan D. [The Global Fund to Fight HIV/AIDS, TB and Malaria 5-y: Evaluation Policy Issues.]. Bull Soc Pathol Exot; 2010 103(2):119-22.

62. Fraser HS, et al. Information Systems for Patient Follow-Up and Chronic Management of HIV and Tuberculosis: a Life-Saving Technology in Resource-Poor Areas. J Med Internet Res; 2007 9(4):e29.

63. Wilcher R, Cates W. Reproductive Choices for Women with HIV. Bull World Health Organ; 2009 87(11):833-9.

64. Delgado-Gallego ME, Vazquez ML. [Users' and community leaders' perceptions of their capacity to influence the quality of health care: case studies of Colombia and Brazil]. Cad Saude Publica; 2009 25(1):169-78.

65. Abrams EJ, et al. Prevention of Mother-To-Child Transmission Services as a Gateway to Family-Based Human Immunodeficiency Virus Care and Treatment in Resource-Limited Settings: Rationale and International Experiences. Am J Obstet Gynecol; 2007 197(3):S101-6.

66. Auvinen J, Suominen T, Valimaki M. Male Participation and Prevention of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Mother-to-Child Transmission in Africa. Psychol Health Med, 2010 15(3):288-313.

67. Baek C, Rutenberg N. Implementing Programs for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission In Resource-Constrained Settings: Horizons Studies, 1999-2007. Public Health Rep; 2010 125(2):293-304.

68. Bique Osman N, et al. An Intervention Study to Reduce Adverse Pregnancy Outcomes as a Result of Syphilis in Mozambique. Sex Transm Infect; 2000 76(3):203-7.

69. Bolu OO. et al. Approaches for Scaling Up Human Immunodeficiency Virus Testing and Counseling In Prevention Of Mother-to-Child Human Immunodeficiency Virus Transmission Settings in Resource-Limited Countries. Am J Obstet Gynecol; 2007 197(3):S83-9.

70. Katz, D.A., et al., Male Perspectives on Incorporating Men Into Antenatal HIV Counseling and Testing. PLoS One; 2009 4(11):e7602.

71. Kizito D, et al. Uptake of HIV and Syphilis Testing of Pregnant Women and their Male Partners in a Programme for Prevention Of Mother-To-Child Hiv Transmission in Uganda. Trop Med Int Health, 2008. 13(5): p. 680-2.

72. Msuya, S.E., et al., Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania: Implications for Preventive Programs. AIDS Care; 2008 20(6):700-9.

73. Reece M, et al. Assessing Male Spousal Engagement with Prevention of Mother-to-Child Transmission (pMTCT) Programs in Western Kenya. AIDS Care; 2010:1-8.

74. Theuring S, et al. Male Involvement in PMTCT Services in Mbeya Region, Tanzania. AIDS Behav; 2009 13(1):92-102.

75. Parker RG. Civil Society, Political Mobilization, and the Impact of HIV Scale-Up on Health Systems in Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr; 2009 52(1):S49-51.

76. Delgado Gallego ME, et al. Social Participation in Health: User Community Leaders, Managers And Policy Makers in Colombia. A qualitative view. Rev Esp Salud Publica; 2005 79(6):697-707.

77. Cataldo F. New Forms of Citizenship and Socio-Political Inclusion: Accessing Antiretroviral Therapy in a Rio de Janeiro favela. Sociol Health Illn; 2008 30(6):900-12.

78. Maputle MS, Jali, MN. Pregnant Women's Knowledge About Mother-to-Child Transmission (MTCT) of HIV Infection Through Breast Feeding. Curationis; 2008 31(1):45-51.

79. Gogna, M., et al., Adolescent Pregnancy in Argentina: Evidence-Based Recommendations for Public Policies. Reprod Health Matters; 2008 16(31):192-201.

80. Efetie ER, Salami HA. Domestic Violence on Pregnant Women in Abuja, Nigeria. J Obstet Gynaecol; 2007 27(4):379-82.

81. Romero-Gutierrez G, et al. Mexican Women's Reasons for Accepting or Declining HIV Antibody Testing in Pregnancy. Midwifery; 2007 23(1):23-7.

82. Genberg BL, et al. A Comparison of HIV/AIDS-Related Stigma in Four Countries: Negative Attitudes and Perceived Acts of Discrimination Towards People Living with HIV/AIDS. Soc Sci Med; 2009 68(12):2279-87.

83. Thorsen VC, Sundby J, Martinson F. Potential Initiators of HIV-Related Stigmatization: Ethical and Programmatic Challenges for PMTCT Programs. Dev World Bioeth; 2008 8(1):43-50.

84. Otieno PA, et al. Determinants of Failure to Access Care in Mothers Referred to HIV Treatment Programs in Nairobi, Kenya. AIDS Care; 2010:1-8.

85. Oladokun RE, Brown BJ, Osinusi K. Infant-Feeding Pattern of HIV-Positive Women in a Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Programme. AIDS Care; 2010:1-7.

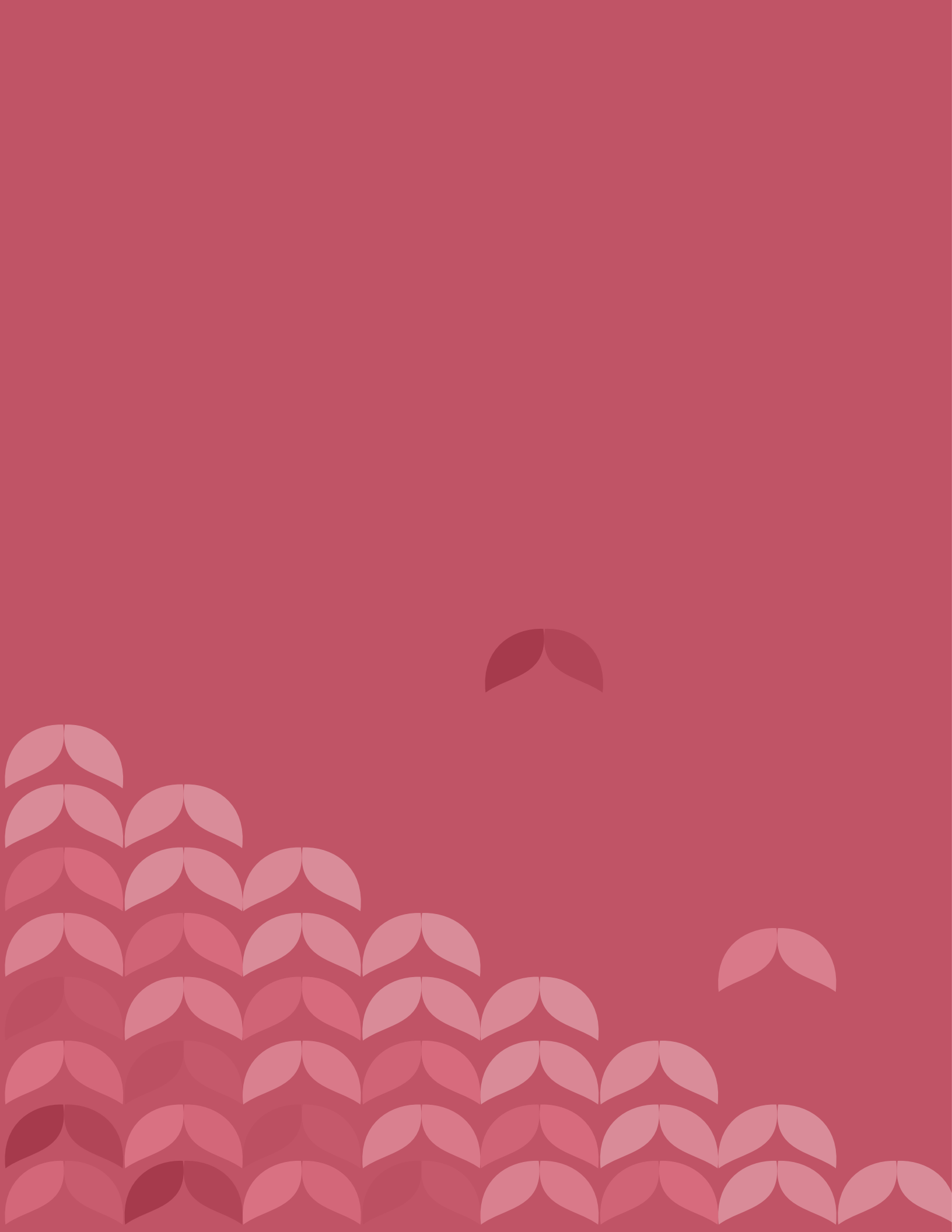
86. Mukhtar-Yola M, et al. HIV Exposed Infants: A Preliminary Report of the Aminu Kano Teaching Hospital Experience. Niger Postgrad Med J; 2009 16(2):143-8.

87. Moses AE, et al., Knowledge, Attitude and Practice of Ante-Natal Attendees Toward Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) of HIV Infection in a Tertiary Health Facility, Northeast-Nigeria. East Afr J Public Health; 2009 6(2):128-35.

88. Desclaux A, Alfieri C. Counseling and Choosing Between Infant-Feeding Options: Overall Limits and Local Interpretations by Health Care Providers and Women Living with HIV in Resource-Poor Countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon). Soc Sci Med; 2009 69(6):821-9.

89. Creek T, et al. Factors Associated with low Early Uptake of a National Program to Prevent Mother to Child Transmission of HIV (PMTCT): Results of a Survey of Mothers and Providers, Botswana 2003. AIDS Behav; 2009 13(2):356-64.

90. Bwirire LD, et al. Reasons for Loss to Follow-Up Among Mothers Registered in a Prevention-of-Mother-to-Child Transmission Program In Rural Malawi. Trans R Soc Trop Med Hyg; 2008 102(12):1195-200.



2.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN COLOMBIA. EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN VEINTE DEPARTAMENTOS Y TRES DISTRITOS, 2009-2011

QUALITY OF ANTENATAL CARE IN COLOMBIA. EVALUATION OF CLINICAL RECORDS IN 20 PROVINCES AND THREE DISTRICTS, 2009-2011

Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado; por lo tanto, es más probable que mueran[*].*

* Centro para la Población y Salud Familiar. Facultad de Salud Pública. Columbia University; 1997.

RESUMEN:

Introducción: Si bien más del 90% de los controles prenatales (CPN) y partos en Colombia son atendidos por profesionales de la salud, las cifras de mortalidad materna y de transmisión materno infantil (TMI) del VIH se mantienen por encima de las metas del país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 y 6. Una atención prenatal oportuna y de calidad puede ser la clave para la reducción de estas muertes e infecciones pediátricas por VIH. **Metodología:** Se llevó a cabo una investigación descriptiva retrospectiva de 2.651 historias clínicas prenatales en 23 entidades territoriales Colombianas para evaluar el cumplimiento de las actividades contempladas en la norma técnica nacional de CPN, haciendo énfasis en las actividades basadas en evidencia. Se seleccionaron aleatoriamente las entidades territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud e historias clínicas. La investigación se llevó a cabo entre marzo de 2011 y febrero de 2012. **Hallazgos:** El promedio de edad gestacional del primer CPN fue de 12 semanas (IQR =10). Las actividades del examen físico fueron completas en 40% de las historias clínicas [IC 95% (38%-42%)]. Se encontró registro de la totalidad de paraclínicos considerados en la norma técnica nacional en 19% de las historias [17%-21%]. La cobertura de tamizaje de sífilis, VIH y hepatitis B fue de 88% [86%-89%], 78% [76%-79%] y 59% [57%-61%], respectivamente, encontrando en la regresión logística multivariada una diferencia importante en cuanto al tamizaje entre regiones, tipo de aseguramiento y etnia. El registro de actividades educativas clave como indicación de signos de alarma, cuidado del recién nacido, lactancia e información sobre contracepción se encontró en el 91% [89%-93%], 24% [22%-26%], 42% [40%-44%] y 30% [28%-32%] de las historias, respectivamente. La implementación de actividades clave basadas en evidencia científica se encontró en el 21% [19%-22%] de todas las historias revisadas y la implementación de la totalidad de acciones de la norma técnica Colombiana fue del 1% [1%-2%]. **Conclusiones:** Siendo una de las mayores evaluaciones de desempeño del CPN en Colombia, la presente investigación pone en evidencia que se presentan deficiencias e inequidades. La baja calidad de la atención prenatal podría relacionarse con las elevadas cifras de muertes maternas y neonatales del país. Para disminuir las cifras de mortalidad materno-perinatal y alcanzar las metas de los ODM es indispensable mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir las inequidades para su acceso.

PALABRAS CLAVE:

Atención prenatal, evaluación de programa, calidad de la atención, inequidades, oportunidades perdidas.

ABSTRACT:

Introduction: Although more than 90% of antenatal care (ANC) visits and deliveries in Colombia are attended by medical doctors, maternal mortality and mother-to-child transmission of HIV remain far from the 5th and 6th Millennium Development Goal targets. At least 60% of child mortality in the country is neonatal. Timely and quality obstetric care can prevent those deaths and HIV infections. **Methodology:** We conducted a descriptive, retrospective study reviewing 2651 obstetric medical records from 20 of the 32 provinces of Colombia to assess compliance to ANC national guidelines with emphasis on evidence-based medicine supported interventions. Municipalities, health care facilities and medical records sampled were randomly selected. The study was conducted between March2011 and February2012. **Findings:** Median gestational age at the first ANC visit was 12 weeks (IQR =10). Complete physical examination procedures were found in 40% of the records (95%ConfidenceInterval-38%,42%). Evidence of complete ANC laboratory test as required by national ANC guidelines was found in 19% [17%,21%] of the records. Syphilis, HIV and hepatitis B screening coverage was 88% [86%,89%], 78% [76%,79%], and 59% [57%,61%] respectively. Multivariate logistic regression showed important screening coverage differences among regions, health insurance systems and ethnicity. Evidence of key educational activities including obstetric alarm signs, newborn care, breastfeeding and contraceptive information was found in 91% [89%,93%], 24% [22%,26%], 42% [40%,44%] and 30% [28%,32%] of records respectively. Implementation of key ANC evidence-based medicine supported interventions was found in 21% [19%,22%] of all medical records reviewed and complete implementation of ANC guidelines in 1% [1%,2%]. **Conclusion:** This is one of the largest ANC performance evaluations in the country so far. ANC in Colombia is rather deficient and shows profound inequities. Poor ANC quality could explain high maternal and neonatal death figures. Improving ANC and reducing inequities is necessary to improve perinatal and maternal mortality and morbidity and achieve MDGs.

KEY WORDS:

Prenatal care, program evaluation, care quality, inequities, lost opportunities.

INTRODUCCIÓN:

Más de medio millón de mujeres muere anualmente en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto [1]. La evidencia científica señala que esta mortalidad disminuye cuando las mujeres en edad fértil tienen acceso oportuno a procedimientos y medicamentos de probada efectividad antes y durante el embarazo, el parto y el puerperio [2,3,4]. Si bien se ha cuestionado la utilidad del control prenatal en la reducción de la mortalidad materna [5,6], es indudable que este es un espacio que permite implementar directamente algunas acciones efectivas para disminuir tales muertes, o bien incidir indirectamente en esta problemática mediante la educación de la gestante y su familia acerca de la importancia de la atención institucional del parto y los cuidados previos y posteriores al nacimiento del bebé. Del mismo modo, existe unanimidad en la consideración de las ventajas que esta consulta ofrece para prevenir la transmisión materno infantil del VIH, malaria, sífilis y hepatitis B [7,8,9,10,11], así como para el diagnóstico y manejo precoz de la morbilidad materna extrema (MME) [12,13], eventos de salud que influyen en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, 5 y 6.

En el marco del seguimiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH, el Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Sinergias —Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social— llevaron a cabo una investigación sobre la calidad de la atención prenatal en veinte departamentos y tres distritos Colombianos, evaluando el registro de actividades efectivas en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, muchas de las cuales están contempladas dentro de la regulación nacional de obligatorio cumplimiento (R412/00). Teniendo en cuenta la importancia para futuras gestaciones, también se investigaron datos relacionados con la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.

OBJETIVO GENERAL:

Describir y analizar la situación de la calidad de la atención prenatal en el país con base en la información obtenida a través de la revisión de historias clínicas de control prenatal en veinte departamentos y tres distritos.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Establecer los aspectos de la normatividad para el control prenatal que se están llevando a cabo y aquellos que no.
- Explorar cómo está incidiendo la forma en la que se están prestando los servicios de atención prenatal en el cumplimiento de los ODM.

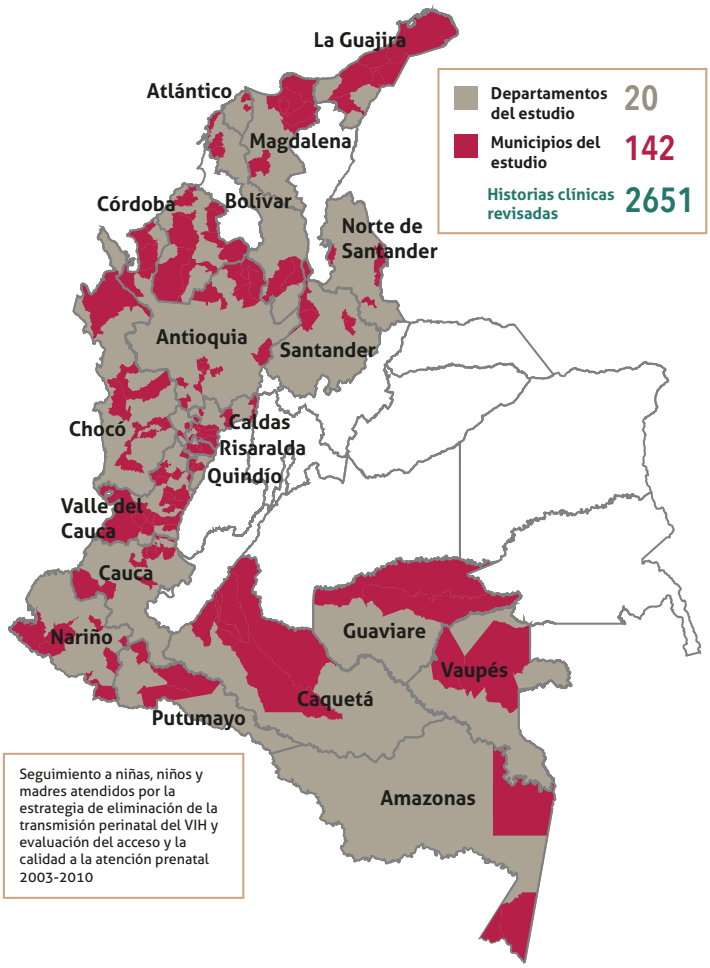
MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio descriptivo retrospectivo se realizó mediante la revisión de 2.651 historias clínicas de control prenatal, usando un instrumento construido para tal fin, el cual fue discutido y ajustado con un grupo de expertos del MSPS, UNICEF y UNFPA (Anexo 1). El instrumento evaluó la adherencia a los procedimientos establecidos por la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo —Resolución 412 del 2000— y otras actividades consideradas de importancia según la revisión de evidencia científica sobre atención prenatal. Se definieron 4 indicadores trazadores: tamizaje para VIH, sífilis, hepatitis B y administración de micronutrientes.

La revisión se realizó en 20 departamentos y tres distritos considerados prioritarios por el MSPS, de acuerdo con los siguientes criterios: 1) que tuvieran mayor población de gestantes con VIH sin dato del parto; 2) que tuvieran mayor número de niñas y niños expuestos al VIH sin seguimiento; y 3) que fueran silenciosos para la TMI de VIH o tuvieran mayores índices de vulnerabilidad (NBI, grupos étnicos diferenciados y/o dispersión poblacional). Las entidades territoriales seleccionadas se agruparon en 7 conglomerados regionales:

- **Amazonia:** Amazonas, Guaviare, Caquetá, Putumayo y Vaupés.
- **Eje Cafetero:** Caldas, Quindío y Risaralda.
- **Pacífico:** Cauca, Chocó y Nariño.
- **Caribe:** Atlántico, Bolívar, Córdoba, La Guajira y Magdalena, así como los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta.
- **Santanderes:** Norte de Santander y Santander.
- **Valle del Cauca:** Valle.
- **Antioquia:** Antioquia.

Entidades territoriales participantes en la evaluación de la calidad de la atención prenatal



El tamaño de la muestra se calculó para obtener estimaciones sobre los indicadores clave de los lineamientos nacionales para control prenatal, con un nivel de confianza de 95%, márgenes de error regionales de hasta ±5,5% y departamentales de hasta ±10%.

Las acciones revisadas incluyeron actividades propias de la consulta (Tabla 1) y estrategias institucionales como el uso del formato unificado de control prenatal —historia perinatal básica del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) u otra historia clínica propia de la IPS—, así como la implementación de las estrategias de salud pública IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia)[1] y Código Rojo (hemorragia obstétrica)[2], que están relacionadas con la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La información obtenida se digitó en una base de datos y se realizó control de calidad al 50% de las encuestas digitadas. La información depurada se transfirió para su análisis al software Stata versión 11. Se realizó análisis descriptivo de la información utilizando frecuencias, comparación de proporciones —con *chi cuadrado* (χ^2) o test de Fisher, según fuera aplicable para las variables categóricas— y prueba t de Student —para las variables continuas—. Para el análisis multivariado se utilizó la regresión logística, que permite describir la relación entre variables clave relacionadas con la calidad de la atención prenatal y factores asociados a las mismas. Para un análisis más robusto de los servicios ofrecidos, se construyeron variables que agruparon las intervenciones básicas que se deben realizar en los diferentes momentos de la consulta (Tabla 1).

Tabla 1. Variables objeto de análisis

Variable	Descripción		
Anamnesis	Registro de: • Pérdidas vaginales • Síntomas urinarios	• Síntomas de vaso espasmo (>semana 26) • Presencia de movimientos fetales (>semana 26)	
Examen físico	Registro de: • Talla • Peso • Altura uterina • Tensión arterial	• Número de fetos (>semana 26) • Fetocardia (>semana 26) • Presentación fetal (>semana 34)	
Paraclínicos básicos	Realización de: • Hemoglobina • Hemoclasificación	• Glicemia en ayunas • Uroanálisis	• Ecografía • Citología cervical (CCV)
Tamizaje enfermedades infecciosas	Tamizaje de: • VIH	• Sífilis	• Hepatitis B
Paraclínicos completos	Realización de: • Hemoglobina • Hemoclasificación • Glicemia en ayunas • Uroanálisis	• Ecografía • Citología cervical (CCV) • Tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B	

1 La estrategia IAMI busca que las instituciones brinden actividades educativas a las gestantes y sus familias, atención del parto de calidad con presencia del compañero y sin intervenciones médicas innecesarias, favoreciendo el pronto inicio y continuación de la lactancia materna exclusiva y procurando el contacto permanente madre-hijo durante la estancia hospitalaria.

2 La estrategia Código Rojo establece un abordaje claro y sistemático del shock hipovolémico de causa obstétrica, de tal forma que se garantice la mejor atención posible en el menor lapso de tiempo, lo que favorece la sobrevida materna.

Variable	Descripción		
Actividades P & P básicas	Registro de: • Asesoría en lactancia materna • Cuidados del recién nacido	• Planificación familiar • Signos de alarma	• Valoración biopsicosocial • Valoración de violencias
Asesoría para prueba voluntaria de VIH	Registro de: • Asesoría pretest • Asesoría postest	• Consentimiento o disentimiento informado	
Micronutrientes y vacunación	Administración de: • Sulfato ferroso • Calcio	• Ácido fólico • Toxoide tetánico	
Actividades P & P completas	Registro de: • Asesoría en lactancia materna • Cuidados del recién nacido • Planificación familiar • Signos de alarma • Valoración biopsicosocial	• Valoración de violencias • Asesoría pretest, consentimiento o disentimiento informado y asesoría postest para VIH • Administración de sulfato ferroso, calcio, ácido fólico y toxoide tetánico	
Consulta prenatal básica	Tiene en cuenta los aspectos más relevantes que, de acuerdo con la evidencia, pueden generar un mayor impacto en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Consta de: • Indagación por pérdidas vaginales, síntomas urinarios y de vaso espasmo • Realización de asesoría en signos de alarma durante la gestación • Evaluación de peso, altura uterina y tensión arterial • Administración de calcio, ácido fólico y toxoide tetánico • Valoración de hemoglobina, hemoclasificación y uroanálisis • Realización de tamizaje para sífilis, VIH y hepatitis B • Realización de al menos una ecografía		
Consulta prenatal completa	Suma de todas las actividades enunciadas en las categorías anotadas arriba. Consta de: • Registro de pérdidas vaginales, síntomas urinarios, síntomas de vaso espasmo y presencia de movimientos fetales —estos dos últimos después de la semana 26— • Registro de talla, peso, altura uterina, tensión arterial, número de fetos, fetocardia —los dos últimos después de la semana 26— y presentación fetal —después de la semana 34— • Registro de asesoría en lactancia materna, cuidados del recién nacido, planificación familiar y signos de alarma, así como la valoración biopsicosocial y de violencias • Asesoría pretest, consentimiento o disentimiento informado y asesoría postest • Administración de sulfato ferroso, calcio, ácido fólico y toxoide tetánico • Valoración de hemoglobina, hemoclasificación, glicemia en ayunas, uroanálisis, ecografía y citología cervical • Tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B		

Fuente: elaboración propia.

La aprobación ética para el estudio fue dada por un comité de ética nacional *ad hoc* convocado para este propósito. Se garantizó la confidencialidad evitando que los formularios de recolección y las bases de datos tuvieran identificadores como nombres o documentos de identidad. Se extremaron las precauciones para que el personal del proyecto evitara cualquier situación que pudiera poner en riesgo la confidencialidad de las participantes.

RESULTADOS*

En total se revisaron 2.651 historias clínicas de 139 municipios, tres distritos y 20 departamentos. Los datos de los distritos están incluidos en los de sus respectivos departamentos. A nivel individual, se indagó en las historias clínicas por el registro de determinadas *características sociodemográficas* de las gestantes. La mediana de edad de las gestantes fue de 24 años. Con respecto a la educación, los niveles de analfabetismo se mantienen relativamente constantes en las regiones (1-4%), siendo superior al 5% en Guaviare (6%), Amazonas (5%) y Nariño (5%). El nivel de formación técnica o superior se encontró solo en el 9% de las mujeres, con valores superiores en Risaralda (17%) y Quindío (27%).

Cerca de dos terceras partes de las gestantes evaluadas estaban afiliadas al régimen subsidiado, una quinta parte al régimen contributivo y una séptima parte no tenía afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS; Figura 1). Solo el Eje Cafetero y Valle del Cauca tuvieron más del 25% de las embarazadas con afiliación al régimen contributivo. Otros aspectos sociodemográficos de las gestantes se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes

Región	Amazonia	Eje Cafetero	Pacífico	Caribe	Santanderes	Valle	Antioquia	Total
Número de HC	476	350	397	483	307	315	323	2651
Edad (mediana)	25	23	24	24	23	24	23	24
percentil [25,75]	[20,30]	[19,28]	[19,29]	[20,30]	[19,29]	[20,30]	[19,28]	[20,29]
Estrato socioeconómico								
1	12%	7%	38%	57%	21%	23%	36%	29%
2	3%	15%	7%	17%	39%	11%	50%	18%
3	0%	14%	2%	2%	9%	3%	13%	6%
4 y más	0%	8%	1%	1%	1%	0%	1%	2%
No sabe	74%	55%	53%	22%	29%	62%	0%	43%
SD	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%
Nivel educativo								
Ninguno	4%	1%	3%	3%	1%	0%	3%	2%
Primaria (algún nivel)	14%	6%	29%	14%	11%	18%	19%	16%
Secundaria (algún nivel)	26%	55%	41%	41%	52%	50%	71%	46%
Técnico o superior	6%	17%	8%	10%	6%	8%	6%	9%
Sin/información	50%	21%	19%	32%	30%	23%	1%	27%
Pertenencia étnica								
Información no disponible	66%	19%	31%	24%	55%	51%	0%	36%
Afro-Colombiano	1%	3%	19%	23%	0%	15%	15%	11%

* En el Anexo 2 se encuentran los resultados de la mayor parte de las variables que se recolectaron en el estudio, desagregadas por región, departamento, régimen de afiliación al SGSSS. Algunas variables también se estratifican por factores socioeconómicos y de pertenencia étnica.

Región	Amazonia	Eje Cafetero	Pacífico	Caribe	Santanderes	Valle	Antioquia	Total
Indígena	21%	1%	10%	17%	0%	3%	2%	9%
Palanquero	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Raizal	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
Rom	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ninguna de las anteriores	11%	77%	40%	35%	45%	28%	83%	43%
Afiliación al SGSSS								
Contributivo	15%	39%	15%	22%	8%	28%	15%	20%
No afiliado	14%	7%	21%	8%	22%	18%	16%	14%
Excepción	6%	1%	0%	1%	2%	0%	0%	2%
Subsidiado	66%	53%	64%	69%	68%	54%	69%	64%

Fuente: elaboración propia.

Las **instituciones** donde se realizó la revisión de historias clínicas pertenecían al primer nivel de atención (82%) y al segundo nivel (17%).

La implementación de **IAMI y/o Código Rojo**, estrategias asociadas con disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, presentó porcentajes variables según las regiones y departamentos (Tabla 3).

En cuanto al **formato de historia clínica**, se encontró un amplio uso de la hoja CLAP, principalmente en las regiones del Eje Cafetero (83%), Pacífico (84%), Valle del Cauca (89%) y Antioquia (89%).

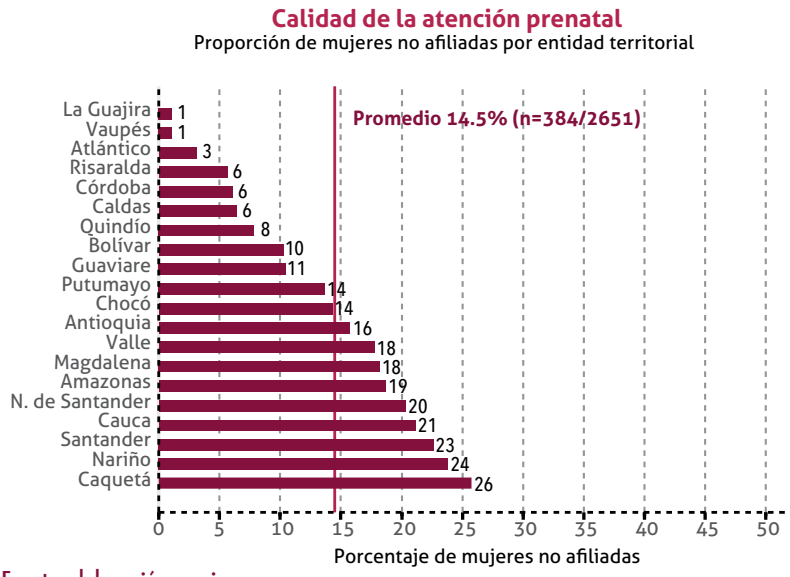
La mediana de la edad gestacional (EG) en el momento del primer control prenatal estuvo por debajo de la semana 12 en 9 (Risaralda, Antioquia, Caldas, Caquetá, Atlántico, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Santander) de los 20 departamentos. En Cauca, Putumayo, Amazonas, Chocó, La Guajira y Vaupés, más de la mitad de las mujeres iniciaron la atención prenatal luego de la semana 15.

Tabla 3. Implementación de las estrategias de IAMI y Código Rojo

	Implementa IAMI	Implementa código rojo	IAMI y código rojo	Ninguno
AMAZONÍA	**11%**	**0%**	**1%**	**87%**
Amazonas	4%	0%	0%	96%
Guaviare	53%	0%	0%	47%
Caquetá	0%	0%	6%	94%
Putumayo	0%	0%	0%	100%
Vaupés	0%	0%	0%	100%
EFE CAFETERO	**6%**	**13%**	**7%**	**75%**
Caldas	17%	10%	17%	56%
Quindío	0%	19%	1%	80%
Risaralda	0%	10%	1%	90%
PACÍFICO	**40%**	**19%**	**8%**	**34%**
Cauca	0%	60%	2%	39%
Chocó	62%	0%	21%	14%
Nariño	55%	1%	4%	40%
CARIBE	**30%**	**19%**	**7%**	**44%**
Atlántico	1%	60%	17%	22%
Bolívar	90%	0%	1%	9%
Córdoba	15%	22%	0%	63%
La Guajira	0%	12%	12%	76%
Magdalena	43%	0%	7%	49%
SANTANDERES	**20%**	**4%**	**27%**	**50%**
Santander	19%	3%	2%	76%
Norte de Santander	21%	5%	72%	2%
Valle	21%	8%	8%	63%
Antioquia	19%	28%	24%	29%
PROMEDIO	**21%**	**13%**	**10%**	**55%**

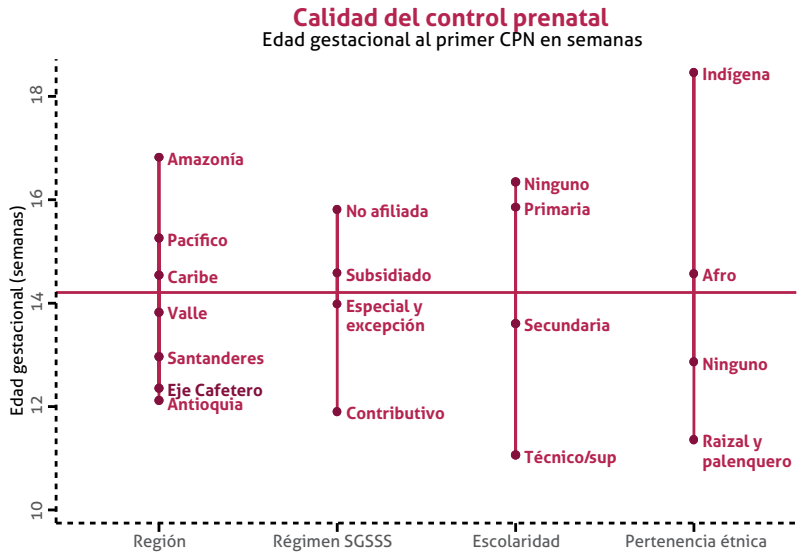
Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Proporción de mujeres no afiliadas al SGSSS por entidad territorial



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Inicio del CPN según diferentes variables (línea roja=promedio)



Fuente: elaboración propia.

El análisis bivariado mostró que la primera consulta tuvo lugar más tardíamente en las regiones de Amazonia, Pacífico y Caribe, en las gestantes no afiliadas o del régimen subsidiado, en las mujeres con menor nivel educativo y en aquellas de las etnias indígena y afroColombiana, siendo las diferencias significativas ($p<0.001$; Figura 2).

Las regiones que registran menor número de controles son Amazonia y Santanderes (mediana de 4), y las de mayor número son Eje Cafetero y Antioquia (mediana de 7). Chocó, Santander y Vaupés tuvieron una mediana de 3 consultas prenatales por mujer, mientras que los tres departamentos del Eje Cafetero y Antioquia tuvieron una mediana de 7. La primera consulta fue realizada por médico/a general (86%), por enfermera/o (13%) y por ginecobstetra (1,1%). En el departamento de Antioquia el personal de enfermería realizó el 41% de las consultas de primera vez.

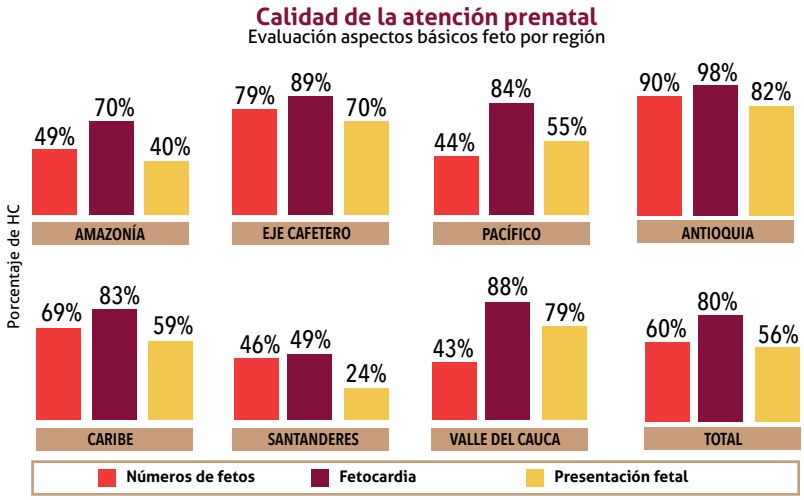
La primera consulta fue realizada por médico/a general (86%), por enfermera/o (13%) y por ginecobstetra (1,1%). En el departamento de Antioquia el personal de enfermería realizó el 41% de las consultas de primera vez.

CONSULTA CLÍNICA

A través del uso de las variables de análisis (Tabla 1) se encontró que el 60% de las historias clínicas (HC) tuvo la **anamnesis completa**. La región con el porcentaje más bajo fue Amazonia (32%) y la del más alto Antioquia (93%). Las HC con anamnesis completa son más frecuentes en el régimen contributivo (72%) que en las mujeres no afiliadas (54%) y en los regímenes especial y de excepción (28%). Las diferencias en el promedio de HC que tienen registro de todas las actividades de la anamnesis son significativas al comparar regiones, entidades territoriales, entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) y regímenes de afiliación al SGSSS (p<0.001).

En el examen físico se evaluaron diferentes actividades —como el registro de peso y talla, el uso de la curva de ganancia de peso e incremento de la altura uterina—, y se obtuvo como resultado que más del 90% de las historias clínicas registra el peso de la gestante y 34% anota ese dato en la curva de ganancia de peso, siendo significativa la variación entre entidades territoriales. La altura uterina se registra en el 94% de las historias, y el 33% señala el uso de la curva de incremento de altura uterina según edad gestacional. Se evaluó asimismo el registro de la tensión arterial, que fue realizado en 97% de las consultas. El registro del número de fetos, fetocardia y presentación fetal —luego de semana 34— se anotó respectivamente en el 60%, 80% y 56% de las historias; el registro más deficiente se halló en la región de Santanderes (Figura 3). En promedio, 40% de HC tiene registro de todas las acciones recomendadas para el examen físico. Se encontraron diferencias significativas al comparar esta variable entre regiones, EAPB y regímenes de afiliación al SGSSS (p<0.001).

Figura 3. Examen físico de CPN, evaluación de aspectos relacionados con el feto

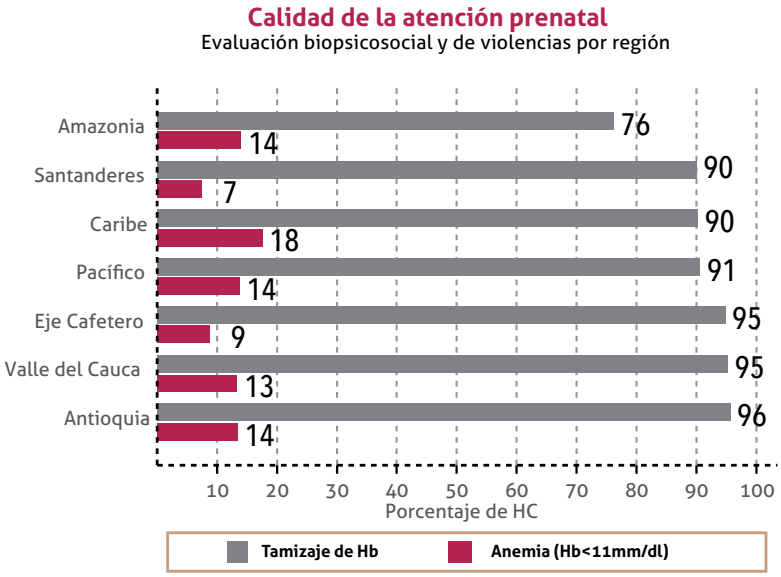


Fuente: elaboración propia.

Los estudios paraclínicos se analizaron individualmente y agrupados bajo tres variables: paraclínicos básicos, tamizaje de enfermedades infecciosas y paraclínicos completos (Tabla 1).

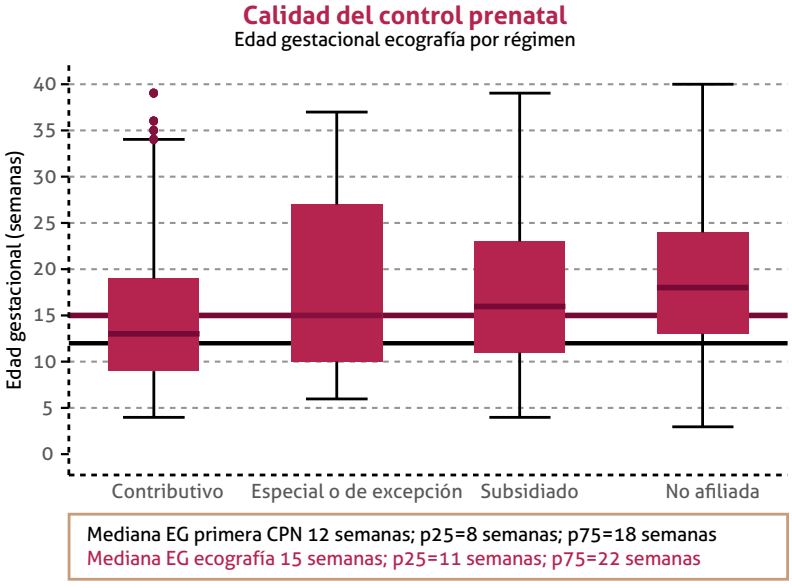
Se evidenció el resultado de hemoglobina (Hb) en el 90% de historias clínicas, en los que se encontraron diferencias significativas por región. Los porcentajes de registro del resultado de Hb y de hallazgo de Hb igual o inferior a 11 g/dl (anemia materna) se presentan en la Figura 4.

Figura 4. Tamizaje de hemoglobina y porcentaje de anemia por región



Fuente: elaboración propia.

Figura 5. Edad gestacional a la realización de la primera ecografía



Fuente: elaboración propia.

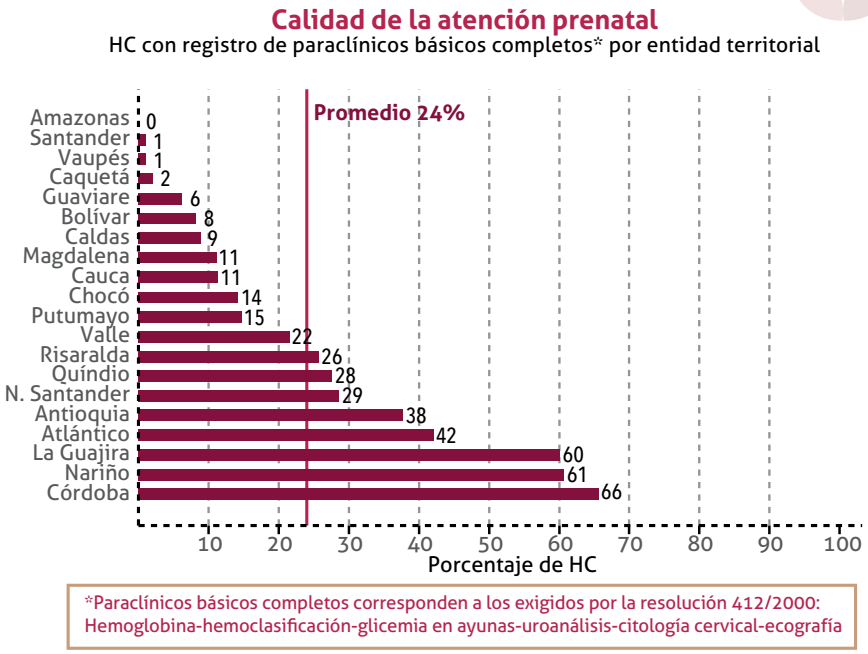
La determinación del **grupo sanguíneo** se realizó en todas las regiones y en todos los regímenes, sin constituir un tamizaje universal —los promedios oscilaron entre el 66% y el 98%— y con diferencias significativas por regiones y por tipo de afiliación. El tamizaje de infección urinaria (**parcial de orina**/urocultivo) no fue universal —los promedios oscilaron entre el 61% y el 95%— y se realizó con mayor frecuencia en el Eje Cafetero (95%) y en el régimen Contributivo (90%). El promedio nacional de realización de al menos una **ecografía** durante el embarazo fue inferior al 80% —el menor porcentaje hallado corresponde a la Amazonia, con el 59%—.

Al analizar la EG en la que se realizó la primera ecografía según régimen de afiliación (Figura 5), se observó que a la mitad de las embarazadas se les realizó este examen luego de la semana 16 (régimen subsidiado) o de la semana 18 (no afiliadas), mientras que a las del régimen contributivo se les realizó una ecografía antes de la semana 13.

La toma de **citología** durante el control prenatal fue en promedio de 30%, y ninguna entidad territorial superó el 80%. En el análisis por régimen de afiliación se observaron diferencias significativas.

Al analizar la variable **paraclínicos básicos** —que reúne los exámenes descritos previamente— se encontró un promedio de 24%, con 11 departamentos por debajo de este valor y un departamento (Amazonas) en el que ninguna historia clínica reportó los paraclínicos básicos completos.

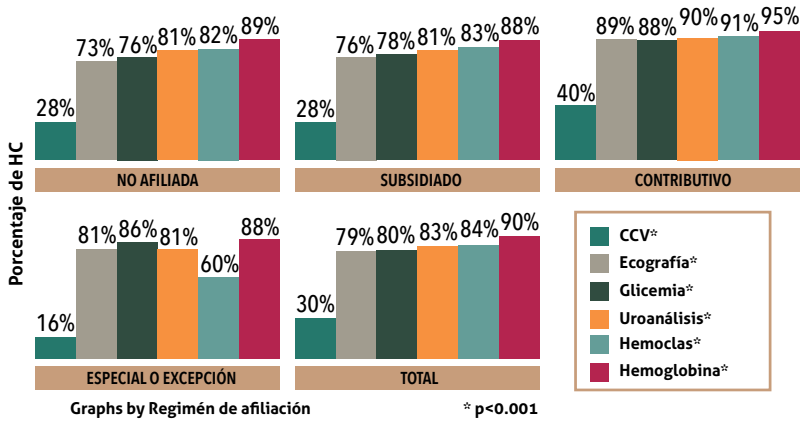
Figura 6. Registro de los paraclínicos básicos completos



Fuente: elaboración propia.

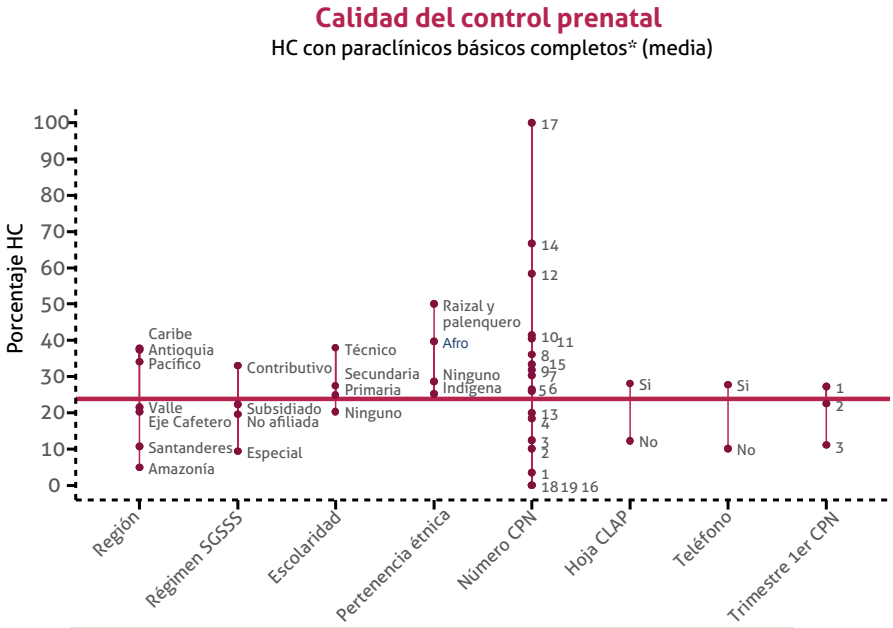
Se observaron diferencias significativas según régimen de afiliación, siendo mayor el porcentaje de paraclínicos básicos completos en el régimen contributivo (Figura 7). El paraclínico que se realizó con menor frecuencia en todos los regímenes fue la citología cervical (CCV), con un porcentaje inferior al 40%.

Figura 7. Registro de los paraclínicos básicos completos



Fuente: elaboración propia.

Al examinar diferentes variables, se encontró que las HC con mayor porcentaje de paraclínicos básicos registrados son las de Antioquia, Caribe y Pacífico, las del régimen contributivo, aquellas con 4 o más controles prenatales y las que iniciaron el control prenatal en el primer trimestre (Figura 8).



24% (632/2651) HC con tamizaje para: *Hemoglobina-hemoclasificación-glicemia en ayunas-uroanálisis-citología cervical-ecografía
p<0.001 en análisis bivariado para todas las variables incluidas

Fuente: elaboración propia.

Figura 8. Análisis bivariado de los paraclínicos básicos

Se construyó un modelo multivariado con regresión logística para la variable dependiente paraclínicos básicos, cuyos resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Análisis multivariado de la variable dependiente: Paraclínicos Básicos

Variables		Odds Ratio	P>z	[Interv. Conf. 95%]	
Región	Amazonia (ref)	1,00			
	Eje Cafetero	3,03	0,03	1,13	8,17
	Pacífico	13,21	0,00	4,97	35,11
	Caribe	13,40	0,00	5,09	35,29
	Santanderes	3,10	0,05	1,01	9,50
	Valle del Cauca	4,21	0,01	1,51	11,77
	Antioquia	7,22	0,00	2,69	19,37
Uso de Hoja CLAP en HC		1,85	0,00	1,24	2,75
Registra número de teléfono en HC		1,74	0,03	1,06	2,83
Implementa Código Rojo		0,62	0,00	0,47	0,84
Número de CPN (por cada CPN adicional)		1,25	0,00	1,18	1,32
Trimestre primera consulta de CPN	Primero (ref)	1,00			
	Segundo	0,96	0,75	0,72	1,26
	Tercero	0,60	0,12	0,31	1,14

Fuente: elaboración propia.

Con base en este análisis, se encontró que al controlar por región, uso de hoja del CLAP, registro de número telefónico, implementación de la estrategia de código rojo, número de controles prenatales y el trimestre en el que ocurrió el primer control prenatal:

- La posibilidad de tener la totalidad de los paraclínicos básicos en la región Caribe es 13,4 veces más alta que en la Amazonia (OR 13,4; IC 95% [5,1-35,3]).

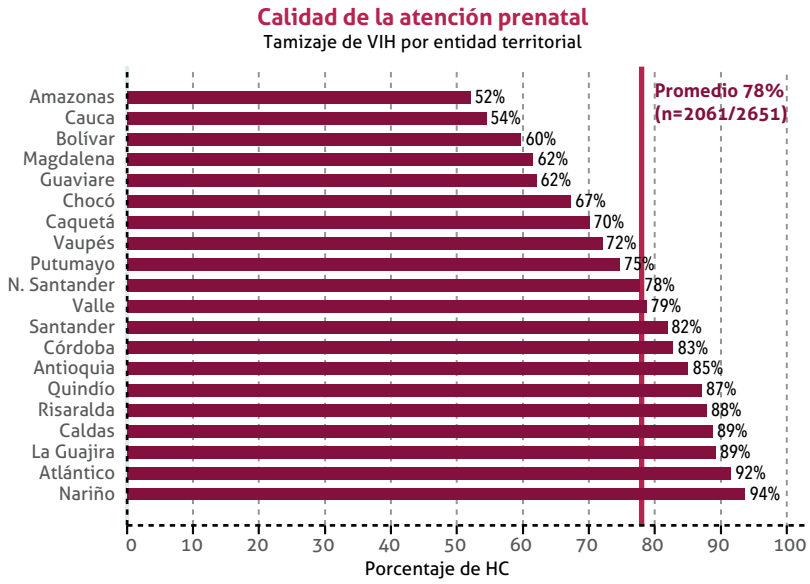
- Las gestantes atendidas en instituciones con hoja del CLAP tienen una posibilidad 85% mayor de tener la totalidad de los paraclínicos básicos (OR 1,85; IC 95% [1,24-2,75]).

- Por cada control prenatal adicional, la gestante tiene una posibilidad un 25% mayor de tener la totalidad de los paraclínicos básicos (OR 1,25; IC 95% [1,18-1,32]).

- Las mujeres con teléfono registrado en su HC (proxy de indicador socioeconómico) tienen una posibilidad 74% mayor de tener los paraclínicos completos (OR 1,74; IC 95% [1,06-2,83]).

El tamizaje de enfermedades infecciosas (VIH, sífilis y hepatitis B) se analizó de forma individual y en conjunto. La prueba de VIH se registró en el 78% de las HC, con diferencias significativas ($p<0.001$) entre regiones: el mayor porcentaje se presentó en el Eje Cafetero y Antioquia (88% y 85%, respectivamente) y el más bajo en Amazonia y Pacífico (66% y 75%, respectivamente). Como se observa en la Figura 9 hay una gran diferencia en la cobertura del tamizaje de VIH al comparar entidades territoriales.

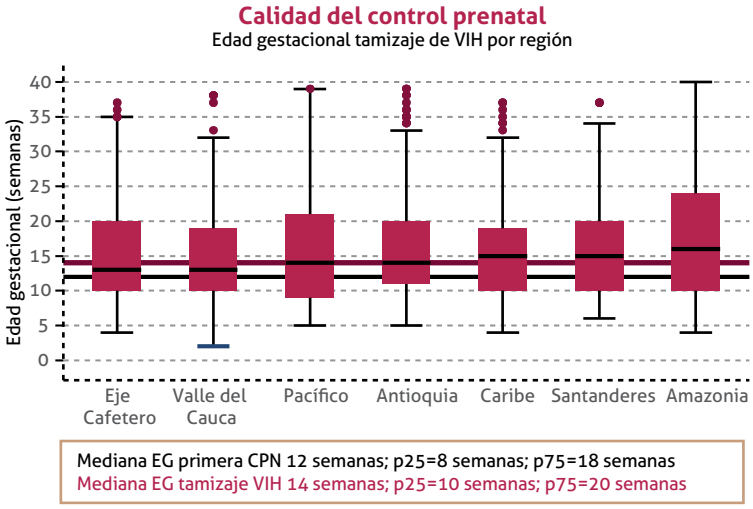
Figura 9. Tamizaje de VIH por entidad territorial



Fuente: elaboración propia.

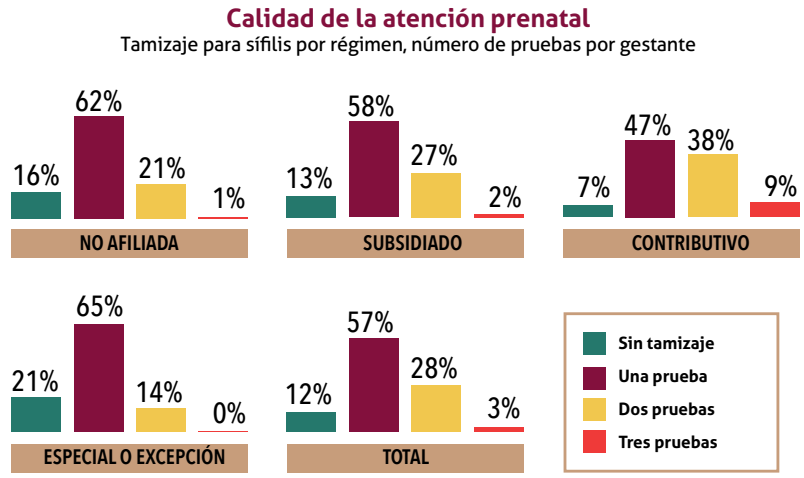
La EG en la que se realizó el tamizaje de VIH según región muestra que el 50% de las gestantes de Antioquia, Pacífico, Valle y Eje Cafetero lo tuvieron antes de las 14 semanas mientras que en Amazonia hubo mayor dispersión y tendencia hacia el tamizaje más tardío (Figura 10). El menor porcentaje de gestantes tamizadas para el VIH estuvo en las embarazadas no afiliadas. El tamizaje tardío –luego de semana 15– se presentó especialmente en mujeres con bajo nivel educativo (primario o ninguno), de pertenencia étnica indígena, y afiliadas al régimen subsidiado o sin afiliación.

Figura 10. Tamizaje de VIH



Fuente: elaboración propia.

Figura 11. Tamizaje de sífilis



Fuente: elaboración propia.

El 88% de las HC revisadas tuvo al menos una prueba de tamizaje de sífilis. En la Figura 11 se presenta el número de serologías registradas según régimen de afiliación. Al respecto, se debe recordar que la norma técnica vigente ha establecido la realización de una serología en el primer CPN, una en el tercer trimestre —si existen factores de riesgo— y una en el momento del parto.

La EG promedio de la primera serología es mayor en las mujeres de bajo nivel educativo, afiliadas al régimen subsidiado (o sin aseguramiento), residentes en las regiones de la Amazonia, Pacífico, Caribe y Antioquia, y de etnia indígena o afrodescendiente.

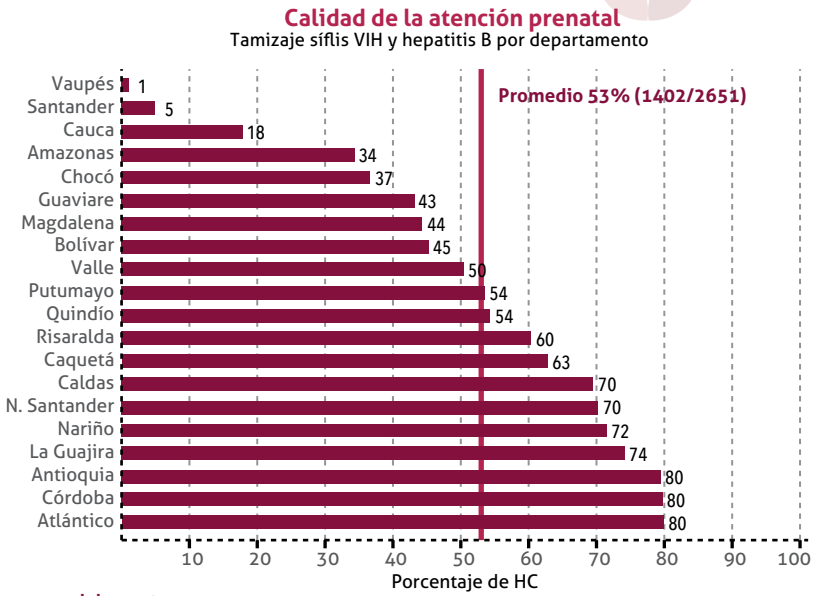
El registro de tamizaje de hepatitis B se encontró en el 59% de las HC revisadas. En Amazonía, la mitad de las pruebas se realizan después de la semana 15. El análisis por régimen de afiliación mostró que el tamizaje se hace más tardíamente en la población afiliada al régimen subsidiado o no afiliada.

Las pruebas de VIH, sífilis y hepatitis B se agruparon en la variable Tamizaje de enfermedades infecciosas, que tuvo un promedio de 53%, con 9 de 20 departamentos (ver Figura 12) y 16 de 28 EAPB por debajo de este valor. Únicamente

los departamentos de Antioquia, Córdoba y Atlántico —incluyendo Barranquilla—, y las EAPB de Comfama, Barrios Unidos, Salud Total, Coomeva y Comfenalco —Valle y Antioquia—, tamizaron al 80% de las gestantes para las tres infecciones al menos una vez. El análisis bivariado mostró que las gestantes de las regiones de Valle del Cauca, Pacífico, Amazonia y Santander, las indígenas y las de régimen especial, subsidiado o no afiliadas, fueron las que tuvieron un menor porcentaje de tamizaje.

Se construyó un modelo multivariado con regresión logística para la variable dependiente tamizaje de enfermedades infecciosas, que se presenta en la Tabla 5.

Figura 12. Porcentaje de HC con tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B por entidad territorial



Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Tamizaje de enfermedades infecciosas (VIH, sífilis y hepatitis B)

Variables		Odds Ratio	P>z	[95% Conf. Interval]	
Región	Amazonia (ref)	1,00			
	Eje Cafetero	1,18	0,623	0,61	2,29
	Pacífico	1,20	0,587	0,62	2,30
	Caribe	3,04	0,000	1,64	5,65
	Santanderes	0,41	0,027	0,19	0,90
	Valle del Cauca	0,88	0,729	0,43	1,81
	Antioquia	3,43	0,000	1,73	6,78
Régimen de afiliación al SGSSS	No afiliado (ref)	1,00			
	Subsidiado	1,11	0,576	0,77	1,61
	Contributivo	3,80	0,000	2,39	6,04
	Excepción/ Especial				
Uso de Hoja CLAP en HC		1,54	0,025	1,05	2,24
Registra número de teléfono en HC		4,99	0,000	3,14	7,94
Edad (por cada 5 años)		1,14	0,010	1,03	1,26
Pertenencia étnica	Indígena (ref)	1,00			
	Afro	1,59	0,066	0,97	2,59
	Raizal/ palenquero	0,76	0,686	0,20	2,90
	Ninguno de los anteriores	0,96	0,857	0,61	1,50
Número de CPN (por cada CPN adicional)		1,22	0,000	1,16	1,29

Fuente: elaboración propia.

El modelo mostró que al controlar por región, régimen de afiliación al SGSSS, uso de hoja del CLAP, registro de número telefónico, edad de la gestante, pertenencia étnica y número de controles prenatales:

- Las gestantes del régimen contributivo tienen una posibilidad 3,8 veces mayor que las no afiliadas de recibir completo el tamizaje (OR 3,8; IC 95% [2,4-6,0]).
- Por cada CPN adicional la gestante tiene una posibilidad 22% mayor de recibir un tamizaje completo para VIH, sífilis y hepatitis B (OR 1,22; IC 95% [1,16-1,29]).
- Una gestante que reside en Antioquia tiene una posibilidad 3,4 veces mayor de recibir el tamizaje para las tres infecciones que una mujer que vive en la Amazonia (OR 3,4; IC 95% [1,7-6,8]).
- Las gestantes atendidas en instituciones que usan el formato CLAP tienen una posibilidad 54% mayor de recibir el tamizaje completo (OR 1,54; IC 95% [1,1-2,2]).
- La gestantes con teléfono tienen una posibilidad cinco veces mayor de recibir el tamizaje completo (OR 4.99, IC95% [3.1, 7.9]).

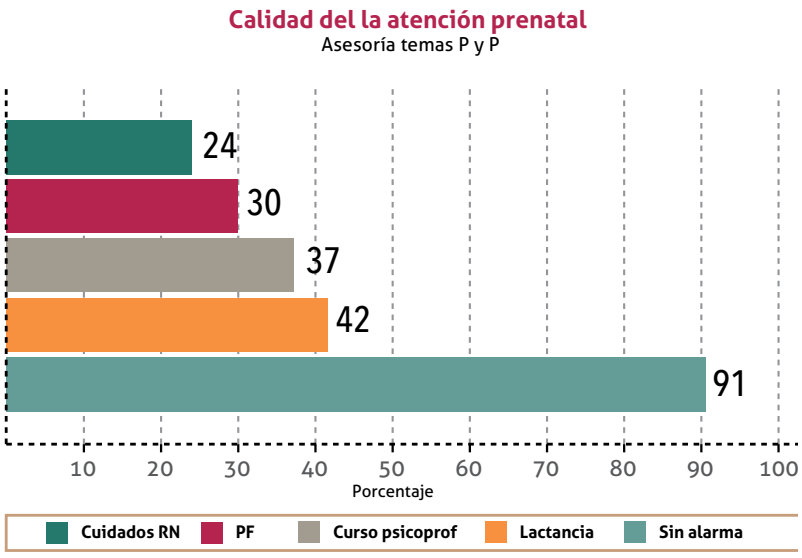
La variable **paraclínicos completos (**ver Tabla 1) tuvo un promedio de 19%, con tres departamentos (Amazonas, Vaupés, Santander) sin HC que registraran todos estos exámenes. Al comparar el desempeño por EAPB se observaron diferencias importantes, y solo una EPS (Comfama) alcanzó el 50% de HC con paraclínicos completos.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (P Y P)

Se crearon cuatro variables: 1) actividades P y P básicas; 2) asesoría para prueba voluntaria de VIH; 3) micronutrientes y vacunación; y 4) actividades de P y P completas —que incluyó las tres anteriores; ver Tabla 1—. Las diferencias existentes al comparar el desempeño de estas variables por entidad territorial, régimen de afiliación al SGSSS y EAPB fueron significativas (p<0.001).

En la variable actividades P y P básicas se incluyó el registro de información sobre signos de alarma, lactancia materna, cuidados del recién nacido, planificación familiar y remisión al curso psicoprofiláctico. En la Figura 13 se observa el promedio de cobertura de estas actividades para la totalidad de entidades territoriales evaluadas.

Figura 13. Actividades Promoción y Prevención básicas



Fuente: elaboración propia.

El análisis departamental de la variable actividades P y P básicas reveló un promedio inferior al 10%, con seis departamentos (Amazonas, Bolívar —incluyendo Cartagena—, Chocó, Putumayo, Risaralda y Vaupés) sin HC con actividades P y P básicas completas. Únicamente dos de las veintiocho EAPB tuvieron cifras superiores al 20% (Salud Cóndor y Coomeva)".

Se construyó un modelo multivariado con regresión logística para la variable dependiente actividades de promoción y prevención básicas completas (Tabla 6), con el que se encontró que al controlar por región, régimen de afiliación al SGSSS, uso de hoja del CLAP, registro de número telefónico, implementación de la estrategia IAMI, pertenencia étnica, número de gestaciones y número de controles prenatales:

- Una embarazada del régimen contributivo tiene una posibilidad casi cinco veces mayor de recibir las actividades P y P completas que una no afiliada (OR 4,67; IC 95% [1,8-12,1]).
- Las gestantes atendidas en instituciones que implementan IAMI tienen una posibilidad 11 veces mayor de recibir las actividades de P y P completas (OR 11,26; IC 95% [6,4-19,8]).
- Por cada control prenatal adicional aumenta la posibilidad de recibir estas acciones completas (OR 1,19; IC 95% [1,08-1,31]).
- Por cada gestación adicional, la gestante recibe menos actividades de P y P básicas (OR 0,75; IC 95% [0,6-0,9]).
- Una mujer afroColombiana tiene una posibilidad diez veces mayor que una mujer indígena de recibir estas actividades educativas completas (OR 10,25; IC 95% [2,9-35,9]).

Tabla 6. Actividades P y P básicas. Modelo multivariado (n=1583)

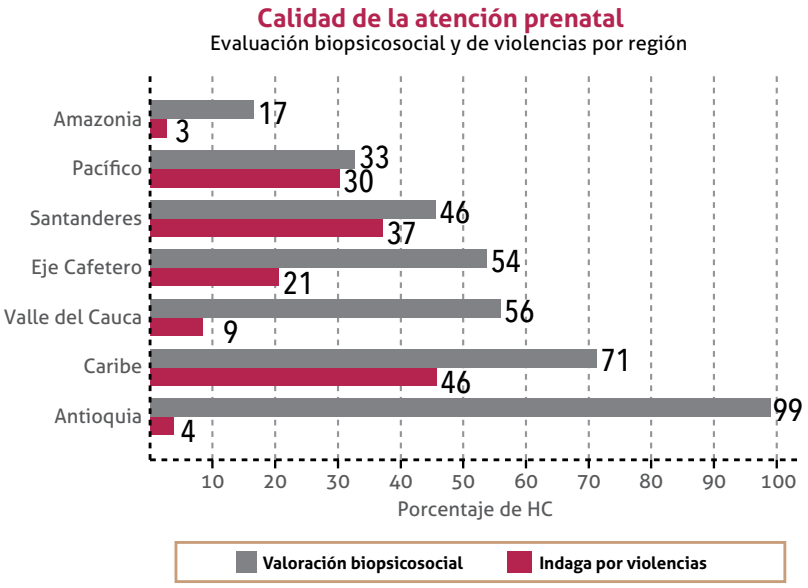
Variables		Odds Ratio	P>z	[Interval. Conf. 95%]	
Región	Amazonía (ref)	1,00			
	Eje Cafetero	0,55	0,576	0,07	4,40
	Pacífico	10,29	0,004	2,09	50,74
	Caribe	4,25	0,070	0,89	20,36
	Santanderes	3,47	0,163	0,61	19,84
	Valle del Cauca	0,10	0,077	0,01	1,28
	Antioquia	0,05	0,020	0,00	0,63
Régimen	No afiliada (ref)	1,00			
	Subsidiado	1,67	0,201	0,76	3,67
	Contributivo	4,67	0,002	1,80	12,12
	Excepción / Especial				
Implementa estrategia IAMI		11,26	0,000	6,39	19,83
Registra número de teléfono en HC		3,74	0,006	1,47	9,53
Pertenencia étnica	Indígena (ref)	1,00			
	Afro	10,25	0,000	2,93	35,87
	Raizal/palenquero	-			
	Ninguno	0,88	0,854	0,24	3,27
Número de gestaciones (por cada embarazo)		0,75	0,002	0,63	0,90
Número de CPN (por cada CPN adicional)		1,19	0,001	1,08	1,31

Fuente: elaboración propia.

Otra de las actividades evaluadas fue la valoración psicosocial y evaluación de situaciones de violencia. Los porcentajes según región se muestran en la Figura 14, dentro de los que se destacan los bajos porcentajes de indagación de violencia en un país como Colombia.

La variable asesoría en prueba voluntaria para VIH (APV) incluyó asesoría pre y post prueba y consentimiento o disentimiento informado, tal como lo establece la normatividad vigente. Los hallazgos para estas variables se presentan según región (Tabla 7) y régimen de afiliación (Tabla 8).

Figura 14. Tamizaje de violencia y escala biopsicosocial por región



Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Actividades P y P básicas. Modelo multivariado (n=1583)

	Asesoría pre	Asesoría post	Consentimiento
Amazonía	22%	15%	33%
Eje Cafetero	89%	27%	86%
Pacífico	70%	52%	73%
Caribe	59%	26%	68%
Santanderes	83%	25%	81%
Valle del Cauca	50%	11%	65%
Antioquia	41%	2%	77%
Total	**57%**	**23%**	**67%**

Tabla8. Actividades P y P básicas. Modelo multivariado (n=1583)

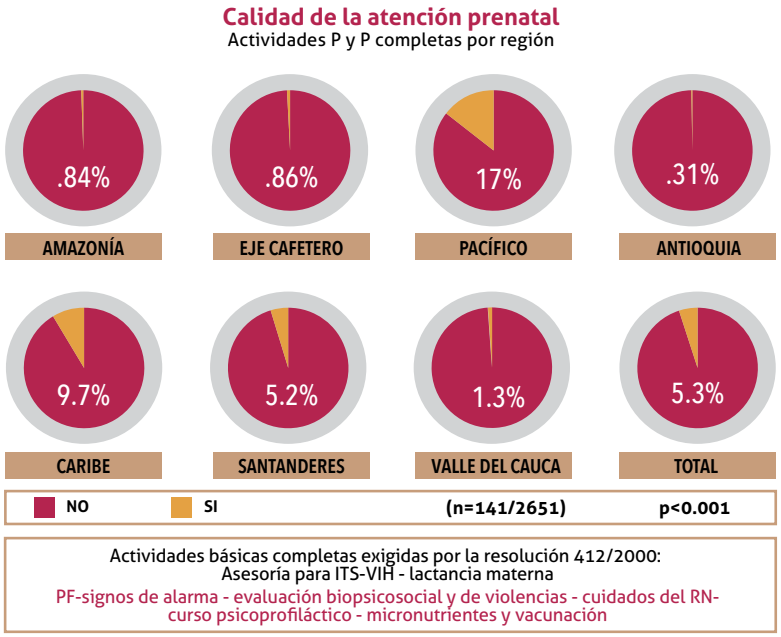
	Asesoría pre	Asesoría post	Consentimiento
No afiliada	57%	21%	63%
Subsidiada	54%	19%	67%
Contributivo	69%	38%	71%
Especial/ excepción	35%	14%	63%
Total	**57%**	**23%**	**67%**

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los micronutrientes y la vacunación, se revisó la formulación de ácido fólico, hierro y calcio, así como la vacunación con toxoide tetánico —al menos una dosis—, actividades que se agruparon en la variable Micronutrientes y Vacunación. Los tres micronutrientes se formularon a más del 80% de las gestantes en todas las regiones, y a más del 90% en los regímenes contributivo y subsidiado, así como en las no afiliadas. El toxoide tetánico se registró en el 55% de HC, con porcentajes menores a la media en Valle del Cauca (52%), Santanderes (47%) y Amazonia (30%). También se observaron cifras bajas en mujeres no afiliadas (47%) y en las afiliadas al régimen especial (19%).

Las actividades P y P básicas más el registro de asesoría pre y post prueba para tamizaje de VIH, formulación de micronutrientes y vacunación con toxoide tetánico, se agruparon en la variable Actividades P y P completas, la cual tuvo un promedio de realización del 5,3%, con 3 regiones (Amazonia, Eje Cafetero y Antioquia) con valor inferior al 1% (Figura 15).

Figura 15. Actividades P y P completas según región

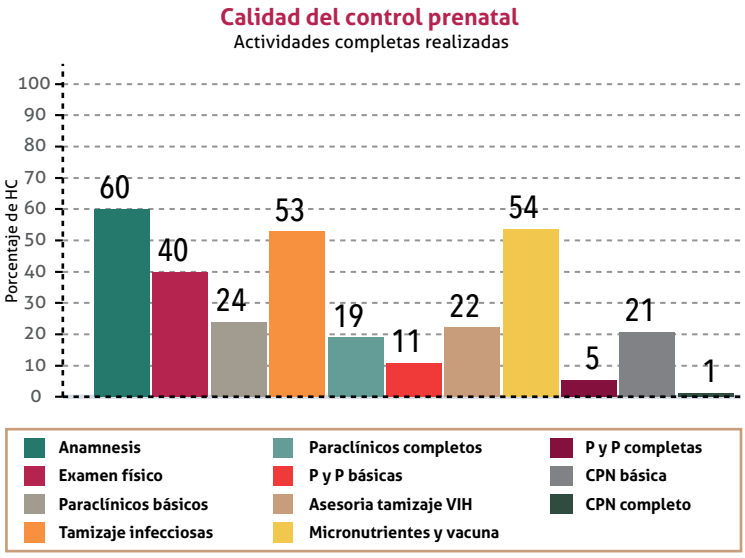


Fuente: elaboración propia.

CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

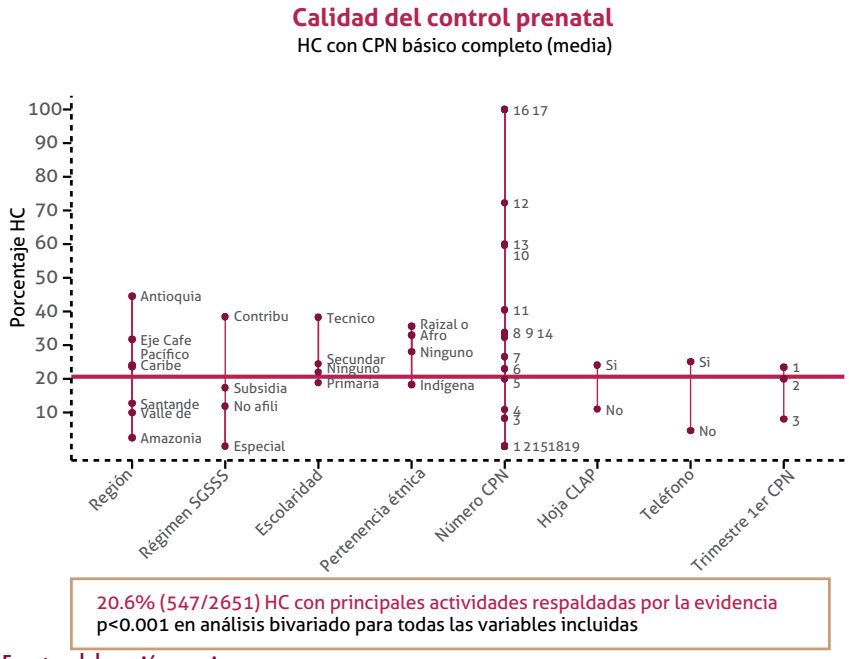
Tomando en consideración todos los datos, se construyeron dos variables (ver Tabla 1): control prenatal básico (CPN básico) y control prenatal completo (CPN completo). En el CPN básico se consideraron actividades de la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo (R-412/00) que tuvieran además evidencia científica A o B (muy recomendadas), y se dejaron de lado las actividades sin evidencia fuerte para su implementación (p. ej.: movimientos fetales o maniobras de Leopold), aquellas no claramente definidas en la norma técnica (valoración biopsicosocial y de violencias) o que pudieran haberse realizado en otro momento (citología, formato de consentimiento, asesoría en lactancia, cuidados del recién nacido y planificación familiar). En el CPN completo se incluyeron las actividades de la norma técnica de la R-412/00 y las avaladas por la evidencia. En la Figura 16 pueden observarse los porcentajes de registro de todas las actividades del CPN.

Figura 16. Actividades del control prenatal



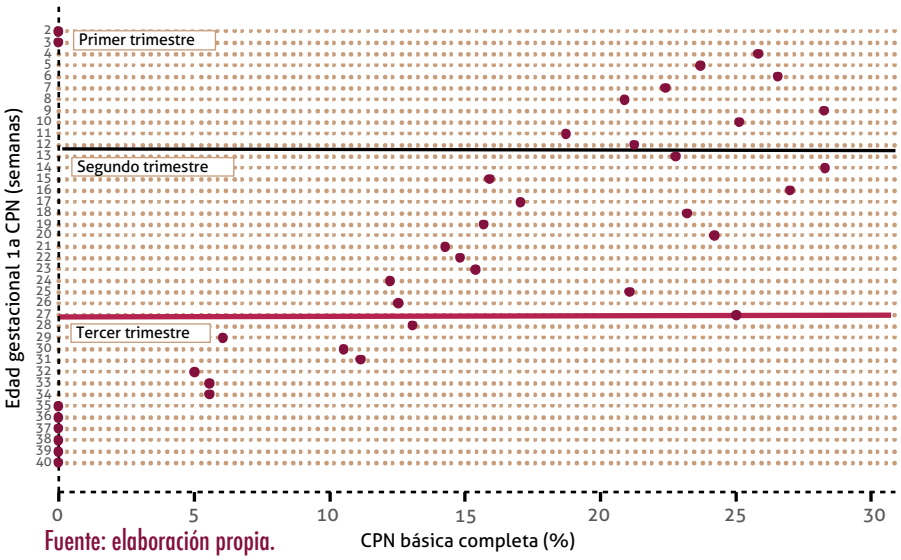
En el análisis bivariado (Figura 17) se observa el menor porcentaje de actividades realizadas en la región de Amazonia, en la población indígena, en aquellas mujeres que no cuentan con teléfono y en las mujeres no afiliadas o del régimen subsidiado. Para resaltar, el grupo de gestantes del régimen especial y de excepción muestra la menor proporción de HC con CPN básico completo. A nivel institucional aparecen como variables de importancia la utilización del formato CLAP y el inicio de la atención prenatal en el primer trimestre (Figura 18), encontrando que a mayor número de controles se mejora la posibilidad de que se realicen las actividades básicas —con algunas excepciones que, posiblemente, sean las atenciones que ocurren por urgencias—.

Figura 17. Análisis bivariado de actividades del CPN



Fuente: elaboración propia.

Figura 18. Calidad del control prenatal según la edad gestacional de la primera consulta



Fuente: elaboración propia.

Se construyó un modelo multivariado con regresión logística para la variable control prenatal básico (CPN básico), que se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9. Variable CPN Básico. Análisis multivariado

Variables		Odds Ratio	P>z	[Interv. Conf. 95%]	
Región	Amazonia (ref)	1,00			
	Eje Cafetero	7,31	0,000	2,65	20,19
	Pacífico	9,48	0,000	3,41	26,39
	Caribe	5,99	0,001	2,18	16,44
	Santanderes	3,18	0,063	0,94	10,78
	Valle del Cauca	0,88	0,833	0,27	2,85
	Antioquia	12,23	0,000	4,39	34,09
Régimen	No afiliada (ref)	1,00			
	Subsidiado	1,22	0,383	0,78	1,91
	Contributivo	3,73	0,000	2,23	6,21
Registra número de teléfono en HC		4,19	0,000	2,11	8,31
Uso de Hoja CLAP en HC		1,58	0,031	1,04	2,39
Pertenencia étnica	Indígena (ref)	1,00			
	Afro	0,80	0,415	0,47	1,36
	Raizal/palenquero	1,25	0,773	0,28	5,57
	Ninguno	0,36	0,000	0,21	0,60
Edad gestacional 1 CPN (por cada semana)		1,04	0,001	1,02	1,07
Número de CPN (por cada CPN adicional)		1,39	0,000	1,30	1,50

Fuente: elaboración propia.

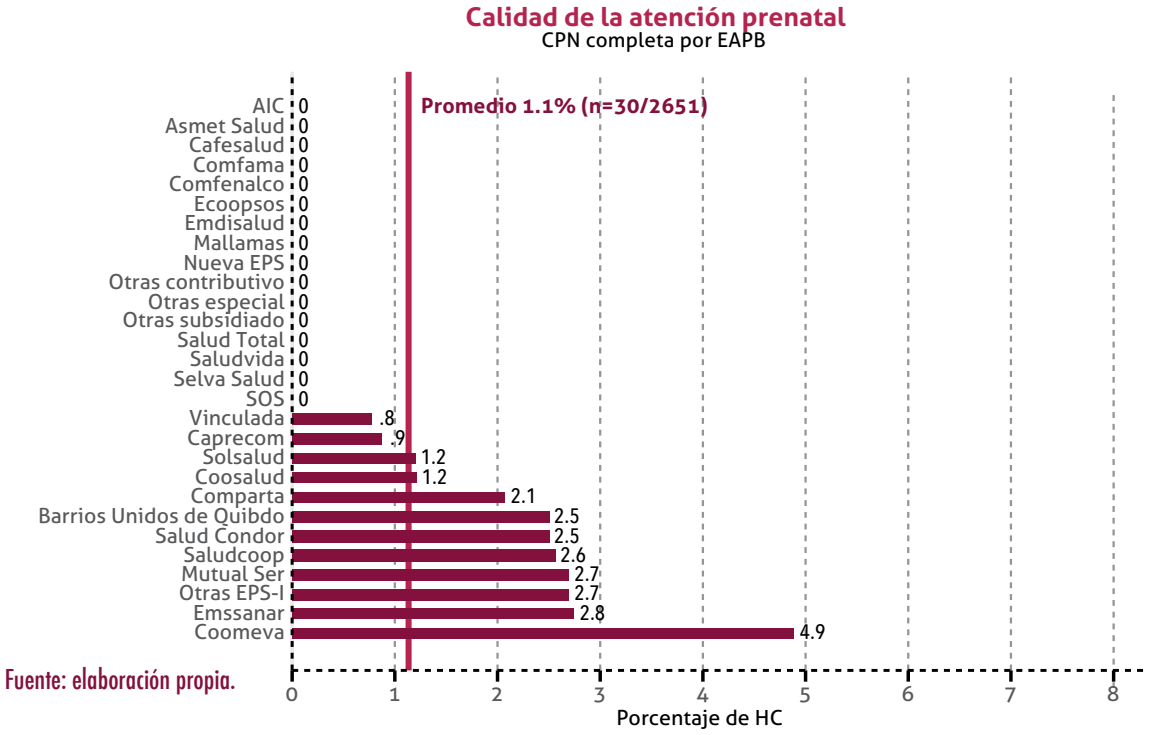
De acuerdo con este modelo al controlar por región, régimen de afiliación al SGSSS, uso de hoja del CLAP, registro de número telefónico, pertenencia étnica, edad gestacional en el momento de la primera consulta prenatal y número de controles prenatales:

- Una gestante en Antioquia tiene una posibilidad doce veces mayor de tener un CPN básico completo que una gestante en la Amazonia (OR 12,2; IC 95% [4,4-34,1]).
- Una gestante afiliada al régimen contributivo tiene una posibilidad 3,7 veces mayor de tener un CPN básico completo que una gestante no afiliada (OR 3,7; IC 95% [2,2-6,2]).
- Las gestantes con número telefónico registrado tienen una posibilidad cuatro veces mayor de tener un CPN básico completo (OR 4,19; IC 95% [2,1-8,3]).
- Una gestante con HC del CLAP tiene una posibilidad 58% mayor de recibir todas las actividades del CPN básico (OR 1,58; IC 95% [1,04-2,4]).
- Por cada CPN adicional, las posibilidades de recibir las intervenciones completas aumentan un 39% (OR 1,39; IC 95% [1,3-1,5]).

Cuando se evaluaron todas las actividades del control prenatal (CPN completo), se encontró que el promedio de HC con CPN completo para los 20 departamentos estudiados era del 1,1%, con tres cuartas partes sin ninguna HC con esta condición.

Aunque para todas las variables se contempló el tipo de afiliación al SGSSS, el análisis específico de la variable CPN completo según EAPB mostró que ninguna superó el 5%, y que en 16 de las 28 EAPB incluidas no hubo HC alguna con la totalidad de actividades contempladas por la norma técnica nacional de atención prenatal (Figura 19).

Figura 19. Control prenatal completo según EAPB



Fuente: elaboración propia.

PARTO Y PUERPERIO

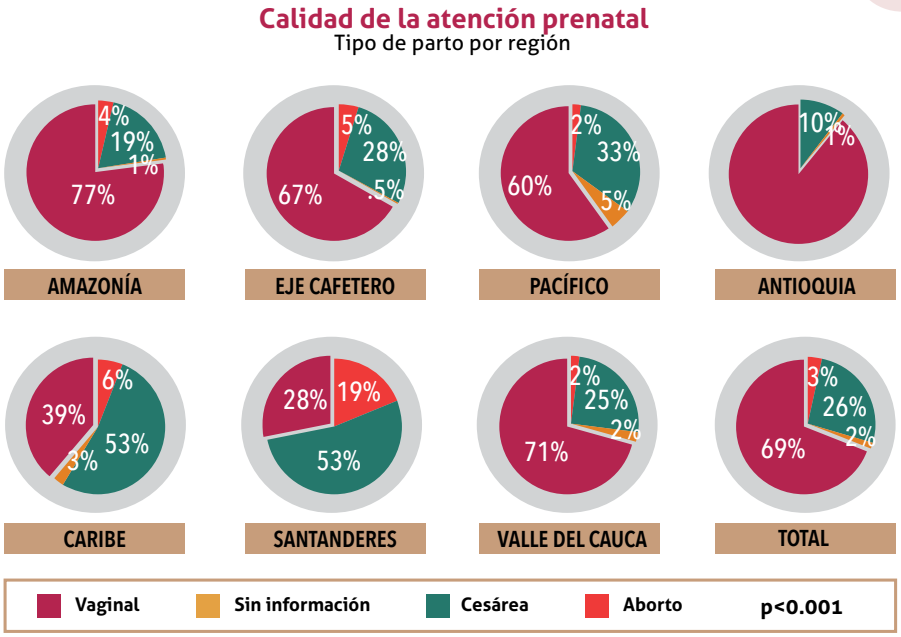
La revisión de HC incluyó la evaluación sobre el registro o no del evento del parto. El promedio nacional fue 49%. El análisis por entidad territorial y régimen de afiliación evidenció un menor registro en los departamentos de Santander y La Guajira, y un mayor registro en el régimen contributivo.

El embarazo culminó en parto vaginal en el 69% de los casos, en cesárea en el 26% y en aborto en el 3,3%, con un alto porcentaje de HC sin información sobre el parto (50,5%). Se deben destacar las diferencias regionales de culminación de la gestación (Figura 20).

La proporción de mujeres con parto por cesárea muestra diferencias significativas entre los regímenes de afiliación al SGSSS.

Las mujeres del régimen contributivo (OR 5,7 [2,2-14,4]) y las de regímenes especiales o de excepción (OR 5,1 [3,1-8,6]) tuvieron una posibilidad cinco veces mayor de tener su parto por cesárea que las no afiliadas.

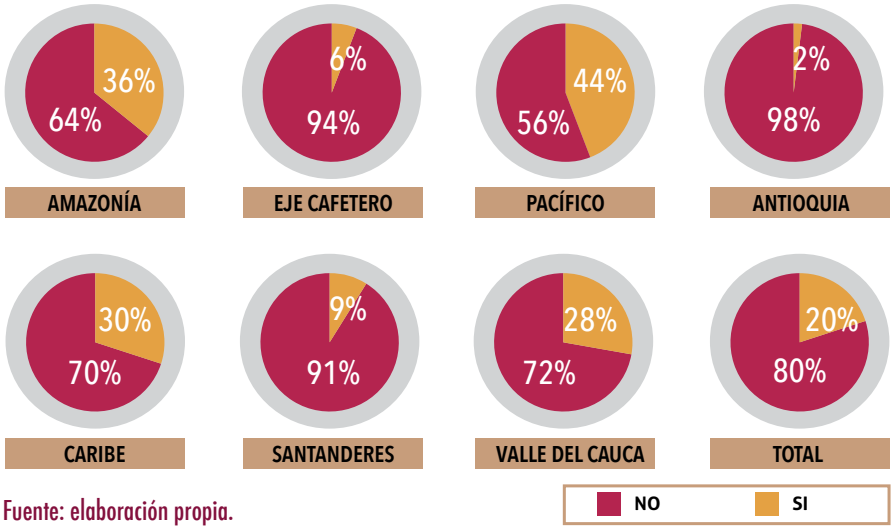
Figura 20. Culminación del embarazo según región



Fuente: elaboración propia.

En la figura 21 se aprecia que, para los casos en los que se encontró registro de parto institucional en la HC, el 20% de los recién nacidos carecía de registro de vacuna para hepatitis B en las primeras 12 horas de vida. Al igual que para la mayoría de las variables se encontraron diferencias significativas entre la proporción de recién nacidos vacunados por región, régimen de afiliación al SGSSS, y otras variables sociodemográficas (p<0,001).

Figura 19. Recién nacidos vacunados para hepatitis B en las primeras 12 horas por región



Fuente: elaboración propia.

En el Anexo 2 de este documento se encuentran tablas con los resultados de la mayoría de las variables analizadas, discriminadas por región, entidad territorial, régimen de aseguramiento y algunas características sociodemográficas.

DISCUSIÓN

Diferentes organizaciones internacionales han reconocido la importancia que tiene el control prenatal para la salud del binomio madre hijo. UNICEF ha establecido claramente que la alta mortalidad neonatal de los países en vía de desarrollo se relaciona directamente con la oportunidad y calidad del cuidado que recibe la mujer durante la gestación [14]. Por su lado, la OMS ha insistido en una atención materna integral y completa, basada en la evidencia, y para ello ofrece continuamente —a través de su página web— análisis de investigaciones, instrumentos y recomendaciones que permitan a los profesionales de la salud de todos los países estar al tanto de los avances para disminuir la morbimortalidad materna e infantil [15]. Sin embargo, el control prenatal en Colombia sigue presentando deficiencias, como se pudo evidenciar en la presente investigación realizada en veinte departamentos, 139 municipios y los tres distritos anteriormente mencionados.

Los resultados muestran que en todas las entidades territoriales evaluadas existen falencias en la cobertura de aseguramiento, dado que se encontró que un 14% de las gestantes no poseían afiliación en salud y la mayoría de ellas (64%) estaban afiliadas al régimen subsidiado, lo que generalmente se asocia con acceso restringido a los servicios de salud debido a la segmentación de los planes de beneficios. Como lo señalan Zambrano y cols.:

> Aun cuando se ha dicho que el aseguramiento no es salud, sí ofrece ventajas sobre el acceso a los servicios de salud. La consulta al médico es altamente dependiente del régimen de afiliación y los no asegurados son los que tienen una menor probabilidad de ir al médico cuando se sienten enfermos [16].

En la presente investigación se encontró que ser una gestante no afiliada se asoció con un inicio más tardío del control prenatal (hacia la semana 15) y con una calidad de CPN por debajo del promedio nacional. En otras palabras, las gestantes no afiliadas tuvieron menor investigación sobre signos y síntomas relacionados con eventos de morbimortalidad materna, menos paraclínicos básicos completos y menor tamizaje —y más tardío— de VIH, sífilis y Hepatitis B. El no estar afiliada únicamente se relacionó en forma positiva con las actividades de promoción y prevención en un porcentaje ligeramente superior al promedio pero inferior al del régimen contributivo.

No obstante, estar afiliado no es necesariamente positivo, ya que todos los regímenes de aseguramiento presentan deficiencias. Pertenecer al régimen subsidiado es casi lo mismo que no estar afiliada al sistema en lo relacionado con anamnesis, tamizaje de paraclínicos básicos y tamizaje de VIH, sífilis y Hepatitis B. Más aún, pertenecer a los regímenes especial y de excepción pareciera ser un factor de riesgo, ya que las gestantes con estas condiciones

(2% del total de las HC revisadas) tuvieron el más bajo porcentaje de HC con anamnesis completa, paraclínicos básicos completos, actividades P y P completas, formulación de micronutrientes y vacunación con toxoide tetánico. Con respecto a este último, se destaca que solo un 19% de las gestantes de los regímenes especial y de excepción aparecen con registro de vacunación con este biológico, en comparación con el 47% de la población no afiliada y el 68% de las gestantes del régimen contributivo. Sin embargo, tuvieron mayor asesoría en signos de alarma con respecto a los demás regímenes. Por su lado, el régimen contributivo pareciera ofrecer una atención prenatal más completa, pero sin llegar a brindar a la totalidad de gestantes un CPN básico y, menos aún, un CPN completo.

El análisis por EAPB evidenció que algunas de estas instituciones tuvieron un desempeño marcadamente deficiente. Estos hallazgos indican la importancia del control de calidad y el monitoreo al cumplimiento de metas que deben realizar estas instituciones en su red de prestación de servicios.

Las deficiencias en la atención se hacen más evidentes en el análisis por departamentos y regiones. Se destaca la situación de la región de la Amazonia, que para todas las variables presenta el peor desempeño. Población dispersa —en gran porcentaje indígena— y barreras geográficas y de comunicación para el acceso a los servicios, son elementos ya reconocidos —pero no abordados— que influyen en la deficiente calidad de la salud de estos departamentos. Si a este panorama se suma la realización de controles prenatales de calidad deficiente, no extrañan las altas cifras de mortalidad materna e infantil en esta región. Sin embargo, decir que la Amazonia no posee buenas condiciones en este sentido no significa que las demás regiones estén en una situación excelente. El Eje Cafetero y Antioquia superan el promedio en el CPN básico, pero no alcanzan el 50% de HC con las actividades mínimas para decir que se hizo un control prenatal integral y de calidad. Por eso, no extraña que al contemplar todas las actividades (CPN completo) el promedio nacional sea del 1%.

Cabe destacar el bajo registro que se hace en las historias clínicas sobre características sociodemográficas como estrato socioeconómico, nivel educativo y pertenencia étnica de la gestante, elementos considerados como determinantes sociales que, según la OMS son los principales responsables de las diferencias injustas y evitables en el estado de salud dentro del país y entre países [17,18]. En la presente investigación, los tres elementos señalados mostraron influencia en la edad gestacional de inicio del control prenatal y en la realización del tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B. El riesgo de esta omisión en un país definido por Constitución como pluricultural es que no se tengan en cuenta las necesidades diferenciales y la vulnerabilidad especial que tienen algunas poblaciones.

Los hallazgos pusieron de manifiesto que el registro de los procesos clínicos de las gestantes es deficiente, y suscitan cuestionamientos acerca de si esta información está siendo utilizada para promover cambios en la atención prenatal a nivel institucional. Como lo manifiesta la evidencia, se hace necesario poner en marcha procesos efectivos de garantía de la calidad de

la información recolectada en las historias clínicas, con el fin de mejorar los procesos de registro y recolección de los datos que las alimentan, de tal forma que esta información sea utilizada como una herramienta para la acción —gestión de casos, detección de cambios en las cargas de enfermedad o formación del personal de salud— [19].

Vale la pena señalar el hallazgo de una relación directa entre el uso del formato de historia clínica materna del CLAP y la realización o registro de las actividades recomendadas por la evidencia para mejorar la salud y disminuir la mortalidad materno infantil. Es posible que la presencia de casillas obligue a los prestadores a cumplir las recomendaciones, pues es más difícil pasar por alto un espacio sin llenar o una señal que indica un factor de riesgo. Encontrar —como ya se mencionó— que el promedio nacional de control prenatal completo es del 1% debería, entre otras, invitar a considerar el uso de la historia prenatal unificada.

Al analizar específicamente las actividades contempladas en la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo [20] —establecida por la resolución 412/00—, en el presente estudio se encontró que muchas de las indicaciones allí escritas no se siguen. Como ejemplo se destacan:

- El inicio tardío del control prenatal. Generalmente se realiza hacia el segundo trimestre, a pesar de que la Norma Técnica establece que:

  Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo [20].

- El mínimo seguimiento de la ganancia de peso y aumento de la altura uterina. Esto ocurre a pesar de que la Norma Técnica señala que "durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes" [20].

- La casi ausencia de la citología cervical. No es justificable si se toma en cuenta que el país presenta una alta prevalencia de cáncer de cérvix, que este examen no perjudica al embrión o feto y que el control prenatal es una oportunidad única para realizar un tamizaje sobre esta condición—que muchas veces demora en hacerse en regiones con importantes barreras geográficas, como la Amazonia—.

- El tamizaje inadecuado de infecciones con riesgo de transmisión materno infantil. Se debe tomar en cuenta que todas las pruebas necesarias están incluidas en el POS. Al reflexionar sobre la situación de tamizaje de estas pruebas, cabe recordar que, como señalan OPS y UNICEF, "América Latina y el Caribe constituyen una de las regiones con mayores tasas de sífilis a nivel mundial" [21]. Esta situación permite dimensionar la gravedad que tiene la no realización a todas las gestantes de la serología para sífilis, que es una prueba técnicamente

fácil de realizar, económica y que, en caso de tener un resultado positivo, conlleva un tratamiento simple y económico. En cuanto al VIH, preocupan las diferencias entre asesorías -pre y post-pruebas realizadas. Además de la vulneración de derechos que constituye la realización de una prueba sin consentimiento, el no ofrecimiento de una asesoría post prueba implica la pérdida de una oportunidad única para educar a la gestante y a su pareja en medidas de protección que han mostrado su eficacia en la reducción de la infección por VIH. En cuanto a la hepatitis B, los datos indican que, por lo general, su tamizaje se realiza muy poco, a pesar de estar contemplado en la resolución 412/00.

- La poca importancia que se da a las esferas mental y social. La valoración psicosocial es escasa y la evaluación de violencias es casi nula, a pesar de que en Colombia la principal causa de muerte en la población joven suele ser la violencia. Se observó que en los departamentos en que se explora con alta frecuencia el estado anímico, no se pregunta por violencias.

- La escasez de actividades educativas a la gestante. En las regiones estudiadas se encontró que los signos de alarma se informan con alta frecuencia; sin embargo, se realizan muy pocas acciones dirigidas a educar en lactancia y en los cuidados del recién nacido, así como en acciones vitales para la sobrevida del neonato. El tema de regulación de la fecundidad amerita una reflexión particular. En general, la oferta de estos servicios es muy limitada (30%), pero también se encuentra que los departamentos que registran en menor medida la asesoría en planificación (Vaupés, Amazonas y Putumayo) son aquellos que tienen grandes barreras geográficas y culturales para el acceso a los servicios, que cuentan con redes de salud muy deficientes y con una importante proporción de habitantes pertenecientes a pueblos indígenas.

- La deficiente cobertura de vacunación para hepatitis B en las primeras 12 horas en los partos institucionales, con desigualdades significativas en términos geográficos, de afiliación al SGSSS y socioculturales muestra que la pérdida de oportunidades no ocurre solo para las gestantes, sino que se extiende a los recién nacidos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La atención prenatal de calidad puede ser vista como una meta deseada —por lo que se utiliza para evaluar al sistema de salud— o como una intervención para lograr unos resultados específicos en la salud materno infantil. En ambos casos, el principal reto del país es la puesta en práctica de una atención prenatal que sea integral, continua y de calidad, y que a la vez sea una buena experiencia para la gestante. Un control prenatal sin tales características difícilmente va a contribuir a disminuir la mortalidad materna.

Como lo señala el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo:

> La mortalidad materna evidencia un profundo problema en materia de derechos humanos. Al no generar las condiciones para acceder a servicios de salud apropiados durante el embarazo, el parto y el puerperio, o a servicios e insumos que permitan a las mujeres elegir si quieren tener un hijo o no, se podría estar atentando contra el derecho a la vida y a la seguridad [22].

Colombia cuenta con normatividad suficiente para garantizar una atención prenatal que incluya las actividades avaladas por la evidencia; sin embargo, los resultados del estudio ponen de manifiesto las persistentes deficiencias en todas las intervenciones que son de obligatorio cumplimiento de acuerdo con la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (R 412/00). La falta de adherencia a la norma técnica tiene múltiples factores, entre los que se destacan: 1) la fragmentación de los servicios; 2) las pocas y deficientes acciones de monitoreo y evaluación de procesos de calidad al interior de los programas y entre actores del sistema; y 3) la desmotivación y desesperanza del recurso humano, fomentada entre otras razones por las precarias e inestables condiciones laborales —incluyendo el pago irregular de salarios—. Estos últimos factores se deben abordar para que cualquier respuesta sectorial sea efectiva.

Ser una gestante pobre no afiliada, pertenecer a regímenes especiales o de excepción, o residir en zona rural dispersa donde predominen grupos étnicos diferenciados, se ratifican como factores que influyen significativamente en la mala calidad de la atención prenatal. Aun teniendo en cuenta que los datos sociodemográficos en las historias clínicas son incompletos y limitan el tamaño de la muestra para algunas comparaciones, los análisis multivariados siguen mostrando una asociación fuerte entre estos aspectos, ligados a los determinantes sociales y a la posibilidad de tener atención deficiente. El uso de la variable "teléfono" como un indicador indirecto del estado socioeconómico y de la accesibilidad también permitió identificar asociaciones significativas en relación con las diferencias en la calidad de la atención prenatal.

Los hallazgos aquí presentados llevan a reflexionar sobre la necesidad de apoyar el fortalecimiento de las capacidades técnicas locales en prestadores de servicios, formuladores de políticas y tomadores de decisiones en temas de salud materno infantil, comprometiéndolos a participar en ejercicios conjuntos de establecimiento de prioridades y alternativas de solución, con ayuda de

la evidencia disponible y de herramientas de probada efectividad. En el capítulo 5 del presente compendio se presentan de manera resumida algunas alternativas de solución y herramientas que ya están siendo implementadas, con el fin de mejorar la calidad de la atención materna e infantil.

Es importante resaltar la responsabilidad que tienen y deben cumplir las entidades administradoras de planes de beneficios en el control de calidad y en el monitoreo al cumplimiento de metas en su red de prestación de servicios, así como el papel de las propias instituciones prestadoras de servicios de salud en lo referente al monitoreo y evaluación de sus programas, para garantizar la calidad. Igualmente, se destaca la importancia de garantizar el cumplimiento de las competencias de las Direcciones Territoriales de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud en lo que respecta a los procesos de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control, así como en la aplicación de las medidas necesarias para intervenir oportunamente en la solución de los problemas que presentan de manera sistemática algunas instituciones. En la medida que estos actores del sistema hagan un buen seguimiento a los programas, pueden contribuir positivamente con el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención a las gestantes y, en general, a toda la población.

Mejorar la calidad de la atención prenatal es muy importante para identificar gestantes con factores de riesgo que requieren intervenciones oportunas para evitar complicaciones y reducir la morbilidad pero, como ha sido demostrado [23], para reducir la mortalidad materna es esencial garantizar el acceso a cuidados obstétricos de emergencia, integrales y de calidad. Aunque las intervenciones desde el sector salud son fundamentales, la morbimortalidad materno infantil está marcada por inequidades como las descritas, y las acciones dirigidas a solucionar la problemática tienen que ser intersectoriales, y enfocarse en la corrección de los determinantes sociales para tener impactos más profundos y sostenidos.

ANEXOS

ANEXO 1. Hoja de extracción de datos de las historias clínicas de control prenatal

Nota para la entrevistadora: La fuente de esta información es la historia clínica que se seleccionó de manera aleatoria.

Identificación del proyecto

1. Código Historia Clínica ___|___|___|___|___|	Día Mes Año **2. Fecha Entrevista** ___|___||___|___||2|0|1|1|	3.Entidad territorial _____ 4.Municipio _____
5. Institución _____ **a) Nivel de atención** _____ **b) La institución implementa IAMI** 1. Sí ☐ 2. No ☐ **c) La institución implementa código rojo** 1. Sí ☐ 2. No ☐		
6. La historia clínica tiene: **a) Hoja de CLAP** 1. Sí ☐ 2. No ☐ **a1) Modelo HC institucional** 1. Sí ☐ 2. No ☐ **b) Nombre claro** 1. Sí ☐ 2. No ☐ **c) Documento de identidad** 1. Sí ☐ 2. No ☐ **d) Teléfono** 1. Sí ☐ 2. No ☐ **e) Dirección** 1. Sí ☐ 2. No ☐		
7. Edad _____ (años) **8. Estrato socioeconómico** 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. No sabe ☐		

9	Nivel educativo	1. Ninguno ☐	4. Secundaria incomp. ☐	7. Universidad ☐
		2. Primaria incompleta ☐	5. Secundaria completa ☐	8. Postgrado ☐
		3. Primaria completa ☐	6. Técnico/tecnológico ☐	9. No disponible ☐
10	Pertenencia étnica	1. Indígena ☐	3. Raizal ☐	5. Afrocolombiano ☐
		2. Rom ☐	4. Palenquero ☐	6. Ninguno de los anteriores ☐
				7. Información no disponible ☐
11	Afiliación al SGSSS	1. Contributivo ☐	3. Régimen especial ☐	
		2. Subsidiado ☐	4. Régimen de excepción ☐	
			5. No afiliado ☐	
12	EPS _____			
13	Formula obstétrica a) G____ b) P____ c) C_____ d) V_____ e) A_____ f) E ____ g) O ____			

CONTROL PRENATAL

14	Toma prueba de embarazo 1. Sí ☐ 2. No ☐	**15.** Fecha prueba de embarazo _____ (dd/mm/aa)
16	Fecha primer control prenatal |___|___||___|___||___|___| (dd/mm/aa)	**17.** Edad gestacional al inicio CPN (semanas) _____
18.	Número de controles prenatales durante la gestación _____	

Registrar lo ocurrido en cada consulta de control prenatal

		Número de la consulta prenatal														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
19.	Semana gestacional																
20.	Persona que realiza CPN																

			Número de la consulta prenatal														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
a.	Enfermería																	
b.	Medicina general																	
c.	Ginecología																	
d.	Otro (cual _____)																	
21.	Datos clave al interrogatorio																	
a.	Perdidas vaginales (líquido amniótico, sangre)																	
b.	Interroga sobre disuria y volumen urinario																	
c.	Indaga presencia de cefalea intensa, fosfenos o epigastralgia de inicio reciente	(> sem 26)																
d.	Indaga presencia de edemas	(> sem 26)																
e.	Indaga acerca de movimientos fetales	(> sem 26)																
22.	Evaluación del examen físico que determina riesgo																	
a.	Registro de peso																	
a1.	Curva de ganancia de peso																	
b.	Registro de talla (1ª consulta)																	
c.	Registro de TA																	
d.	Registro de altura uterina	(>5sem 18)																
d1.	Curva crecimiento uterino	(>5sem 18)																
e.	Registro fetocardia	(>sem 26)																
f.	Registra numero fetos al menos 1 vez	(>sem 26)																
g.	Registro presentación fetal (>semana 34)																	
23.	Recibió educación/asesoría/valoración sobre																	
a.	Evidencia de evaluación biopsicosocial																	
b.	Indaga si ha sufrido algún tipo de maltrato																	
c.	VIH pretest																	
C1.	Nota de consentimiento o disentimiento																	
d.	VIH postest																	
e.	Signos de alarma de la gestación																	
f.	Lactancia materna (al menos una vez)																	
g.	Planificación familiar																	
h.	Curso psicoprofiláctico																	
i.	Información sobre el cuidado y la salud de RN																	
24.	Micronutrientes y vacunas																	
a.	Administración de sulfato ferroso																	
b.	Administración de acido fólico																	
c.	Administración de calcio																	
d.	Administración de toxoide tetánico																	

25.	Se cita a control prenatal a mujeres gestantes de bajo riesgo mensualmente, antes de la semana 36, y posteriormente cada 15 días, hasta el momento del parto 1. Sí ☐ 2. No ☐

Paraclínicos solicitados

		Solicitado 1			Solicitado 2			Solicitado 3		
26.	Paraclínicos solicitados	Sí/No	Semana	Resultado	Sí/No	Semana	Resultado	Sí/No	Semana	Resultado
a.	Hemoclasificación									
a1.	Coombs indirecto si es Rh negativo									
b.	Hemoglobina									
c.	Serología para sífilis									
c1.	Prueba treponémica para serologías reactivas para sífilis									
d.	Ag s Hepatitis B									
d1.	Prueba confirmatoria para hepatitis B									
e.	Prueba de tamizaje para VIH									
e1.	Segunda prueba de tamizaje VIH si tamizaje reactiva									
e2.	Prueba confirmatoria de VIH si segunda de tamizaje reactiva									
f.	Glicemia en ayunas									
g.	Test O'Sullivan									
g1.	Curva tolerancia oral a glucosa (Glicemia en ayunas >95/O'Sullivan>136)									
h.	Urocultivo/parcial de orina									
i.	Citología cervical									
j.	Ecografía									

Sistema de referencia y contrarreferencia y clasificación del riesgo obstétrico

27.	Identifica los factores de riesgo, evalúa los cambios, hace anotaciones y recomendaciones al respecto 1. Sí ☐ 2. No ☐
28.	a. Se registra en la Historia Clínica la referencia de la mujer gestante al nivel de competencia, según la clasificación del riesgo 1. Sí ☐ 2. No ☐ b. Le indicaron en dónde debe tener el parto 1. Sí ☐ 2. No ☐

Conductas específicas 1

29.	Conductas específicas		Si la respuesta es afirmativa	
a.	Coombs indirecto positivo	1.Sí☐2.No☐3.NA☐	a1. Remite a nivel 3	1.Sí☐2.No☐
b.	Urocultivo positivo	1.Sí☐2.No☐3.NA☐	b1. Antibiótico	1.Sí☐2.No☐
c.	Curva tolerancia oral a la glucosa 2 valores alterados (95/180/155/140)	1.Sí☐2.No☐3.NA☐	c1. Remisión a especialista	1.Sí☐2.No☐
d.	Cifras de TA 140/90	1.Sí☐2.No☐3.NA☐	d1. Remisión a especialista	1.Sí☐2.No☐
e.	Embarazo múltiple	1.Sí☐2.No☐3.NA☐	e1. Remisión a especialista	1.Sí☐2.No☐

Conductas específicas VIH, sífilis, hepatitis B

30.	Diagnóstico de infección por VIH		Fecha (dd/mm/aa)	Resultado/Régimen
a.	Carga viral 1	1.Sí☐2.No☐		
b.	Carga viral 2	1.Sí☐2.No☐		
c.	Cd4 recuento	1.Sí☐2.No☐		
d.	TAR anteparto	1.Sí☐2.No☐		
e.	TAR intraparto	1.Sí☐2.No☐		

f.	Profilaxis recién nacido	1.Sí☐2.No☐		
31.	Diagnóstico de infección por Sífilis		Fecha (dd/mm/aa)	
a.	Penicilina benzatinica dosis 1	1.Sí☐2.No☐		
b.	Penicilina benzatinica dosis 2	1.Sí☐2.No☐		
c.	Penicilina benzatinica dosis 3	1.Sí☐2.No☐		
d.	Penicilina cristalina a gestante	1.Sí☐2.No☐		
e.	Diagnóstico de sífilis congénita	1.Sí☐2.No☐		
f.	Notificación a contacto	1.Sí☐2.No☐		
g.	Tratamiento a contacto	1.Sí☐2.No☐		
32.	Diagnóstico de infección por Hepatitis B		Fecha (dd/mm/aa)	
	Aplicación gammaglobulina o suero hiperinmune RN	1.Sí☐2.No☐		

Resultado de la gestación

33.	Institución donde tuvo parto _____	34. Municipio del parto _____
35.	Fecha parto _____ (dd/mm/aa)	36. Semanas de gestación al momento del parto _____
37.	Tipo de parto 1. Vaginal☐ 2. Cesárea☐ 3. Instrumentado☐ 4. Aborto☐	38. Peso _____ g
39.	Complicación parto 1.Sí☐ 2.No☐	
40.	¿Cuál?	1. Hemorragia posparto☐ 2. Desproporción céfalo pélvica ☐ 3. Eclampsia/ preeclampsia posparto☐ 4. Infección puerperal ☐ 5. Desgarro☐
41.	Egreso materno	1. Viva ☐ 2. Con patología ☐ 3. Remitida☐ 4. Fallece ☐ 5. Fallece después de la remisión ☐ 6. Sana después de la remisión ☐
42.	Egreso RN	1. Vivo ☐ 2. Con patología ☐ 3. Remitido☐ 4. Fallece ☐ 5. Fallece después de la remisión ☐ 6. Sano después de la remisión ☐
43.	Vacuna de hepatitis B al RN en las primeras 12 Horas 1.Sí☐ 2.No☐	

44. Entrevistador(a): _____

ANEXO 2.
CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN COLOMBIA. EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN VEINTE DEPARTAMENTOS Y TRES DISTRITOS, 2009-2011

MEDIA E INTERVALO DE CONFIANZA 95% DE LAS VARIABLES MÁS RELEVANTES

La información contenida en este documento permite obtener información sobre la calidad de la atención prenatal de acuerdo con las variables y características descritas en el documento "Calidad de la atención prenatal en Colombia. Evaluación de historias clínicas en veinte departamentos y tres distritos, 2009-2011" desagregada por región, entidad territorial y régimen de aseguramiento. La información está organizada en hojas de cálculo con hipervínculos ligados a esta página para hacer más fácil su navegación. El documento se organizó de la siguiente manera:

Teniendo en cuenta que se elaboraron variables compuestas para hacer más robusto el análisis del desempeño de diferentes procesos de la consulta prenatal se incluye la definición de las variables con las actividades o procedimientos incluidos en cada una de ellas

Regiones y entidades territoriales	Amazonia	Amazonas
		Caquetá
		Guaviare
		Putumayo
		Vaupés
	Eje Cafetero	Caldas
		Quindío
		Risaralda
	Pacífico	Cauca
		Chocó
		Nariño
	Caribe	Atlántico y Barranquilla
		Bolívar y Cartagena
		Córdoba
		La Guajira
		Magdalena y Santa Marta
	Santanderes	Norte de Santander
		Santander
	Valle del Cauca	Valle del Cauca
	Antioquia	Antioquia
Régimen de afiliación al SGSSS	Contributivo	
	Especial y de excepción	
	No afiliadas	
	Subsidiado	
Otros sociodemográficos y CLAP	Pertenencia étnica	
	Nivel educativo	
	Nivel socioeconómico (proxi registro de número telefónico en historia clínica)	
	Uso del registro del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)	
TOTAL		

En una tabla separada se presenta el número de controles prenatales que tuvieron las gestantes por 1) Entidad territorial, 2) Régimen de afiliación al SGSSS, 3) Pertenencia étnica, 4) nivel educativo y 5) registro de teléfono en la historia clínica	Número de controles prenatales

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES COMPUESTAS O ANÁLISIS DE PROCESOS

Variable compuesta/ proceso	Actividades incluidas en cada variable/proceso		
Anamnesis	**Registro de:**		
	Perdidas vaginales	Síntomas de vaso espasmo (>semana 26)	
	Síntomas urinarios	Presencia de movimientos fetales (>semana 26)	
Examen físico	**Registro de:**		
	Talla	Número de fetos (>semana 26)	
	Peso	Fetocardia (>semana 26)	
	Altura uterina	Presentación fetal (>semana 34)	
	Tensión arterial		
Paraclínicos básicos	**Realización de:**		
	Hemoglobina	Glicemia en ayunas	Ecografía
	Hemoclasificación	Uroanálisis	Citología cervical
Tamizaje enfermedades infecciosas	**Tamizaje de:**		
	VIH	Sífilis	Hepatitis B
Paraclínicos completos	**Realización de:**		
	Hemoglobina	Ecografía	
	Hemoclasificación	Citología cervical (CCV)	
	Glicemia en ayunas	Tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B	
	Uroanálisis		
Actividades P & P básicas	**Registro de:**		
	Asesoría en lactancia materna	Planificación familiar	Valoración biopsicosocial
	Cuidados del recién nacido	Signos de alarma	Valoración de violencias
Asesoría para prueba voluntaria de VIH	**Registro de:**		
	Asesoría pretest	Consentimiento o disentimiento informado	
	Asesoría postest		
Micronutrientes y vacunación	**Administración de:**		
	Sulfato Ferroso	Ácido Fólico	
	Calcio	Toxoide tetánico	

Variable compuesta/ proceso	Actividades incluidas en cada variable/proceso		
Actividades P & P completas	Registro de:		
	Asesoría en lactancia materna	Valoración de violencias	
	Cuidados del recién nacido	Asesoría pre y postprueba y consentimiento o disentimiento informado	
	Planificación familiar	Administración de sulfato ferroso, calcio, ácido fólico y toxoide tetánico	
	Signos de alarma		
	Valoración biopsicosocial		
Consulta prenatal básica	Tiene en cuenta los aspectos más relevantes que de acuerdo con la evidencia pueden generar un mayor impacto en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal		
	Indaga por: pérdidas vaginales, síntomas urinarios y de vaso espasmo, realiza asesoría en signos de alarma durante la gestación, evalúa peso, altura uterina y tensión arterial, administra calcio, ácido fólico y toxoide tetánico, valora hemoglobina, hemoclasificación, uroanálisis, realiza tamizaje para sífilis, VIH, hepatitis B y hace al menos una ecografía		
Consulta prenatal completa	Suma de todas las actividades enunciadas en las categorías anotadas arriba		
	Indaga por: Registro de perdidas vaginales, síntomas urinarios, síntomas de vaso espasmo y presencia de movimientos fetales, estos dos últimos después de la semana 26; registro de talla, peso, altura uterina, tensión arterial, número de fetos, fetocardia (los dos últimos después de la semana 26) y presentación fetal (después de la semana 34); registro de asesoría en lactancia materna, cuidados del recién nacido, planificación familiar y signos de alarma, así como la valoración biopsicosocial y de violencias, asesoría pretest, consentimiento o disentimiento informado y asesoría postest; administración de sulfato ferroso, calcio, ácido fólico y toxoide tetánico; valoración de hemoglobina, hemoclasificación, glicemia en ayunas, uroanálisis, ecografía y citología cervical, tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B.		

MEDIA E INTERVALO DE CONFIANZA 95% DE LAS VARIABLES MÁS RELEVANTES

REGIÓN AMAZONÍA							
	Momento del CPN	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	476	57%	0,023	52%	61%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	476	68%	0,021	63%	72%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	476	42%	0,023	38%	47%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	476	58%	0,023	53%	62%
	Anamnesis y examen físico	Talla	476	63%	0,022	58%	67%
	Anamnesis y examen físico	Peso	476	97%	0,008	95%	98%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	476	9%	0,013	7%	12%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	476	96%	0,009	94%	98%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	476	82%	0,018	78%	85%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	476	7%	0,012	5%	10%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	476	49%	0,023	44%	54%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	476	70%	0,021	65%	74%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	476	40%	0,022	36%	45%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	476	75%	0,020	70%	78%
	Actividades P y P	Lactancia materna	476	12%	0,015	9%	15%
	Actividades P y P	Planificación familiar	476	10%	0,014	7%	13%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	476	12%	0,015	9%	15%
	Actividades P y P	Maltrato	476	3%	0,007	1%	5%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	476	17%	0,017	13%	20%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	476	12%	0,015	9%	15%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	476	22%	0,019	18%	26%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	476	33%	0,021	28%	37%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	476	15%	0,016	12%	18%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	476	86%	0,016	82%	89%
	Actividades P y P	Calcio	476	81%	0,018	78%	85%
	Actividades P y P	Acido fólico	476	85%	0,017	81%	88%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	476	30%	0,021	26%	34%
	Paraclínicos	Hemoglobina	476	76%	0,020	72%	80%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	476	71%	0,021	67%	75%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	476	74%	0,020	69%	77%
	Paraclínicos	O`Sullivan	476	6%	0,011	4%	9%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	476	69%	0,021	65%	73%
	Paraclínicos	Citología cervical	476	10%	0,014	7%	13%
	Paraclínicos	Ecografía	476	59%	0,023	55%	64%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	476	78%	0,019	74%	81%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	476	66%	0,022	62%	70%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	476	49%	0,023	44%	53%
	Análisis de procesos	Anamnesis	476	32%	0,021	27%	36%
	Análisis de procesos	Examen físico	476	21%	0,019	17%	25%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	476	5%	0,010	3%	7%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	476	39%	0,022	35%	44%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	476	4%	0,009	2%	6%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	476	1%	0,005	0%	2%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	476	13%	0,015	10%	16%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	476	1%	0,004	0%	2%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	476	29%	0,021	25%	34%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	476	1%	0,004	0%	2%
	Análisis de procesos	CPN básica	476	3%	0,007	1%	4%
	Análisis de procesos	CPN completa	476	0%	0,000	0%	1%

REGIÓN AMAZONÍA									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Amazonas	Curva de ganancia de peso	96	7%	0,027	3%	14%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Amazonas	Tensión arterial	96	93%	0,027	86%	97%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Amazonas	Curva de crecimiento uterino	96	4%	0,020	1%	10%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Amazonas	Presentación fetal	96	21%	0,041	13%	30%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Signos de alarma durante la gestación	96	74%	0,045	64%	82%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Lactancia materna	96	13%	0,034	7%	21%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Planificación familiar	96	2%	0,015	0%	7%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Información sobre el cuidado del recién nacido	96	9%	0,030	4%	17%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Maltrato	96	2%	0,015	0%	7%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Evaluación biopsicosocial	96	1%	0,010	0%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Curso psicoprofiláctico	96	2%	0,015	0%	7%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Consentimiento/ disentimiento informado	96	1%	0,010	0%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Calcio	96	69%	0,047	58%	78%
	Actividades P y P	Departamento	Amazonas	Acido fólico	96	82%	0,039	73%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Hemoglobina	96	65%	0,049	54%	74%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Hemoclasificación	96	48%	0,051	38%	58%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Glicemia en ayunas	96	54%	0,051	44%	64%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	O'Sullivan	96	8%	0,028	4%	16%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Urocultivo/Parcial de Orina	96	51%	0,051	41%	61%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Citología cervical	96	0%	0,000	0%	4%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Ecografía	96	32%	0,048	23%	43%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Tamizaje sífilis	96	61%	0,050	51%	71%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Tamizaje VIH	96	52%	0,051	42%	62%
	Paraclínicos	Departamento	Amazonas	Tamizaje hepatitis B	96	45%	0,051	35%	55%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Anamnesis	96	8%	0,028	4%	16%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Examen físico	96	1%	0,010	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Paraclínicos básicos	96	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	96	34%	0,048	25%	45%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Paraclínicos completos	96	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Actividades P y P básicas	96	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Asesoría tamizaje VIH	96	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Asesorías P y P básicas	96	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Micronutrientes y vacunación	96	7%	0,027	3%	14%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	Actividades P y P completas	96	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	CPN básica	96	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Amazonas	CPN completa	96	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN AMAZONÍA									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caquetá	Curva de ganancia de peso	97	14%	0,036	8%	23%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caquetá	Tensión arterial	97	96%	0,020	90%	99%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caquetá	Curva de crecimiento uterino	97	14%	0,036	8%	23%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caquetá	Presentación fetal	97	31%	0,047	22%	41%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Signos de alarma durante la gestación	97	62%	0,049	51%	72%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Lactancia materna	97	18%	0,039	11%	27%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Planificación familiar	97	15%	0,037	9%	24%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Información sobre el cuidado del recién nacido	97	22%	0,042	14%	31%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Maltrato	97	6%	0,024	2%	13%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Evaluación biopsicosocial	97	27%	0,045	18%	37%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Curso psicoprofiláctico	97	31%	0,047	22%	41%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Consentimiento/ disentimiento informado	97	65%	0,048	55%	74%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Calcio	97	81%	0,039	72%	89%
	Actividades P y P	Departamento	Caquetá	Acido fólico	97	81%	0,039	72%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Hemoglobina	97	89%	0,032	81%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Hemoclasificación	97	91%	0,029	83%	96%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Glicemia en ayunas	97	91%	0,029	83%	96%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	O'Sullivan	97	4%	0,020	1%	10%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Urocultivo/Parcial de Orina	97	87%	0,035	78%	93%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Citología cervical	97	4%	0,020	1%	10%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Ecografía	97	80%	0,040	71%	88%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Tamizaje sífilis	97	88%	0,033	79%	93%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Tamizaje VIH	97	70%	0,046	60%	79%
	Paraclínicos	Departamento	Caquetá	Tamizaje hepatitis B	97	88%	0,033	79%	93%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Anamnesis	97	21%	0,041	13%	30%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Examen físico	97	14%	0,036	8%	23%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Paraclínicos básicos	97	2%	0,014	0%	7%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	97	63%	0,049	52%	72%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Paraclínicos completos	97	1%	0,010	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Actividades P y P básicas	97	4%	0,020	1%	10%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Asesoría tamizaje VIH	97	64%	0,049	54%	73%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Asesorías P y P básicas	97	4%	0,020	1%	10%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Micronutrientes y vacunación	97	63%	0,049	52%	72%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	Actividades P y P completas	97	4%	0,020	1%	10%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	CPN básica	97	3%	0,018	1%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Caquetá	CPN completa	97	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN AMAZONÍA									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Guaviare	Curva de ganancia de peso	95	16%	0,037	9%	25%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Guaviare	Tensión arterial	95	98%	0,015	93%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Guaviare	Curva de crecimiento uterino	95	6%	0,025	2%	13%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Guaviare	Presentación fetal	95	56%	0,051	45%	66%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Signos de alarma durante la gestación	95	91%	0,030	83%	96%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Lactancia materna	95	18%	0,039	11%	27%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Planificación familiar	95	12%	0,033	6%	20%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Información sobre el cuidado del recién nacido	95	18%	0,039	11%	27%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Maltrato	95	3%	0,018	1%	9%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Evaluación biopsicosocial	95	17%	0,038	10%	26%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Curso psicoprofiláctico	95	17%	0,038	10%	26%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Consentimiento/disentimiento informado	95	7%	0,027	3%	15%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Calcio	95	95%	0,023	88%	98%
	Actividades P y P	Departamento	Guaviare	Acido fólico	95	95%	0,023	88%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Hemoglobina	95	72%	0,046	61%	80%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Hemoclasificación	95	79%	0,042	69%	87%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Glicemia en ayunas	95	63%	0,049	53%	73%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	O'Sullivan	95	15%	0,036	8%	23%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Urocultivo/Parcial de Orina	95	65%	0,049	55%	75%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Citología cervical	95	17%	0,038	10%	26%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Ecografía	95	65%	0,049	55%	75%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Tamizaje sífilis	95	74%	0,045	64%	82%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Tamizaje VIH	95	62%	0,050	52%	72%
	Paraclínicos	Departamento	Guaviare	Tamizaje hepatitis B	95	53%	0,051	42%	63%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Anamnesis	95	67%	0,048	57%	77%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Examen físico	95	31%	0,047	21%	41%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Paraclínicos básicos	95	6%	0,025	2%	13%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	95	43%	0,051	33%	54%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Paraclínicos completos	95	3%	0,018	1%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Actividades P y P básicas	95	1%	0,010	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Asesoría tamizaje VIH	95	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Asesorías P y P básicas	95	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Micronutrientes y vacunación	95	58%	0,051	47%	68%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	Actividades P y P completas	95	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	CPN básica	95	8%	0,028	4%	16%
	Análisis de procesos	Departamento	Guaviare	CPN completa	95	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN AMAZONÍA									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Putumayo	Curva de ganancia de peso	95	7%	0,027	3%	15%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Putumayo	Tensión arterial	95	97%	0,018	91%	99%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Putumayo	Curva de crecimiento uterino	95	9%	0,030	4%	17%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Putumayo	Presentación fetal	95	47%	0,051	37%	58%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Signos de alarma durante la gestación	95	64%	0,049	54%	74%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Lactancia materna	95	9%	0,030	4%	17%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Planificación familiar	95	11%	0,031	5%	19%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Información sobre el cuidado del recién nacido	95	3%	0,018	1%	9%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Maltrato	95	1%	0,010	0%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Evaluación biopsicosocial	95	29%	0,047	21%	40%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Curso psicoprofiláctico	95	7%	0,027	3%	15%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Consentimiento/disentimiento informado	95	35%	0,049	25%	45%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Calcio	95	79%	0,042	69%	87%
	Actividades P y P	Departamento	Putumayo	Acido fólico	95	84%	0,037	75%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Hemoglobina	95	78%	0,043	68%	86%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Hemoclasificación	95	66%	0,048	56%	76%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Glicemia en ayunas	95	82%	0,039	73%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	O'Sullivan	95	2%	0,015	0%	7%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Urocultivo/Parcial de Orina	95	82%	0,039	73%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Citología cervical	95	24%	0,044	16%	34%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Ecografía	95	78%	0,043	68%	86%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Tamizaje sífilis	95	84%	0,037	75%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Tamizaje VIH	95	75%	0,045	65%	83%
	Paraclínicos	Departamento	Putumayo	Tamizaje hepatitis B	95	55%	0,051	44%	65%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Anamnesis	95	25%	0,045	17%	35%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Examen físico	95	28%	0,046	20%	39%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Paraclínicos básicos	95	15%	0,036	8%	23%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	95	54%	0,051	43%	64%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Paraclínicos completos	95	15%	0,036	8%	23%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Actividades P y P básicas	95	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Asesoría tamizaje VIH	95	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Asesorías P y P básicas	95	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Micronutrientes y vacunación	95	9%	0,030	4%	17%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	Actividades P y P completas	95	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	CPN básica	95	1%	0,010	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Putumayo	CPN completa	95	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN AMAZONÍA									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Vaupés	Curva de ganancia de peso	93	1%	0,011	0%	6%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Vaupés	Tensión arterial	93	98%	0,015	92%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Vaupés	Curva de crecimiento uterino	93	1%	0,011	0%	6%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Vaupés	Presentación fetal	93	46%	0,052	36%	57%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Signos de alarma durante la gestación	93	83%	0,039	74%	90%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Lactancia materna	93	0%	0,000	0%	4%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Planificación familiar	93	10%	0,031	5%	18%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Información sobre el cuidado del recién nacido	93	8%	0,027	3%	15%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Maltrato	93	1%	0,011	0%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Evaluación biopsicosocial	93	9%	0,029	4%	16%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Curso psicoprofiláctico	93	1%	0,011	0%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Consentimiento/disentimiento informado	93	55%	0,052	44%	65%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Calcio	93	83%	0,039	74%	90%
	Actividades P y P	Departamento	Vaupés	Acido fólico	93	81%	0,041	71%	88%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Hemoglobina	93	78%	0,043	69%	86%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Hemoclasificación	93	72%	0,047	62%	81%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Glicemia en ayunas	93	77%	0,043	68%	85%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	O'Sullivan	93	2%	0,015	0%	8%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Urocultivo/Parcial de Orina	93	61%	0,051	51%	71%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Citología cervical	93	3%	0,018	1%	9%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Ecografía	93	41%	0,051	31%	52%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Tamizaje sífilis	93	82%	0,040	72%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Tamizaje VIH	93	72%	0,047	62%	81%
	Paraclínicos	Departamento	Vaupés	Tamizaje hepatitis B	93	1%	0,011	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Anamnesis	93	37%	0,050	27%	47%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Examen físico	93	31%	0,048	22%	42%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Paraclínicos básicos	93	1%	0,011	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	93	1%	0,011	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Paraclínicos completos	93	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Actividades P y P básicas	93	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Asesoría tamizaje VIH	93	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Asesorías P y P básicas	93	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Micronutrientes y vacunación	93	8%	0,027	3%	15%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	Actividades P y P completas	93	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	CPN básica	93	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Vaupés	CPN completa	93	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN EJE CAFETERO							
	Momento del CPN	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	350	96%	0,010	93%	98%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	350	100%	0,003	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	350	87%	0,018	83%	90%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	350	84%	0,020	79%	87%
	Anamnesis y examen físico	Talla	350	94%	0,013	91%	96%
	Anamnesis y examen físico	Peso	350	100%	0,003	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	350	44%	0,027	39%	50%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	350	99%	0,004	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	350	93%	0,014	90%	95%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	350	43%	0,026	38%	49%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	350	79%	0,022	75%	84%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	350	89%	0,016	86%	92%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	350	70%	0,024	65%	75%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	350	98%	0,008	96%	99%
	Actividades P y P	Lactancia materna	350	34%	0,025	29%	40%
	Actividades P y P	Planificación familiar	350	24%	0,023	19%	29%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	350	9%	0,015	6%	12%
	Actividades P y P	Maltrato	350	21%	0,022	16%	25%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	350	54%	0,027	48%	59%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	350	61%	0,026	56%	67%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	350	89%	0,016	86%	92%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	350	86%	0,018	82%	90%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	350	27%	0,024	22%	32%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	350	98%	0,008	96%	99%
	Actividades P y P	Calcio	350	98%	0,008	96%	99%
	Actividades P y P	Acido fólico	350	98%	0,008	96%	99%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	350	55%	0,027	49%	60%
	Paraclínicos	Hemoglobina	350	95%	0,012	92%	97%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	350	93%	0,013	90%	96%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	350	91%	0,016	87%	93%
	Paraclínicos	O'Sullivan	350	44%	0,027	39%	49%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	350	95%	0,011	93%	97%
	Paraclínicos	Citología cervical	350	23%	0,023	19%	28%
	Paraclínicos	Ecografía	350	91%	0,015	88%	94%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	350	93%	0,014	90%	96%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	350	88%	0,017	84%	91%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	350	67%	0,025	62%	72%
	Análisis de procesos	Anamnesis	350	80%	0,021	75%	84%
	Análisis de procesos	Examen físico	350	64%	0,026	59%	69%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	350	20%	0,021	16%	25%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	350	62%	0,026	57%	67%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	350	14%	0,019	11%	18%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	350	4%	0,011	2%	7%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	350	26%	0,024	22%	31%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	350	1%	0,006	0%	3%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	350	55%	0,027	49%	60%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	350	1%	0,005	0%	2%
	Análisis de procesos	CPN básica	350	32%	0,025	27%	37%
	Análisis de procesos	CPN completa	350	0%	0,000	0%	1%

REGIÓN EJE CAFETERO									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caldas	Curva de ganancia de peso	125	41%	0,044	32%	50%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caldas	Tensión arterial	125	98%	0,011	94%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caldas	Curva de crecimiento uterino	125	40%	0,044	31%	49%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Caldas	Presentación fetal	125	55%	0,044	46%	64%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Signos de alarma durante la gestación	125	96%	0,018	91%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Lactancia materna	125	22%	0,037	15%	30%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Planificación familiar	125	20%	0,036	13%	28%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Información sobre el cuidado del recién nacido	125	12%	0,029	7%	19%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Maltrato	125	21%	0,036	14%	29%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Evaluación biopsicosocial	125	39%	0,044	31%	48%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Curso psicoprofiláctico	125	71%	0,041	62%	79%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Consentimiento/ disentimiento informado	125	90%	0,026	84%	95%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Calcio	125	98%	0,011	94%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Caldas	Acido fólico	125	98%	0,011	94%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Hemoglobina	125	89%	0,028	82%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Hemoclasificación	125	86%	0,031	79%	92%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Glicemia en ayunas	125	84%	0,033	76%	90%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	O'Sullivan	125	34%	0,042	26%	43%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Urocultivo/Parcial de Orina	125	90%	0,026	84%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Citología cervical	125	14%	0,031	8%	21%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Ecografía	125	85%	0,032	77%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Tamizaje sífilis	125	86%	0,031	79%	92%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Tamizaje VIH	125	89%	0,028	82%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Caldas	Tamizaje hepatitis B	125	80%	0,036	72%	87%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Anamnesis	125	67%	0,042	58%	75%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Examen físico	125	43%	0,044	34%	52%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Paraclínicos básicos	125	9%	0,025	4%	15%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	125	70%	0,041	61%	78%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Paraclínicos completos	125	3%	0,016	1%	8%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Actividades P y P básicas	125	6%	0,021	2%	11%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Asesoría tamizaje VIH	125	6%	0,022	3%	12%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Asesorías P y P básicas	125	4%	0,018	1%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Micronutrientes y vacunación	125	43%	0,044	34%	52%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	Actividades P y P completas	125	2%	0,014	0%	7%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	CPN básica	125	18%	0,034	11%	25%
	Análisis de procesos	Departamento	Caldas	CPN completa	125	0%	0,000	0%	3%

REGIÓN EJE CAFETERO									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Quindío	Curva de ganancia de peso	101	55%	0,049	45%	65%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Quindío	Tensión arterial	101	100%	0,000	96%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Quindío	Curva de crecimiento uterino	101	55%	0,049	45%	65%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Quindío	Presentación fetal	101	71%	0,045	61%	80%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Signos de alarma durante la gestación	101	100%	0,000	96%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Lactancia materna	101	18%	0,038	11%	27%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Planificación familiar	101	15%	0,035	9%	23%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Información sobre el cuidado del recién nacido	101	12%	0,032	6%	20%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Maltrato	101	24%	0,042	16%	33%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Evaluación biopsicosocial	101	29%	0,045	20%	39%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Curso psicoprofiláctico	101	29%	0,045	20%	39%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Consentimiento/ disentimiento informado	101	75%	0,043	66%	83%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Calcio	101	98%	0,014	93%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Quindío	Acido fólico	101	98%	0,014	93%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Hemoglobina	101	100%	0,000	96%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Hemoclasificación	101	98%	0,014	93%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Glicemia en ayunas	101	96%	0,019	90%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	O'Sullivan	101	63%	0,048	53%	73%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Urocultivo/Parcial de Orina	101	99%	0,010	95%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Citología cervical	101	32%	0,046	23%	42%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Ecografía	101	92%	0,027	85%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Tamizaje sífilis	101	100%	0,000	96%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Tamizaje VIH	101	87%	0,033	79%	93%
	Paraclínicos	Departamento	Quindío	Tamizaje hepatitis B	101	56%	0,049	46%	66%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Anamnesis	101	79%	0,040	70%	87%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Examen físico	101	66%	0,047	56%	75%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Paraclínicos básicos	101	28%	0,045	19%	38%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	101	54%	0,050	44%	64%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Paraclínicos completos	101	21%	0,040	13%	30%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Actividades P y P básicas	101	8%	0,027	3%	15%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Asesoría tamizaje VIH	101	4%	0,019	1%	10%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Asesorías P y P básicas	101	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Micronutrientes y vacunación	101	41%	0,049	31%	51%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	Actividades P y P completas	101	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	CPN básica	101	23%	0,042	15%	32%
	Análisis de procesos	Departamento	Quindío	CPN completa	101	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN EJE CAFETERO									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Risaralda	Curva de ganancia de peso	124	39%	0,044	30%	48%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Risaralda	Tensión arterial	124	100%	0,000	97%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Risaralda	Curva de crecimiento uterino	124	36%	0,043	28%	45%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Risaralda	Presentación fetal	124	85%	0,032	77%	91%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Signos de alarma durante la gestación	124	98%	0,014	93%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Lactancia materna	124	60%	0,044	51%	69%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Planificación familiar	124	35%	0,043	26%	44%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Información sobre el cuidado del recién nacido	124	2%	0,014	1%	7%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Maltrato	124	18%	0,034	11%	26%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Evaluación biopsicosocial	124	89%	0,028	82%	94%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Curso psicoprofiláctico	124	78%	0,037	70%	85%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Consentimiento/ disentimiento informado	124	91%	0,026	85%	95%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Calcio	124	97%	0,016	92%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Risaralda	Acido fólico	124	97%	0,016	92%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Hemoglobina	124	97%	0,016	92%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Hemoclasificación	124	97%	0,016	92%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Glicemia en ayunas	124	93%	0,023	87%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	O'Sullivan	124	38%	0,044	29%	47%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Urocultivo/Parcial de Orina	124	98%	0,014	93%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Citología cervical	124	27%	0,040	19%	35%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Ecografía	124	97%	0,016	92%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Tamizaje sífilis	124	94%	0,021	89%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Tamizaje VIH	124	88%	0,029	81%	93%
	Paraclínicos	Departamento	Risaralda	Tamizaje hepatitis B	124	62%	0,044	53%	71%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Anamnesis	124	94%	0,022	88%	97%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Examen físico	124	84%	0,033	76%	90%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Paraclínicos básicos	124	26%	0,039	18%	34%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	124	60%	0,044	51%	69%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Paraclínicos completos	124	19%	0,035	13%	27%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Actividades P y P básicas	124	0%	0,000	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Asesoría tamizaje VIH	124	65%	0,043	55%	73%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Asesorías P y P básicas	124	0%	0,000	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Micronutrientes y vacunación	124	78%	0,037	70%	85%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	Actividades P y P completas	124	0%	0,000	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	CPN básica	124	53%	0,045	44%	62%
	Análisis de procesos	Departamento	Risaralda	CPN completa	124	0%	0,000	0%	3%

REGIÓN PACÍFICO							
	Momento del CPN	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	397	84%	0,019	80%	87%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	397	91%	0,015	87%	93%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	397	74%	0,022	70%	79%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	397	80%	0,020	76%	84%
	Anamnesis y examen físico	Talla	397	79%	0,020	74%	83%
	Anamnesis y examen físico	Peso	397	97%	0,008	95%	99%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	397	24%	0,021	20%	28%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	397	100%	0,003	99%	100%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	397	92%	0,014	89%	94%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	397	20%	0,020	16%	24%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	397	44%	0,025	39%	49%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	397	84%	0,018	80%	87%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	397	55%	0,025	50%	60%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	397	95%	0,010	93%	97%
	Actividades P y P	Lactancia materna	397	57%	0,025	52%	62%
	Actividades P y P	Planificación familiar	397	48%	0,025	43%	53%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	397	44%	0,025	39%	49%
	Actividades P y P	Maltrato	397	30%	0,023	26%	35%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	397	33%	0,024	28%	38%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	397	41%	0,025	36%	46%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	397	70%	0,023	65%	74%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	397	73%	0,022	69%	78%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	397	52%	0,025	47%	57%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	397	93%	0,012	91%	96%
	Actividades P y P	Calcio	397	93%	0,013	90%	95%
	Actividades P y P	Acido fólico	397	93%	0,013	90%	95%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	397	68%	0,023	63%	73%
	Paraclínicos	Hemoglobina	397	91%	0,015	87%	93%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	397	83%	0,019	79%	87%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	397	83%	0,019	79%	86%
	Paraclínicos	O'Sullivan	397	5%	0,010	3%	7%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	397	87%	0,017	83%	90%
	Paraclínicos	Citología cervical	397	41%	0,025	36%	46%
	Paraclínicos	Ecografía	397	79%	0,020	74%	83%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	397	88%	0,016	84%	91%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	397	75%	0,022	71%	79%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	397	52%	0,025	47%	57%
	Análisis de procesos	Anamnesis	397	66%	0,024	61%	71%
	Análisis de procesos	Examen físico	397	22%	0,021	18%	27%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	397	34%	0,024	29%	39%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	397	46%	0,025	41%	51%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	397	26%	0,022	21%	30%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	397	19%	0,020	16%	24%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	397	51%	0,025	46%	56%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	397	18%	0,019	14%	22%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	397	65%	0,024	61%	70%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	397	17%	0,019	13%	21%
	Análisis de procesos	CPN básica	397	24%	0,021	20%	28%
	Análisis de procesos	CPN completa	397	2%	0,007	1%	4%

REGIÓN PACÍFICO									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Cauca	Curva de ganancia de peso	123	21%	0,037	14%	29%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Cauca	Tensión arterial	123	99%	0,008	96%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Cauca	Curva de crecimiento uterino	123	21%	0,037	14%	29%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Cauca	Presentación fetal	123	54%	0,045	44%	63%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Signos de alarma durante la gestación	123	98%	0,014	93%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Lactancia materna	123	50%	0,045	40%	59%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Planificación familiar	123	26%	0,040	19%	35%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Información sobre el cuidado del recién nacido	123	41%	0,044	32%	50%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Maltrato	123	11%	0,029	6%	18%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Evaluación biopsicosocial	123	18%	0,035	12%	26%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Curso psicoprofiláctico	123	35%	0,043	27%	44%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Consentimiento/ disentimiento informado	123	59%	0,044	49%	67%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Calcio	123	94%	0,021	89%	98%
	Actividades P y P	Departamento	Cauca	Acido fólico	123	94%	0,021	89%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Hemoglobina	123	91%	0,026	85%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Hemoclasificación	123	83%	0,034	75%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Glicemia en ayunas	123	85%	0,032	78%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	O'Sullivan	123	10%	0,027	5%	16%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Urocultivo/Parcial de Orina	123	84%	0,033	76%	90%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Citología cervical	123	15%	0,033	10%	23%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Ecografía	123	78%	0,037	70%	85%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Tamizaje sífilis	123	88%	0,030	81%	93%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Tamizaje VIH	123	54%	0,045	45%	63%
	Paraclínicos	Departamento	Cauca	Tamizaje hepatitis B	123	22%	0,037	15%	30%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Anamnesis	123	56%	0,045	47%	65%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Examen físico	123	21%	0,037	14%	29%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Paraclínicos básicos	123	11%	0,029	6%	18%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	123	18%	0,035	12%	26%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Paraclínicos completos	123	6%	0,021	2%	11%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Actividades P y P básicas	123	2%	0,014	1%	7%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Asesoría tamizaje VIH	123	1%	0,008	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Asesorías P y P básicas	123	0%	0,000	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Micronutrientes y vacunación	123	47%	0,045	38%	56%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	Actividades P y P completas	123	0%	0,000	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	CPN básica	123	7%	0,022	3%	12%
	Análisis de procesos	Departamento	Cauca	CPN completa	123	0%	0,000	0%	3%

REGIÓN PACÍFICO									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Chocó	Curva de ganancia de peso	98	6%	0,024	2%	13%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Chocó	Tensión arterial	98	100%	0,000	96%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Chocó	Curva de crecimiento uterino	98	1%	0,010	0%	6%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Chocó	Presentación fetal	98	42%	0,050	32%	52%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Signos de alarma durante la gestación	98	89%	0,032	81%	94%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Lactancia materna	98	32%	0,047	23%	42%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Planificación familiar	98	28%	0,045	19%	37%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Información sobre el cuidado del recién nacido	98	3%	0,017	1%	9%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Maltrato	98	0%	0,000	0%	4%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Evaluación biopsicosocial	98	10%	0,031	5%	18%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Curso psicoprofiláctico	98	1%	0,010	0%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Consentimiento/ disentimiento informado	98	48%	0,050	38%	58%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Calcio	98	81%	0,040	71%	88%
	Actividades P y P	Departamento	Chocó	Acido fólico	98	81%	0,040	71%	88%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Hemoglobina	98	78%	0,042	68%	85%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Hemoclasificación	98	60%	0,049	50%	70%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Glicemia en ayunas	98	58%	0,050	48%	68%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	O'Sullivan	98	3%	0,017	1%	9%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Urocultivo/Parcial de Orina	98	71%	0,046	61%	80%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Citología cervical	98	24%	0,043	16%	34%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Ecografía	98	66%	0,048	56%	76%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Tamizaje sífilis	98	73%	0,045	64%	82%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Tamizaje VIH	98	67%	0,047	57%	76%
	Paraclínicos	Departamento	Chocó	Tamizaje hepatitis B	98	49%	0,050	39%	59%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Anamnesis	98	42%	0,050	32%	52%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Examen físico	98	13%	0,034	7%	22%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Paraclínicos básicos	98	14%	0,035	8%	23%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	98	37%	0,049	27%	47%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Paraclínicos completos	98	11%	0,032	6%	19%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Actividades P y P básicas	98	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Asesoría tamizaje VIH	98	35%	0,048	25%	45%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Asesorías P y P básicas	98	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Micronutrientes y vacunación	98	45%	0,050	35%	55%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	Actividades P y P completas	98	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	CPN básica	98	3%	0,017	1%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Chocó	CPN completa	98	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN PACÍFICO									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Nariño	Curva de ganancia de peso	176	36%	0,036	29%	43%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Nariño	Tensión arterial	176	100%	0,000	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Nariño	Curva de crecimiento uterino	176	30%	0,034	23%	37%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Nariño	Presentación fetal	176	64%	0,036	56%	71%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Signos de alarma durante la gestación	176	98%	0,011	94%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Lactancia materna	176	77%	0,032	70%	83%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Planificación familiar	176	75%	0,033	68%	81%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Información sobre el cuidado del recién nacido	176	69%	0,035	62%	76%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Maltrato	176	60%	0,037	53%	68%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Evaluación biopsicosocial	176	56%	0,037	48%	63%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Curso psicoprofiláctico	176	68%	0,035	61%	75%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Consentimiento/ disentimiento informado	176	98%	0,011	94%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Calcio	176	99%	0,006	97%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Nariño	Acido fólico	176	99%	0,008	96%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Hemoglobina	176	98%	0,011	94%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Hemoclasificación	176	97%	0,014	93%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Glicemia en ayunas	176	94%	0,017	90%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	O'Sullivan	176	2%	0,010	0%	5%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Urocultivo/Parcial de Orina	176	98%	0,011	94%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Citología cervical	176	67%	0,035	60%	74%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Ecografía	176	86%	0,026	80%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Tamizaje sífilis	176	96%	0,015	92%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Tamizaje VIH	176	94%	0,018	89%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Nariño	Tamizaje hepatitis B	176	74%	0,033	67%	81%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Anamnesis	176	86%	0,026	80%	91%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Examen físico	176	28%	0,034	21%	35%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Paraclínicos básicos	176	61%	0,037	53%	68%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	176	72%	0,034	64%	78%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Paraclínicos completos	176	48%	0,038	40%	55%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Actividades P y P básicas	176	42%	0,037	35%	50%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Asesoría tamizaje VIH	176	95%	0,016	91%	98%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Asesorías P y P básicas	176	40%	0,037	33%	48%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Micronutrientes y vacunación	176	90%	0,023	84%	94%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	Actividades P y P completas	176	38%	0,036	30%	45%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	CPN básica	176	47%	0,038	40%	55%
	Análisis de procesos	Departamento	Nariño	CPN completa	176	4%	0,015	2%	8%

REGIÓN CARIBE							
	Momento del CPN	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	483	80%	0,018	76%	83%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	483	71%	0,021	67%	75%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	483	70%	0,021	65%	74%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	483	80%	0,018	76%	84%
	Anamnesis y examen físico	Talla	483	93%	0,012	90%	95%
	Anamnesis y examen físico	Peso	483	98%	0,006	97%	99%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	483	59%	0,022	54%	63%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	483	99%	0,004	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	483	90%	0,014	87%	93%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	483	63%	0,022	58%	67%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	483	69%	0,021	65%	73%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	483	83%	0,017	79%	86%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	483	59%	0,022	54%	63%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	483	87%	0,015	84%	90%
	Actividades P y P	Lactancia materna	483	58%	0,022	53%	62%
	Actividades P y P	Planificación familiar	483	53%	0,023	48%	58%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	483	44%	0,023	40%	49%
	Actividades P y P	Maltrato	483	46%	0,023	41%	50%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	483	71%	0,021	67%	75%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	483	32%	0,021	28%	37%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	483	59%	0,022	54%	63%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	483	68%	0,021	64%	72%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	483	26%	0,020	22%	30%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	483	95%	0,010	92%	97%
	Actividades P y P	Calcio	483	92%	0,012	89%	94%
	Actividades P y P	Acido fólico	483	94%	0,011	91%	96%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	483	66%	0,022	62%	70%
	Paraclínicos	Hemoglobina	483	90%	0,013	87%	93%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	483	81%	0,018	77%	85%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	483	87%	0,015	84%	90%
	Paraclínicos	O'Sullivan	483	19%	0,018	15%	22%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	483	81%	0,018	78%	85%
	Paraclínicos	Citología cervical	483	43%	0,023	39%	48%
	Paraclínicos	Ecografía	483	84%	0,016	81%	88%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	483	88%	0,015	85%	91%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	483	77%	0,019	73%	81%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	483	70%	0,021	66%	74%
	Análisis de procesos	Anamnesis	483	53%	0,023	49%	58%
	Análisis de procesos	Examen físico	483	47%	0,023	42%	51%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	483	37%	0,022	33%	42%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	483	65%	0,022	60%	69%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	483	31%	0,021	27%	36%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	483	22%	0,019	18%	26%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	483	24%	0,020	21%	29%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	483	11%	0,014	9%	14%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	483	64%	0,022	59%	68%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	483	10%	0,013	7%	13%
	Análisis de procesos	CPN básica	483	24%	0,019	20%	28%
	Análisis de procesos	CPN completa	483	4%	0,009	2%	6%

REGIÓN CARIBE									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Atlántico	Curva de ganancia de peso	95	41%	0,050	31%	52%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Atlántico	Tensión arterial	95	98%	0,015	93%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Atlántico	Curva de crecimiento uterino	95	51%	0,051	40%	61%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Atlántico	Presentación fetal	95	61%	0,050	51%	71%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Signos de alarma durante la gestación	95	92%	0,028	84%	96%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Lactancia materna	95	48%	0,051	38%	59%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Planificación familiar	95	54%	0,051	43%	64%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Información sobre el cuidado del recién nacido	95	31%	0,047	21%	41%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Maltrato	95	59%	0,050	48%	69%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Evaluación biopsicosocial	95	77%	0,043	67%	85%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Curso psicoprofiláctico	95	52%	0,051	41%	62%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Consentimiento/ disentimiento informado	95	79%	0,042	69%	87%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Calcio	95	93%	0,027	85%	97%
	Actividades P y P	Departamento	Atlántico	Acido fólico	95	93%	0,027	85%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Hemoglobina	95	94%	0,025	87%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Hemoclasificación	95	94%	0,025	87%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Glicemia en ayunas	95	93%	0,027	85%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	O'Sullivan	95	25%	0,045	17%	35%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Urocultivo/Parcial de Orina	95	87%	0,034	79%	93%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Citología cervical	95	44%	0,051	34%	55%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Ecografía	95	89%	0,031	81%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Tamizaje sífilis	95	95%	0,023	88%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Tamizaje VIH	95	92%	0,028	84%	96%
	Paraclínicos	Departamento	Atlántico	Tamizaje hepatitis B	95	81%	0,040	72%	88%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Anamnesis	95	68%	0,048	58%	78%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Examen físico	95	48%	0,051	38%	59%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Paraclínicos básicos	95	42%	0,051	32%	53%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	95	80%	0,041	71%	88%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Paraclínicos completos	95	40%	0,050	30%	51%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Actividades P y P básicas	95	8%	0,028	4%	16%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Asesoría tamizaje VIH	95	36%	0,049	26%	46%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Asesorías P y P básicas	95	3%	0,018	1%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Micronutrientes y vacunación	95	87%	0,034	79%	93%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	Actividades P y P completas	95	3%	0,018	1%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	CPN básica	95	38%	0,050	28%	48%
	Análisis de procesos	Departamento	Atlántico	CPN completa	95	1%	0,010	0%	6%

REGIÓN CARIBE									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Bolívar	Curva de ganancia de peso	97	41%	0,050	31%	52%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Bolívar	Tensión arterial	97	100%	0,000	96%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Bolívar	Curva de crecimiento uterino	97	42%	0,050	32%	53%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Bolívar	Presentación fetal	97	47%	0,051	37%	58%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Signos de alarma durante la gestación	97	84%	0,038	75%	90%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Lactancia materna	97	32%	0,047	23%	42%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Planificación familiar	97	20%	0,040	12%	29%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Información sobre el cuidado del recién nacido	97	20%	0,040	12%	29%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Maltrato	97	5%	0,022	2%	12%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Evaluación biopsicosocial	97	56%	0,050	45%	66%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Curso psicoprofiláctico	97	18%	0,039	11%	27%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Consentimiento/ disentimiento informado	97	56%	0,050	45%	66%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Calcio	97	90%	0,031	82%	95%
	Actividades P y P	Departamento	Bolívar	Acido fólico	97	98%	0,014	93%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Hemoglobina	97	85%	0,037	76%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Hemoclasificación	97	63%	0,049	52%	72%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Glicemia en ayunas	97	78%	0,042	69%	86%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	O'Sullivan	97	14%	0,036	8%	23%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Urocultivo/Parcial de Orina	97	73%	0,045	63%	82%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Citología cervical	97	10%	0,031	5%	18%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Ecografía	97	65%	0,048	55%	74%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Tamizaje sífilis	97	79%	0,041	70%	87%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Tamizaje VIH	97	60%	0,050	49%	70%
	Paraclínicos	Departamento	Bolívar	Tamizaje hepatitis B	97	55%	0,051	44%	65%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Anamnesis	97	3%	0,018	1%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Examen físico	97	25%	0,044	17%	35%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Paraclínicos básicos	97	8%	0,028	4%	16%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	97	45%	0,051	35%	56%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Paraclínicos completos	97	7%	0,026	3%	14%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Actividades P y P básicas	97	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Asesoría tamizaje VIH	97	16%	0,038	10%	25%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Asesorías P y P básicas	97	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Micronutrientes y vacunación	97	31%	0,047	22%	41%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	Actividades P y P completas	97	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	CPN básica	97	0%	0,000	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Bolívar	CPN completa	97	0%	0,000	0%	4%

REGIÓN CARIBE									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Córdoba	Curva de ganancia de peso	99	79%	0,041	69%	86%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Córdoba	Tensión arterial	99	99%	0,010	95%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Córdoba	Curva de crecimiento uterino	99	74%	0,044	64%	82%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Córdoba	Presentación fetal	99	55%	0,050	44%	65%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Signos de alarma durante la gestación	99	98%	0,014	93%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Lactancia materna	99	100%	0,000	96%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Planificación familiar	99	79%	0,041	69%	86%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Información sobre el cuidado del recién nacido	99	80%	0,040	71%	87%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Maltrato	99	96%	0,020	90%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Evaluación biopsicosocial	99	92%	0,027	85%	96%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Curso psicoprofiláctico	99	55%	0,050	44%	65%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Consentimiento/ disentimiento informado	99	78%	0,042	68%	86%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Calcio	99	97%	0,017	91%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Córdoba	Acido fólico	99	97%	0,017	91%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Hemoglobina	99	93%	0,026	86%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Hemoclasificación	99	81%	0,040	72%	88%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Glicemia en ayunas	99	89%	0,032	81%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	O'Sullivan	99	8%	0,027	4%	15%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Urocultivo/Parcial de Orina	99	89%	0,032	81%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Citología cervical	99	80%	0,040	71%	87%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Ecografía	99	85%	0,036	76%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Tamizaje sífilis	99	91%	0,029	83%	96%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Tamizaje VIH	99	83%	0,038	74%	90%
	Paraclínicos	Departamento	Córdoba	Tamizaje hepatitis B	99	81%	0,040	72%	88%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Anamnesis	99	79%	0,041	69%	86%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Examen físico	99	46%	0,050	36%	57%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Paraclínicos básicos	99	66%	0,048	55%	75%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	99	80%	0,040	71%	87%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Paraclínicos completos	99	57%	0,050	46%	67%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Actividades P y P básicas	99	68%	0,047	58%	77%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Asesoría tamizaje VIH	99	44%	0,050	34%	55%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Asesorías P y P básicas	99	39%	0,049	30%	50%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Micronutrientes y vacunación	99	94%	0,024	87%	98%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	Actividades P y P completas	99	39%	0,049	30%	50%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	CPN básica	99	35%	0,048	26%	46%
	Análisis de procesos	Departamento	Córdoba	CPN completa	99	16%	0,037	10%	25%

REGIÓN CARIBE									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	La Guajira	Curva de ganancia de peso	93	100%	0,000	96%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	La Guajira	Tensión arterial	93	100%	0,000	96%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	La Guajira	Curva de crecimiento uterino	93	97%	0,018	91%	99%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	La Guajira	Presentación fetal	93	76%	0,044	66%	85%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Signos de alarma durante la gestación	93	99%	0,011	94%	100%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Lactancia materna	93	63%	0,050	53%	73%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Planificación familiar	93	71%	0,047	61%	80%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Información sobre el cuidado del recién nacido	93	48%	0,052	38%	59%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Maltrato	93	55%	0,052	44%	65%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Evaluación biopsicosocial	93	60%	0,051	50%	70%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Curso psicoprofiláctico	93	17%	0,039	10%	26%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Consentimiento/ disentimiento informado	93	88%	0,033	80%	94%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Calcio	93	100%	0,000	96%	100%
	Actividades P y P	Departamento	La Guajira	Acido fólico	93	100%	0,000	96%	100%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Hemoglobina	93	94%	0,025	86%	98%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Hemoclasificación	93	91%	0,029	84%	96%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Glicemia en ayunas	93	95%	0,023	88%	98%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	O'Sullivan	93	32%	0,048	23%	43%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Urocultivo/Parcial de Orina	93	97%	0,018	91%	99%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Citología cervical	93	66%	0,049	55%	75%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Ecografía	93	99%	0,011	94%	100%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Tamizaje sífilis	93	92%	0,027	85%	97%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Tamizaje VIH	93	89%	0,032	81%	95%
	Paraclínicos	Departamento	La Guajira	Tamizaje hepatitis B	93	86%	0,036	77%	92%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Anamnesis	93	97%	0,018	91%	99%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Examen físico	93	68%	0,048	57%	77%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Paraclínicos básicos	93	60%	0,051	50%	70%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	93	74%	0,045	64%	83%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Paraclínicos completos	93	45%	0,052	35%	56%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Actividades P y P básicas	93	19%	0,041	12%	29%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Asesoría tamizaje VIH	93	4%	0,021	1%	11%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Asesorías P y P básicas	93	1%	0,011	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Micronutrientes y vacunación	93	74%	0,045	64%	83%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	Actividades P y P completas	93	1%	0,011	0%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	CPN básica	93	43%	0,051	33%	54%
	Análisis de procesos	Departamento	La Guajira	CPN completa	93	1%	0,011	0%	6%

REGIÓN CARIBE									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Magdalena	Curva de ganancia de peso	99	34%	0,048	25%	45%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Magdalena	Tensión arterial	99	100%	0,000	96%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Magdalena	Curva de crecimiento uterino	99	51%	0,050	40%	61%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Magdalena	Presentación fetal	99	55%	0,050	44%	65%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Signos de alarma durante la gestación	99	66%	0,048	55%	75%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Lactancia materna	99	44%	0,050	34%	55%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Planificación familiar	99	42%	0,050	33%	53%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Información sobre el cuidado del recién nacido	99	41%	0,050	32%	52%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Maltrato	99	14%	0,035	8%	23%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Evaluación biopsicosocial	99	71%	0,046	61%	79%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Curso psicoprofiláctico	99	20%	0,040	13%	29%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Consentimiento/ disentimiento informado	99	40%	0,049	31%	51%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Calcio	99	82%	0,039	73%	89%
	Actividades P y P	Departamento	Magdalena	Acido fólico	99	83%	0,038	74%	90%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Hemoglobina	99	87%	0,034	79%	93%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Hemoclasificación	99	78%	0,042	68%	86%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Glicemia en ayunas	99	81%	0,040	72%	88%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	O'Sullivan	99	14%	0,035	8%	23%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Urocultivo/Parcial de Orina	99	62%	0,049	51%	71%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Citología cervical	99	17%	0,038	10%	26%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Ecografía	99	85%	0,036	76%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Tamizaje sífilis	99	82%	0,039	73%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Tamizaje VIH	99	62%	0,049	51%	71%
	Paraclínicos	Departamento	Magdalena	Tamizaje hepatitis B	99	48%	0,050	38%	59%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Anamnesis	99	22%	0,042	14%	32%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Examen físico	99	47%	0,050	37%	58%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Paraclínicos básicos	99	11%	0,032	6%	19%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	99	44%	0,050	34%	55%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Paraclínicos completos	99	9%	0,029	4%	17%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Actividades P y P básicas	99	12%	0,033	6%	20%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Asesoría tamizaje VIH	99	20%	0,040	13%	29%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Asesorías P y P básicas	99	11%	0,032	6%	19%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Micronutrientes y vacunación	99	33%	0,047	24%	44%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	Actividades P y P completas	99	4%	0,020	1%	10%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	CPN básica	99	5%	0,022	2%	11%
	Análisis de procesos	Departamento	Magdalena	CPN completa	99	1%	0,010	0%	5%

REGIÓN SANTANDERES							
	Momento del CPN	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	307	98%	0,008	96%	99%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	307	99%	0,006	97%	100%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	307	50%	0,029	45%	56%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	307	48%	0,029	42%	54%
	Anamnesis y examen físico	Talla	307	94%	0,014	91%	96%
	Anamnesis y examen físico	Peso	307	97%	0,009	95%	99%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	307	38%	0,028	32%	43%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	307	98%	0,007	96%	99%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	307	70%	0,026	65%	75%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	307	37%	0,028	32%	43%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	307	46%	0,028	40%	51%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	307	49%	0,029	43%	55%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	307	24%	0,024	19%	29%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	307	95%	0,012	92%	97%
	Actividades P y P	Lactancia materna	307	40%	0,028	34%	45%
	Actividades P y P	Planificación familiar	307	35%	0,027	30%	41%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	307	31%	0,026	26%	37%
	Actividades P y P	Maltrato	307	37%	0,028	32%	43%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	307	46%	0,028	40%	51%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	307	33%	0,027	28%	39%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	307	83%	0,022	78%	87%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	307	81%	0,022	77%	86%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	307	25%	0,025	21%	31%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	307	98%	0,009	95%	99%
	Actividades P y P	Calcio	307	97%	0,009	95%	99%
	Actividades P y P	Acido fólico	307	97%	0,009	95%	99%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	307	47%	0,028	41%	53%
	Paraclínicos	Hemoglobina	307	90%	0,017	86%	93%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	307	89%	0,018	85%	92%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	307	59%	0,028	54%	65%
	Paraclínicos	O'Sullivan	307	38%	0,028	32%	43%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	307	74%	0,025	69%	79%
	Paraclínicos	Citología cervical	307	16%	0,021	12%	21%
	Paraclínicos	Ecografía	307	80%	0,023	76%	85%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	307	86%	0,020	82%	90%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	307	80%	0,023	76%	85%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	307	32%	0,027	27%	37%
	Análisis de procesos	Anamnesis	307	47%	0,028	41%	52%
	Análisis de procesos	Examen físico	307	22%	0,024	17%	27%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	307	11%	0,018	8%	15%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	307	28%	0,026	23%	33%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	307	8%	0,016	5%	12%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	307	23%	0,024	19%	28%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	307	25%	0,025	21%	31%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	307	7%	0,014	4%	10%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	307	46%	0,028	41%	52%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	307	5%	0,013	3%	8%
	Análisis de procesos	CPN básica	307	13%	0,019	9%	17%
	Análisis de procesos	CPN completa	307	1%	0,006	0%	3%

REGIÓN SANTANDERES									
	Momento del CPN	Categoria	Región/Dpto/ EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Norte de Santander	Curva de ganancia de peso	108	60%	0,047	50%	69%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Norte de Santander	Tensión arterial	108	100%	0,000	97%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Norte de Santander	Curva de crecimiento uterino	108	60%	0,047	50%	69%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Norte de Santander	Presentación fetal	108	49%	0,048	39%	59%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Signos de alarma durante la gestación	108	95%	0,020	90%	98%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Lactancia materna	108	78%	0,040	69%	85%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Planificación familiar	108	69%	0,044	60%	78%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Información sobre el cuidado del recién nacido	108	68%	0,045	58%	76%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Maltrato	108	76%	0,041	67%	84%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Evaluación biopsicosocial	108	85%	0,034	77%	91%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Curso psicoprofiláctico	108	37%	0,046	28%	47%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Consentimiento/ disentimiento informado	108	64%	0,046	54%	73%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Calcio	108	97%	0,016	92%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Norte de Santander	Acido fólico	108	97%	0,016	92%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Hemoglobina	108	94%	0,024	87%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Hemoclasificación	108	85%	0,034	77%	91%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Glicemia en ayunas	108	89%	0,030	81%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	O'Sullivan	108	57%	0,048	48%	67%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Urocultivo/Parcial de Orina	108	95%	0,020	90%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Citología cervical	108	41%	0,047	31%	51%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Ecografía	108	91%	0,028	84%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Tamizaje sífilis	108	91%	0,028	84%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Tamizaje VIH	108	78%	0,040	69%	85%
	Paraclínicos	Departamento	Norte de Santander	Tamizaje hepatitis B	108	81%	0,038	72%	88%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Anamnesis	108	71%	0,044	62%	80%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Examen físico	108	44%	0,048	35%	54%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Paraclínicos básicos	108	29%	0,044	20%	38%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	108	70%	0,044	61%	79%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Paraclínicos completos	108	23%	0,041	16%	32%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Actividades P y P básicas	108	56%	0,048	47%	66%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Asesoría tamizaje VIH	108	24%	0,041	16%	33%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Asesorías P y P básicas	108	18%	0,037	11%	26%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Micronutrientes y vacunación	108	70%	0,044	61%	79%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	Actividades P y P completas	108	14%	0,033	8%	22%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	CPN básica	108	35%	0,046	26%	45%
	Análisis de procesos	Departamento	Norte de Santander	CPN completa	108	4%	0,018	1%	9%

REGIÓN SANTANDERES									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Santander	Curva de ganancia de peso	199	26%	0,031	20%	32%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Santander	Tensión arterial	199	97%	0,011	94%	99%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Santander	Curva de crecimiento uterino	199	25%	0,031	19%	32%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Santander	Presentación fetal	199	11%	0,022	7%	16%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Signos de alarma durante la gestación	199	95%	0,015	91%	98%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Lactancia materna	199	19%	0,028	14%	25%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Planificación familiar	199	17%	0,026	12%	22%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Información sobre el cuidado del recién nacido	199	12%	0,023	7%	17%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Maltrato	199	16%	0,026	11%	22%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Evaluación biopsicosocial	199	24%	0,030	18%	31%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Curso psicoprofiláctico	199	31%	0,033	25%	38%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Consentimiento/ disentimiento informado	199	91%	0,020	86%	95%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Calcio	199	97%	0,011	94%	99%
	Actividades P y P	Departamento	Santander	Acido fólico	199	97%	0,011	94%	99%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Hemoglobina	199	87%	0,023	82%	92%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Hemoclasificación	199	91%	0,020	87%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Glicemia en ayunas	199	43%	0,035	36%	50%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	O'Sullivan	199	27%	0,032	21%	34%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Urocultivo/Parcial de Orina	199	63%	0,034	56%	70%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Citología cervical	199	3%	0,011	1%	6%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Ecografía	199	75%	0,031	68%	81%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Tamizaje sífilis	199	84%	0,026	78%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Tamizaje VIH	199	82%	0,027	76%	87%
	Paraclínicos	Departamento	Santander	Tamizaje hepatitis B	199	6%	0,016	3%	10%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Anamnesis	199	33%	0,033	27%	40%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Examen físico	199	10%	0,021	6%	15%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Paraclínicos básicos	199	1%	0,007	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	199	5%	0,015	2%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Paraclínicos completos	199	0%	0,000	0%	2%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Actividades P y P básicas	199	5%	0,015	2%	9%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Asesoría tamizaje VIH	199	26%	0,031	20%	33%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Asesorías P y P básicas	199	1%	0,007	0%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Micronutrientes y vacunación	199	33%	0,033	27%	40%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	Actividades P y P completas	199	1%	0,005	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	CPN básica	199	1%	0,005	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Santander	CPN completa	199	0%	0,000	0%	2%

REGIÓN VALLE							
	Momento del CPN	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	315	82%	0,022	77%	86%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	315	88%	0,018	84%	91%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	315	67%	0,027	61%	72%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	315	85%	0,020	81%	89%
	Anamnesis y examen físico	Talla	315	83%	0,021	79%	87%
	Anamnesis y examen físico	Peso	315	99%	0,005	97%	100%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	315	39%	0,027	34%	45%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	315	98%	0,008	96%	99%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	315	93%	0,014	90%	96%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	315	37%	0,027	31%	42%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	315	43%	0,028	38%	49%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	315	88%	0,019	83%	91%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	315	70%	0,026	64%	75%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	315	92%	0,015	89%	95%
	Actividades P y P	Lactancia materna	315	19%	0,022	15%	24%
	Actividades P y P	Planificación familiar	315	23%	0,024	19%	28%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	315	17%	0,021	13%	22%
	Actividades P y P	Maltrato	315	9%	0,016	6%	12%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	315	56%	0,028	50%	61%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	315	32%	0,026	27%	38%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	315	50%	0,028	44%	55%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	315	65%	0,027	60%	70%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	315	11%	0,017	8%	15%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	315	90%	0,017	87%	93%
	Actividades P y P	Calcio	315	89%	0,018	85%	92%
	Actividades P y P	Acido fólico	315	86%	0,019	82%	90%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	315	52%	0,028	46%	57%
	Paraclínicos	Hemoglobina	315	95%	0,012	92%	97%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	315	91%	0,016	87%	94%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	315	79%	0,023	74%	83%
	Paraclínicos	O'Sullivan	315	44%	0,028	39%	50%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	315	91%	0,016	87%	94%
	Paraclínicos	Citología cervical	315	30%	0,026	25%	36%
	Paraclínicos	Ecografía	315	82%	0,022	77%	86%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	315	92%	0,015	89%	95%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	315	79%	0,023	74%	83%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	315	54%	0,028	48%	59%
	Análisis de procesos	Anamnesis	315	63%	0,027	57%	68%
	Análisis de procesos	Examen físico	315	28%	0,025	23%	33%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	315	22%	0,023	17%	27%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	315	50%	0,028	45%	56%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	315	13%	0,019	10%	17%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	315	4%	0,011	2%	7%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	315	8%	0,016	5%	12%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	315	3%	0,010	2%	6%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	315	47%	0,028	41%	53%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	315	1%	0,006	0%	3%
	Análisis de procesos	CPN básica	315	10%	0,017	7%	14%
	Análisis de procesos	CPN completa	315	0%	0,000	0%	1%

REGIÓN VALLE									
	Momento del CPN	Categoria	Región/ Dpto/EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Valle del Cauca	Curva de ganancia de peso	315	39%	0,027	34%	45%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Valle del Cauca	Tensión arterial	315	98%	0,008	96%	99%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Valle del Cauca	Curva de crecimiento uterino	315	37%	0,027	31%	42%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Valle del Cauca	Presentación fetal	315	70%	0,026	64%	75%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Signos de alarma durante la gestación	315	92%	0,015	89%	95%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Lactancia materna	315	19%	0,022	15%	24%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Planificación familiar	315	23%	0,024	19%	28%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Información sobre el cuidado del recién nacido	315	17%	0,021	13%	22%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Maltrato	315	9%	0,016	6%	12%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Evaluación biopsicosocial	315	56%	0,028	50%	61%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Curso psicoprofiláctico	315	32%	0,026	27%	38%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Consentimiento/ disentimiento informado	315	65%	0,027	60%	70%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Calcio	315	89%	0,018	85%	92%
	Actividades P y P	Departamento	Valle del Cauca	Acido fólico	315	86%	0,019	82%	90%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Hemoglobina	315	95%	0,012	92%	97%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Hemoclasificación	315	91%	0,016	87%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Glicemia en ayunas	315	79%	0,023	74%	83%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	O'Sullivan	315	44%	0,028	39%	50%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Urocultivo/Parcial de Orina	315	91%	0,016	87%	94%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Citología cervical	315	30%	0,026	25%	36%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Ecografía	315	82%	0,022	77%	86%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Tamizaje sífilis	315	92%	0,015	89%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Tamizaje VIH	315	79%	0,023	74%	83%
	Paraclínicos	Departamento	Valle del Cauca	Tamizaje hepatitis B	315	54%	0,028	48%	59%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Anamnesis	315	63%	0,027	57%	68%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Examen físico	315	28%	0,025	23%	33%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Paraclínicos básicos	315	22%	0,023	17%	27%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	315	50%	0,028	45%	56%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Paraclínicos completos	315	13%	0,019	10%	17%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Actividades P y P básicas	315	4%	0,011	2%	7%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Asesoría tamizaje VIH	315	8%	0,016	5%	12%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Asesorías P y P básicas	315	3%	0,010	2%	6%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Micronutrientes y vacunación	315	47%	0,028	41%	53%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	Actividades P y P completas	315	1%	0,006	0%	3%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	CPN básica	315	10%	0,017	7%	14%
	Análisis de procesos	Departamento	Valle del Cauca	CPN completa	315	0%	0,000	0%	1%

REGIÓN ANTIOQUIA							
	Momento del CPN	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	323	95%	0,012	92%	97%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	323	99%	0,005	97%	100%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	323	98%	0,009	95%	99%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	323	98%	0,009	95%	99%
	Anamnesis y examen físico	Talla	323	100%	0,003	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Peso	323	100%	0,000	99%	100%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	323	26%	0,024	21%	31%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	323	99%	0,004	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	323	99%	0,005	97%	100%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	323	22%	0,023	17%	27%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	323	90%	0,016	87%	93%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	323	98%	0,009	95%	99%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	323	82%	0,021	77%	86%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	323	99%	0,004	98%	100%
	Actividades P y P	Lactancia materna	323	73%	0,025	68%	78%
	Actividades P y P	Planificación familiar	323	11%	0,018	8%	15%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	323	4%	0,011	2%	6%
	Actividades P y P	Maltrato	323	4%	0,011	2%	6%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	323	99%	0,005	97%	100%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	323	59%	0,027	53%	64%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	323	41%	0,027	35%	46%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	323	77%	0,023	72%	81%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	323	2%	0,008	1%	4%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	323	100%	0,000	99%	100%
	Actividades P y P	Calcio	323	100%	0,000	99%	100%
	Actividades P y P	Acido fólico	323	100%	0,000	99%	100%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	323	72%	0,025	67%	77%
	Paraclínicos	Hemoglobina	323	96%	0,011	93%	98%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	323	87%	0,019	83%	90%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	323	87%	0,019	82%	90%
	Paraclínicos	O'Sullivan	323	48%	0,028	42%	54%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	323	89%	0,018	85%	92%
	Paraclínicos	Citología cervical	323	49%	0,028	43%	55%
	Paraclínicos	Ecografía	323	79%	0,023	74%	84%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	323	93%	0,015	89%	95%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	323	85%	0,020	81%	89%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	323	88%	0,018	84%	92%
	Análisis de procesos	Anamnesis	323	93%	0,014	90%	96%
	Análisis de procesos	Examen físico	323	81%	0,022	76%	85%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	323	38%	0,027	32%	43%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	323	80%	0,022	75%	84%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	323	36%	0,027	31%	41%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	323	0%	0,003	0%	2%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	323	2%	0,008	1%	4%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	323	0%	0,003	0%	2%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	323	72%	0,025	67%	77%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	323	0%	0,003	0%	2%
	Análisis de procesos	CPN básica	323	45%	0,028	39%	50%
	Análisis de procesos	CPN completa	323	0%	0,000	0%	1%

REGIÓN ANTIOQUIA									
	Momento del CPN	**Categoria**	**Región/ Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Antioquia	Curva de ganancia de peso	323	26%	0,024	21%	31%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Antioquia	Tensión arterial	323	99%	0,004	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Antioquia	Curva de crecimiento uterino	323	22%	0,023	17%	27%
	Anamnesis y examen físico	Departamento	Antioquia	Presentación fetal	323	82%	0,021	77%	86%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Signos de alarma durante la gestación	323	99%	0,004	98%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Lactancia materna	323	73%	0,025	68%	78%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Planificación familiar	323	11%	0,018	8%	15%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Información sobre el cuidado del recién nacido	323	4%	0,011	2%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Maltrato	323	4%	0,011	2%	6%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Evaluación biopsicosocial	323	99%	0,005	97%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Curso psicoprofiláctico	323	59%	0,027	53%	64%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Consentimiento/disentimiento informado	323	77%	0,023	72%	81%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Calcio	323	100%	0,000	99%	100%
	Actividades P y P	Departamento	Antioquia	Acido fólico	323	100%	0,000	99%	100%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Hemoglobina	323	96%	0,011	93%	98%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Hemoclasificación	323	87%	0,019	83%	90%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Glicemia en ayunas	323	87%	0,019	82%	90%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	O'Sullivan	323	48%	0,028	42%	54%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Urocultivo/Parcial de Orina	323	89%	0,018	85%	92%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Citología cervical	323	49%	0,028	43%	55%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Ecografía	323	79%	0,023	74%	84%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Tamizaje sífilis	323	93%	0,015	89%	95%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Tamizaje VIH	323	85%	0,020	81%	89%
	Paraclínicos	Departamento	Antioquia	Tamizaje hepatitis B	323	88%	0,018	84%	92%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Anamnesis	323	93%	0,014	90%	96%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Examen físico	323	81%	0,022	76%	85%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Paraclínicos básicos	323	38%	0,027	32%	43%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	323	80%	0,022	75%	84%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Paraclínicos completos	323	36%	0,027	31%	41%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Actividades P y P básicas	323	0%	0,003	0%	2%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Asesoría tamizaje VIH	323	2%	0,008	1%	4%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Asesorías P y P básicas	323	0%	0,003	0%	2%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Micronutrientes y vacunación	323	72%	0,025	67%	77%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	Actividades P y P completas	323	0%	0,003	0%	2%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	CPN básica	323	45%	0,028	39%	50%
	Análisis de procesos	Departamento	Antioquia	CPN completa	323	0%	0,000	0%	1%

CONTRIBUTIVO								
	Momento del CPN	**Región/Dpto/ EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Contributivo	Curva de ganancia de peso	537	54%	0,022	49%	58%
	Anamnesis y examen físico	Contributivo	Tensión arterial	537	99%	0,005	98%	100%
	Anamnesis y examen físico	Contributivo	Curva de crecimiento uterino	537	49%	0,022	44%	53%
	Anamnesis y examen físico	Contributivo	Presentación fetal	537	69%	0,020	65%	73%
	Actividades P y P	Contributivo	Signos de alarma durante la gestación	537	94%	0,010	92%	96%
	Actividades P y P	Contributivo	Lactancia materna	537	52%	0,022	48%	56%
	Actividades P y P	Contributivo	Planificación familiar	537	39%	0,021	35%	44%
	Actividades P y P	Contributivo	Información sobre el cuidado del recién nacido	537	31%	0,020	28%	36%
	Actividades P y P	Contributivo	Maltrato	537	32%	0,020	28%	36%
	Actividades P y P	Contributivo	Evaluación biopsicosocial	537	65%	0,021	60%	69%
	Actividades P y P	Contributivo	Curso psicoprofiláctico	537	64%	0,021	59%	68%
	Actividades P y P	Contributivo	Consentimiento/disentimiento informado	537	71%	0,020	67%	75%
	Actividades P y P	Contributivo	Calcio	537	92%	0,011	90%	94%
	Actividades P y P	Contributivo	Acido fólico	537	93%	0,011	90%	95%
	Paraclínicos	Contributivo	Hemoglobina	537	95%	0,009	93%	97%
	Paraclínicos	Contributivo	Hemoclasificación	537	91%	0,012	88%	93%
	Paraclínicos	Contributivo	Glicemia en ayunas	537	88%	0,014	85%	91%
	Paraclínicos	Contributivo	O'Sullivan	537	41%	0,021	36%	45%
	Paraclínicos	Contributivo	Urocultivo/Parcial de Orina	537	90%	0,013	87%	93%
	Paraclínicos	Contributivo	Citología cervical	537	40%	0,021	36%	44%
	Paraclínicos	Contributivo	Ecografía	537	89%	0,013	86%	92%
	Paraclínicos	Contributivo	Tamizaje sífilis	537	93%	0,011	91%	95%
	Paraclínicos	Contributivo	Tamizaje VIH	537	89%	0,014	86%	91%
	Paraclínicos	Contributivo	Tamizaje hepatitis B	537	83%	0,016	79%	86%
	Análisis de procesos	Contributivo	Anamnesis	537	72%	0,019	67%	75%
	Análisis de procesos	Contributivo	Examen físico	537	56%	0,021	52%	60%
	Análisis de procesos	Contributivo	Paraclínicos básicos	537	33%	0,020	29%	37%
	Análisis de procesos	Contributivo	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	537	77%	0,018	73%	81%
	Análisis de procesos	Contributivo	Paraclínicos completos	537	31%	0,020	27%	35%
	Análisis de procesos	Contributivo	Actividades P y P básicas	537	14%	0,015	11%	18%
	Análisis de procesos	Contributivo	Asesoría tamizaje VIH	537	37%	0,021	33%	41%
	Análisis de procesos	Contributivo	Asesorías P y P básicas	537	10%	0,013	8%	13%
	Análisis de procesos	Contributivo	Micronutrientes y vacunación	537	66%	0,020	62%	70%
	Análisis de procesos	Contributivo	Actividades P y P completas	537	8%	0,012	6%	11%
	Análisis de procesos	Contributivo	CPN básica	537	39%	0,021	34%	43%
	Análisis de procesos	Contributivo	CPN completa	537	2%	0,007	1%	4%

NO AFILIADA								
	Momento del CPN	**Región/Dpto/ EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	No afiliada	Curva de ganancia de peso	384	23%	0,021	19%	27%
	Anamnesis y examen físico	No afiliada	Tensión arterial	384	98%	0,006	97%	99%
	Anamnesis y examen físico	No afiliada	Curva de crecimiento uterino	384	24%	0,022	20%	29%
	Anamnesis y examen físico	No afiliada	Presentación fetal	384	48%	0,026	43%	54%
	Actividades P y P	No afiliada	Signos de alarma durante la gestación	384	91%	0,014	88%	94%
	Actividades P y P	No afiliada	Lactancia materna	384	39%	0,025	34%	44%
	Actividades P y P	No afiliada	Planificación familiar	384	27%	0,023	22%	31%
	Actividades P y P	No afiliada	Información sobre el cuidado del recién nacido	384	24%	0,022	20%	29%
	Actividades P y P	No afiliada	Maltrato	384	19%	0,020	15%	24%
	Actividades P y P	No afiliada	Evaluación biopsicosocial	384	49%	0,026	44%	55%
	Actividades P y P	No afiliada	Curso psicoprofiláctico	384	27%	0,023	23%	32%
	Actividades P y P	No afiliada	Consentimiento/disentimiento informado	384	63%	0,025	58%	68%
	Actividades P y P	No afiliada	Calcio	384	92%	0,014	89%	94%
	Actividades P y P	No afiliada	Acido fólico	384	91%	0,014	88%	94%
	Paraclínicos	No afiliada	Hemoglobina	384	89%	0,016	85%	92%
	Paraclínicos	No afiliada	Hemoclasificación	384	82%	0,019	78%	86%
	Paraclínicos	No afiliada	Glicemia en ayunas	384	76%	0,022	71%	80%
	Paraclínicos	No afiliada	O'Sullivan	384	22%	0,021	18%	26%
	Paraclínicos	No afiliada	Urocultivo/Parcial de Orina	384	81%	0,020	76%	85%
	Paraclínicos	No afiliada	Citología cervical	384	28%	0,023	24%	33%
	Paraclínicos	No afiliada	Ecografía	384	73%	0,023	68%	77%
	Paraclínicos	No afiliada	Tamizaje sífilis	384	84%	0,019	80%	87%
	Paraclínicos	No afiliada	Tamizaje VIH	384	70%	0,023	65%	75%
	Paraclínicos	No afiliada	Tamizaje hepatitis B	384	47%	0,025	42%	52%
	Análisis de procesos	No afiliada	Anamnesis	384	54%	0,025	49%	59%
	Análisis de procesos	No afiliada	Examen físico	384	29%	0,023	25%	34%
	Análisis de procesos	No afiliada	Paraclínicos básicos	384	20%	0,020	16%	24%
	Análisis de procesos	No afiliada	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	384	39%	0,025	34%	44%
	Análisis de procesos	No afiliada	Paraclínicos completos	384	14%	0,018	11%	18%
	Análisis de procesos	No afiliada	Actividades P y P básicas	384	11%	0,016	8%	15%
	Análisis de procesos	No afiliada	Asesoría tamizaje VIH	384	21%	0,021	17%	25%
	Análisis de procesos	No afiliada	Asesorías P y P básicas	384	7%	0,013	4%	10%
	Análisis de procesos	No afiliada	Micronutrientes y vacunación	384	45%	0,025	40%	50%
	Análisis de procesos	No afiliada	Actividades P y P completas	384	6%	0,012	4%	9%
	Análisis de procesos	No afiliada	CPN básica	384	12%	0,017	9%	16%
	Análisis de procesos	No afiliada	CPN completa	384	1%	0,004	0%	2%

SUBSIDIADO								
	Momento del CPN	Región/Dpto/ EAPB	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Subsidiado	Curva de ganancia de peso	1687	31%	0,011	29%	33%
	Anamnesis y examen físico	Subsidiado	Tensión arterial	1687	99%	0,003	98%	99%
	Anamnesis y examen físico	Subsidiado	Curva de crecimiento uterino	1687	30%	0,011	28%	33%
	Anamnesis y examen físico	Subsidiado	Presentación fetal	1687	55%	0,012	52%	57%
	Actividades P y P	Subsidiado	Signos de alarma durante la gestación	1687	90%	0,007	88%	91%
	Actividades P y P	Subsidiado	Lactancia materna	1687	39%	0,012	37%	42%
	Actividades P y P	Subsidiado	Planificación familiar	1687	28%	0,011	26%	30%
	Actividades P y P	Subsidiado	Información sobre el cuidado del recién nacido	1687	22%	0,010	20%	24%
	Actividades P y P	Subsidiado	Maltrato	1687	20%	0,010	18%	22%
	Actividades P y P	Subsidiado	Evaluación biopsicosocial	1687	49%	0,012	47%	51%
	Actividades P y P	Subsidiado	Curso psicoprofiláctico	1687	32%	0,011	29%	34%
	Actividades P y P	Subsidiado	Consentimiento/disentimiento informado	1687	67%	0,011	65%	69%
	Actividades P y P	Subsidiado	Calcio	1687	93%	0,006	91%	94%
	Actividades P y P	Subsidiado	Acido fólico	1687	93%	0,006	92%	95%
	Paraclínicos	Subsidiado	Hemoglobina	1687	88%	0,008	86%	89%
	Paraclínicos	Subsidiado	Hemoclasificación	1687	83%	0,009	81%	85%
	Paraclínicos	Subsidiado	Glicemia en ayunas	1687	78%	0,010	76%	80%
	Paraclínicos	Subsidiado	O'Sullivan	1687	23%	0,010	21%	26%
	Paraclínicos	Subsidiado	Urocultivo/Parcial de Orina	1687	81%	0,009	79%	83%
	Paraclínicos	Subsidiado	Citología cervical	1687	28%	0,011	26%	30%
	Paraclínicos	Subsidiado	Ecografía	1687	76%	0,010	74%	78%
	Paraclínicos	Subsidiado	Tamizaje sífilis	1687	87%	0,008	85%	89%
	Paraclínicos	Subsidiado	Tamizaje VIH	1687	76%	0,010	74%	78%
	Paraclínicos	Subsidiado	Tamizaje hepatitis B	1687	54%	0,012	52%	57%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Anamnesis	1687	58%	0,012	56%	61%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Examen físico	1687	37%	0,012	35%	40%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Paraclínicos básicos	1687	22%	0,010	20%	24%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	1687	48%	0,012	46%	51%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Paraclínicos completos	1687	17%	0,009	15%	18%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Actividades P y P básicas	1687	10%	0,007	8%	11%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Asesoría tamizaje VIH	1687	18%	0,009	16%	20%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Asesorías P y P básicas	1687	5%	0,005	4%	6%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Micronutrientes y vacunación	1687	52%	0,012	50%	55%
	Análisis de procesos	Subsidiado	Actividades P y P completas	1687	4%	0,005	3%	5%
	Análisis de procesos	Subsidiado	CPN básica	1687	17%	0,009	16%	19%
	Análisis de procesos	Subsidiado	CPN completa	1687	1%	0,002	0%	1%

ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN								
	Momento del CPN	**Región/Dpto/EAPB**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Anamnesis y examen físico	Especial y de excepción	Curva de ganancia de peso	43	5%	0,032	1%	16%
	Anamnesis y examen físico	Especial y de excepción	Tensión arterial	43	100%	0,000	92%	100%
	Anamnesis y examen físico	Especial y de excepción	Curva de crecimiento uterino	43	5%	0,032	1%	16%
	Anamnesis y examen físico	Especial y de excepción	Presentación fetal	43	44%	0,076	29%	60%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Signos de alarma durante la gestación	43	70%	0,070	54%	83%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Lactancia materna	43	19%	0,059	8%	33%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Planificación familiar	43	19%	0,059	8%	33%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Información sobre el cuidado del recién nacido	43	7%	0,039	1%	19%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Maltrato	43	9%	0,044	3%	22%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Evaluación biopsicosocial	43	28%	0,068	15%	44%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Curso psicoprofiláctico	43	19%	0,059	8%	33%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Consentimiento/disentimiento informado	43	63%	0,074	47%	77%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Calcio	43	77%	0,064	61%	88%
	Actividades P y P	Especial y de excepción	Acido fólico	43	88%	0,049	75%	96%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Hemoglobina	43	88%	0,049	75%	96%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Hemoclasificación	43	60%	0,075	44%	75%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Glicemia en ayunas	43	86%	0,053	72%	95%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	O'Sullivan	43	14%	0,053	5%	28%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Urocultivo/Parcial de Orina	43	81%	0,059	67%	92%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Citología cervical	43	16%	0,056	7%	31%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Ecografía	43	81%	0,059	67%	92%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Tamizaje sífilis	43	79%	0,062	64%	90%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Tamizaje VIH	43	72%	0,068	56%	85%
	Paraclínicos	Especial y de excepción	Tamizaje hepatitis B	43	51%	0,076	35%	67%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Anamnesis	43	28%	0,068	15%	44%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Examen físico	43	26%	0,067	14%	41%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Paraclínicos básicos	43	9%	0,044	3%	22%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	43	49%	0,076	33%	65%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Paraclínicos completos	43	7%	0,039	1%	19%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Actividades P y P básicas	43	5%	0,032	1%	16%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Asesoría tamizaje VIH	43	14%	0,053	5%	28%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Asesorías P y P básicas	43	0%	0,000	0%	8%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Micronutrientes y vacunación	43	19%	0,059	8%	33%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	Actividades P y P completas	43	0%	0,000	0%	8%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	CPN básica	43	0%	0,000	0%	8%
	Análisis de procesos	Especial y de excepción	CPN completa	43	0%	0,000	0%	8%

TOTAL							
	Momento del CPN	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
	Anamnesis y examen físico	Síntomas urinarios	2651	83%	0,007	81%	84%
	Anamnesis y examen físico	Perdidas vaginales	2651	86%	0,007	84%	87%
	Anamnesis y examen físico	Síntomas de vaso espasmo	2651	69%	0,009	67%	70%
	Anamnesis y examen físico	Movimientos fetales	2651	76%	0,008	74%	77%
	Anamnesis y examen físico	Talla	2651	85%	0,007	84%	87%
	Anamnesis y examen físico	Peso	2651	98%	0,003	98%	99%
	Anamnesis y examen físico	Curva de ganancia de peso	2651	34%	0,009	32%	36%
	Anamnesis y examen físico	Tensión arterial	2651	99%	0,002	98%	99%
	Anamnesis y examen físico	Altura uterina	2651	88%	0,006	87%	90%
	Anamnesis y examen físico	Curva de crecimiento uterino	2651	33%	0,009	31%	35%
	Anamnesis y examen físico	Número de fetos	2651	60%	0,010	58%	62%
	Anamnesis y examen físico	Fetocardia	2651	80%	0,008	78%	81%
	Anamnesis y examen físico	Presentación fetal	2651	56%	0,010	55%	58%
	Actividades P y P	Signos de alarma durante la gestación	2651	91%	0,006	89%	92%
	Actividades P y P	Lactancia materna	2651	42%	0,010	40%	43%
	Actividades P y P	Planificación familiar	2651	30%	0,009	28%	32%
	Actividades P y P	Información sobre el cuidado del recién nacido	2651	24%	0,008	22%	26%
	Actividades P y P	Maltrato	2651	22%	0,008	20%	23%
	Actividades P y P	Evaluación biopsicosocial	2651	52%	0,010	50%	54%
	Actividades P y P	Curso psicoprofiláctico	2651	37%	0,009	35%	39%
	Actividades P y P	Asesoría pre test para VIH	2651	57%	0,010	56%	59%
	Actividades P y P	Consentimiento/disentimiento informado	2651	67%	0,009	65%	69%
	Actividades P y P	Asesoría post test para VIH	2651	23%	0,008	22%	25%
	Actividades P y P	Sulfato ferroso	2651	94%	0,005	93%	95%
	Actividades P y P	Calcio	2651	92%	0,005	91%	93%
	Actividades P y P	Acido fólico	2651	93%	0,005	92%	94%
	Actividades P y P	Aplicación de Toxoide tetánico	2651	55%	0,010	53%	57%
	Paraclínicos	Hemoglobina	2651	90%	0,006	88%	91%
	Paraclínicos	Hemoclasificación	2651	84%	0,007	83%	86%
	Paraclínicos	Glicemia en ayunas	2651	80%	0,008	79%	82%
	Paraclínicos	O`Sullivan	2651	26%	0,009	25%	28%
	Paraclínicos	Urocultivo/Parcial de Orina	2651	83%	0,007	82%	84%
	Paraclínicos	Citología cervical	2651	30%	0,009	28%	32%
	Paraclínicos	Ecografía	2651	79%	0,008	77%	80%
	Paraclínicos	Tamizaje sífilis	2651	88%	0,006	86%	89%
	Paraclínicos	Tamizaje VIH	2651	78%	0,008	76%	79%
	Paraclínicos	Tamizaje hepatitis B	2651	59%	0,010	57%	61%
	Análisis de procesos	Anamnesis	2651	60%	0,010	58%	62%
	Análisis de procesos	Examen físico	2651	40%	0,010	38%	42%
	Análisis de procesos	Paraclínicos básicos	2651	24%	0,008	22%	26%
	Análisis de procesos	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	2651	53%	0,010	51%	55%
	Análisis de procesos	Paraclínicos completos	2651	19%	0,008	17%	21%
	Análisis de procesos	Actividades P y P básicas	2651	11%	0,006	10%	12%
	Análisis de procesos	Asesoría tamizaje VIH	2651	22%	0,008	21%	24%
	Análisis de procesos	Asesorías P y P básicas	2651	6%	0,005	5%	7%
	Análisis de procesos	Micronutrientes y vacunación	2651	54%	0,010	52%	56%
	Análisis de procesos	Actividades P y P completas	2651	5%	0,004	4%	6%
	Análisis de procesos	CPN básica	2651	21%	0,008	19%	22%
	Análisis de procesos	CPN completa	2651	1%	0,002	1%	2%

PERTENENCIA ÉTNICA							
Momento del CPN	Pertenencia étnica	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
Paraclínicos	Indígena	Tamizaje sífilis	246	83%	0,024	77%	87%
Paraclínicos	Indígena	Tamizaje VIH	246	74%	0,028	68%	80%
Paraclínicos	Indígena	Tamizaje hepatitis B	246	42%	0,031	36%	49%
Análisis de procesos	Indígena	Anamnesis	246	63%	0,031	57%	69%
Análisis de procesos	Indígena	Examen físico	246	40%	0,031	34%	46%
Análisis de procesos	Indígena	Paraclínicos básicos	246	25%	0,028	20%	31%
Análisis de procesos	Indígena	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	246	36%	0,031	30%	43%
Análisis de procesos	Indígena	Paraclínicos completos	246	20%	0,025	15%	25%
Análisis de procesos	Indígena	Actividades P y P básicas	246	8%	0,017	5%	12%
Análisis de procesos	Indígena	Asesoría tamizaje VIH	246	2%	0,008	0%	4%
Análisis de procesos	Indígena	Micronutrientes y vacunación	246	42%	0,031	36%	49%
Análisis de procesos	Indígena	Actividades P y P completas	246	1%	0,007	0%	4%
Análisis de procesos	Indígena	CPN básica	246	18%	0,025	14%	24%
Análisis de procesos	Indígena	CPN completa	246	0%	0,004	0%	2%
Paraclínicos	Afro	Tamizaje sífilis	300	95%	0,013	91%	97%
Paraclínicos	Afro	Tamizaje VIH	300	84%	0,021	79%	88%
Paraclínicos	Afro	Tamizaje hepatitis B	300	71%	0,026	66%	76%
Análisis de procesos	Afro	Anamnesis	300	76%	0,025	71%	81%
Análisis de procesos	Afro	Examen físico	300	47%	0,029	42%	53%
Análisis de procesos	Afro	Paraclínicos básicos	300	40%	0,028	34%	45%
Análisis de procesos	Afro	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	300	68%	0,027	62%	73%
Análisis de procesos	Afro	Paraclínicos completos	300	34%	0,027	29%	40%
Análisis de procesos	Afro	Actividades P y P básicas	300	33%	0,027	28%	39%
Análisis de procesos	Afro	Asesoría tamizaje VIH	300	23%	0,024	18%	28%
Análisis de procesos	Afro	Micronutrientes y vacunación	300	76%	0,025	71%	81%
Análisis de procesos	Afro	Actividades P y P completas	300	22%	0,024	17%	27%
Análisis de procesos	Afro	CPN básica	300	33%	0,027	28%	39%
Análisis de procesos	Afro	CPN completa	300	6%	0,014	4%	10%
Paraclínicos	Raizal y Rom	Tamizaje sífilis	14	71%	0,121	42%	92%
Paraclínicos	Raizal y Rom	Tamizaje VIH	14	71%	0,121	42%	92%
Paraclínicos	Raizal y Rom	Tamizaje hepatitis B	14	71%	0,121	42%	92%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Anamnesis	14	50%	0,134	23%	77%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Examen físico	14	29%	0,121	8%	58%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Paraclínicos básicos	14	50%	0,134	23%	77%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	14	64%	0,128	35%	87%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Paraclínicos completos	14	43%	0,132	18%	71%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Actividades P y P básicas	14	0%	0,000	0%	23%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Asesoría tamizaje VIH	14	0%	0,000	0%	23%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Micronutrientes y vacunación	14	86%	0,094	57%	98%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	Actividades P y P completas	14	0%	0,000	0%	23%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	CPN básica	14	36%	0,128	13%	65%
Análisis de procesos	Raizal y Rom	CPN completa	14	0%	0,000	0%	23%
Paraclínicos	Ninguno de los anteriores	Tamizaje sífilis	1142	91%	0,008	89%	93%
Paraclínicos	Ninguno de los anteriores	Tamizaje VIH	1142	82%	0,011	80%	84%
Paraclínicos	Ninguno de los anteriores	Tamizaje hepatitis B	1142	64%	0,014	61%	66%

PERTENENCIA ÉTNICA								
Momento del CPN	Pertenencia étnica	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Anamnesis	1142	68%	0,014	65%	71%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Examen físico	1142	50%	0,015	47%	53%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Paraclínicos básicos	1142	29%	0,013	26%	31%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	1142	58%	0,015	56%	61%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Paraclínicos completos	1142	23%	0,012	21%	25%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Actividades P y P básicas	1142	9%	0,009	8%	11%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Asesoría tamizaje VIH	1142	6%	0,007	5%	8%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Micronutrientes y vacunación	1142	59%	0,015	56%	61%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	Actividades P y P completas	1142	4%	0,006	3%	6%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	CPN básica	1142	28%	0,013	25%	31%
Análisis de procesos	Ninguno de los anteriores	CPN completa	1142	1%	0,002	0%	1%
Paraclínicos	Sin dato	Tamizaje sífilis	949	83%	0,012	80%	85%
Paraclínicos	Sin dato	Tamizaje VIH	949	72%	0,015	69%	74%
Paraclínicos	Sin dato	Tamizaje hepatitis B	949	54%	0,016	50%	57%
Análisis de procesos	Sin dato	Anamnesis	949	45%	0,016	41%	48%
Análisis de procesos	Sin dato	Examen físico	949	25%	0,014	22%	28%
Análisis de procesos	Sin dato	Paraclínicos básicos	949	12%	0,011	10%	15%
Análisis de procesos	Sin dato	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	949	46%	0,016	42%	49%
Análisis de procesos	Sin dato	Paraclínicos completos	949	9%	0,009	7%	11%
Análisis de procesos	Sin dato	Actividades P y P básicas	949	7%	0,008	5%	8%
Análisis de procesos	Sin dato	Asesoría tamizaje VIH	949	3%	0,005	2%	4%
Análisis de procesos	Sin dato	Micronutrientes y vacunación	949	43%	0,016	40%	46%
Análisis de procesos	Sin dato	Actividades P y P completas	949	2%	0,005	1%	3%
Análisis de procesos	Sin dato	CPN básica	949	8%	0,009	7%	10%
Análisis de procesos	Sin dato	CPN completa	949	0%	0,002	0%	1%

NIVEL EDUCATIVO							
Momento del CPN	Nivel educativo	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
Paraclínicos	Ninguno	Tamizaje sífilis	64	75%	0,054	63%	85%
Paraclínicos	Ninguno	Tamizaje VIH	64	80%	0,050	68%	89%
Paraclínicos	Ninguno	Tamizaje hepatitis B	64	63%	0,061	50%	74%
Análisis de procesos	Ninguno	Anamnesis	64	59%	0,061	46%	71%
Análisis de procesos	Ninguno	Examen físico	64	31%	0,058	20%	44%
Análisis de procesos	Ninguno	Paraclínicos básicos	64	20%	0,050	11%	32%
Análisis de procesos	Ninguno	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	64	55%	0,062	42%	67%
Análisis de procesos	Ninguno	Paraclínicos completos	64	20%	0,050	11%	32%
Análisis de procesos	Ninguno	Actividades P y P básicas	64	6%	0,030	2%	15%
Análisis de procesos	Ninguno	Asesoría tamizaje VIH	64	5%	0,026	1%	13%
Análisis de procesos	Ninguno	Micronutrientes y vacunación	64	56%	0,062	43%	69%
Análisis de procesos	Ninguno	Actividades P y P completas	64	5%	0,026	1%	13%
Análisis de procesos	Ninguno	CPN básica	64	22%	0,052	13%	34%
Análisis de procesos	Ninguno	CPN completa	64	0%	0,000	0%	6%
Paraclínicos	Primaria (algún nivel)	Tamizaje sífilis	425	87%	0,016	84%	90%
Paraclínicos	Primaria (algún nivel)	Tamizaje VIH	425	74%	0,021	70%	78%
Paraclínicos	Primaria (algún nivel)	Tamizaje hepatitis B	425	54%	0,024	49%	58%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Anamnesis	425	62%	0,024	58%	67%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Examen físico	425	33%	0,023	29%	38%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Paraclínicos básicos	425	25%	0,021	21%	29%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	425	48%	0,024	44%	53%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Paraclínicos completos	425	20%	0,019	16%	24%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Actividades P y P básicas	425	12%	0,015	9%	15%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Asesoría tamizaje VIH	425	7%	0,012	5%	10%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Micronutrientes y vacunación	425	54%	0,024	49%	59%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	Actividades P y P completas	425	5%	0,011	3%	8%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	CPN básica	425	19%	0,019	15%	23%
Análisis de procesos	Primaria (algún nivel)	CPN completa	425	0%	0,003	0%	2%
Paraclínicos	Secundaria (algún nivel)	Tamizaje sífilis	1221	91%	0,008	89%	93%
Paraclínicos	Secundaria (algún nivel)	Tamizaje VIH	1221	82%	0,011	79%	84%
Paraclínicos	Secundaria (algún nivel)	Tamizaje hepatitis B	1221	60%	0,014	57%	63%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Anamnesis	1221	66%	0,014	63%	68%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Examen físico	1221	46%	0,014	44%	49%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Paraclínicos básicos	1221	27%	0,013	25%	30%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	1221	54%	0,014	52%	57%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Paraclínicos completos	1221	21%	0,012	19%	23%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Actividades P y P básicas	1221	12%	0,009	10%	14%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Asesoría tamizaje VIH	1221	7%	0,007	5%	8%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Micronutrientes y vacunación	1221	58%	0,014	55%	61%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	Actividades P y P completas	1221	6%	0,007	5%	7%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	CPN básica	1221	24%	0,012	22%	27%
Análisis de procesos	Secundaria (algún nivel)	CPN completa	1221	1%	0,003	1%	2%

NIVEL EDUCATIVO							
Momento del CPN	Nivel educativo	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
Paraclínicos	Técnico y universitario	Tamizaje sífilis	232	95%	0,014	92%	98%
Paraclínicos	Técnico y universitario	Tamizaje VIH	232	88%	0,021	83%	92%
Paraclínicos	Técnico y universitario	Tamizaje hepatitis B	232	81%	0,026	76%	86%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Anamnesis	232	70%	0,030	63%	76%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Examen físico	232	57%	0,032	51%	64%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Paraclínicos básicos	232	38%	0,032	32%	45%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	232	77%	0,028	71%	82%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Paraclínicos completos	232	36%	0,031	30%	42%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Actividades P y P básicas	232	16%	0,024	11%	21%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Asesoría tamizaje VIH	232	10%	0,020	7%	15%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Micronutrientes y vacunación	232	61%	0,032	54%	67%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	Actividades P y P completas	232	7%	0,017	4%	11%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	CPN básica	232	38%	0,032	32%	45%
Análisis de procesos	Técnico y universitario	CPN completa	232	2%	0,010	1%	5%
Paraclínicos	Sin dato	Tamizaje sífilis	709	81%	0,015	78%	84%
Paraclínicos	Sin dato	Tamizaje VIH	709	70%	0,017	66%	73%
Paraclínicos	Sin dato	Tamizaje hepatitis B	709	52%	0,019	48%	56%
Análisis de procesos	Sin dato	Anamnesis	709	46%	0,019	42%	50%
Análisis de procesos	Sin dato	Examen físico	709	27%	0,017	24%	31%
Análisis de procesos	Sin dato	Paraclínicos básicos	709	13%	0,013	10%	15%
Análisis de procesos	Sin dato	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	709	45%	0,019	41%	49%
Análisis de procesos	Sin dato	Paraclínicos completos	709	10%	0,011	8%	12%
Análisis de procesos	Sin dato	Actividades P y P básicas	709	8%	0,010	6%	10%
Análisis de procesos	Sin dato	Asesoría tamizaje VIH	709	4%	0,007	3%	6%
Análisis de procesos	Sin dato	Micronutrientes y vacunación	709	43%	0,019	39%	46%
Análisis de procesos	Sin dato	Actividades P y P completas	709	4%	0,007	2%	5%
Análisis de procesos	Sin dato	CPN básica	709	9%	0,011	7%	12%
Análisis de procesos	Sin dato	CPN completa	709	1%	0,004	0%	2%

REGISTRO DE TELÉFONO EN HC / USO DE HOJA DE CLAP EN HC							
Momento del CPN	Télefonos y CLAP	Variable	N	Media (%)	Std. Err.	[Intervalo de Confianza 95%]	
Paraclínicos	Sin teléfono	Tamizaje sífilis	566	78%	0,017	74%	81%
Paraclínicos	Sin teléfono	Tamizaje VIH	566	64%	0,020	60%	68%
Paraclínicos	Sin teléfono	Tamizaje hepatitis B	566	38%	0,020	34%	42%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Anamnesis	566	40%	0,021	36%	45%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Examen físico	566	23%	0,018	20%	27%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Paraclínicos básicos	566	10%	0,013	8%	13%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	566	31%	0,019	27%	35%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Paraclínicos completos	566	5%	0,010	4%	8%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Actividades P y P básicas	566	7%	0,011	5%	9%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Asesoría tamizaje VIH	566	2%	0,006	1%	4%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Micronutrientes y vacunación	566	34%	0,020	30%	38%
Análisis de procesos	Sin teléfono	Actividades P y P completas	566	2%	0,006	1%	3%
Análisis de procesos	Sin teléfono	CPN básica	566	5%	0,009	3%	7%
Análisis de procesos	Sin teléfono	CPN completa	566	0%	0,002	0%	1%
Paraclínicos	Con teléfono	Tamizaje sífilis	2047	90%	0,007	89%	92%
Paraclínicos	Con teléfono	Tamizaje VIH	2047	82%	0,009	80%	83%
Paraclínicos	Con teléfono	Tamizaje hepatitis B	2047	65%	0,011	63%	67%
Análisis de procesos	Con teléfono	Anamnesis	2047	65%	0,011	63%	67%
Análisis de procesos	Con teléfono	Examen físico	2047	44%	0,011	42%	47%
Análisis de procesos	Con teléfono	Paraclínicos básicos	2047	28%	0,010	26%	30%
Análisis de procesos	Con teléfono	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	2047	59%	0,011	57%	61%
Análisis de procesos	Con teléfono	Paraclínicos completos	2047	23%	0,009	21%	25%
Análisis de procesos	Con teléfono	Actividades P y P básicas	2047	12%	0,007	11%	13%
Análisis de procesos	Con teléfono	Asesoría tamizaje VIH	2047	7%	0,006	6%	9%
Análisis de procesos	Con teléfono	Micronutrientes y vacunación	2047	59%	0,011	57%	61%
Análisis de procesos	Con teléfono	Actividades P y P completas	2047	6%	0,005	5%	7%
Análisis de procesos	Con teléfono	CPN básica	2047	25%	0,010	23%	27%
Análisis de procesos	Con teléfono	CPN completa	2047	1%	0,003	1%	2%
Paraclínicos	No hoja de CLAP en la HC	Tamizaje sífilis	687	82%	0,015	79%	84%
Paraclínicos	No hoja de CLAP en la HC	Tamizaje VIH	687	75%	0,017	71%	78%
Paraclínicos	No hoja de CLAP en la HC	Tamizaje hepatitis B	687	50%	0,019	46%	53%
Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Anamnesis	687	46%	0,019	42%	50%
Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Examen físico	687	31%	0,018	27%	34%
Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Paraclínicos básicos	687	12%	0,012	10%	15%
Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	687	44%	0,019	40%	48%
Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Paraclínicos completos	687	10%	0,011	8%	13%
Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Actividades P y P básicas	687	6%	0,009	5%	8%
Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Asesoría tamizaje VIH	687	4%	0,007	3%	6%

REGISTRO DE TELÉFONO EN HC / USO DE HOJA DE CLAP EN HC								
	Momento del CPN	**Télefonos y CLAP**	**Variable**	**N**	**Media (%)**	**Std. Err.**	**[Intervalo de Confianza 95%]**	
	Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Micronutrientes y vacunación	687	45%	0,019	41%	49%
	Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	Actividades P y P completas	687	3%	0,006	2%	4%
	Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	CPN básica	687	11%	0,012	9%	13%
	Análisis de procesos	No hoja de CLAP en la HC	CPN completa	687	1%	0,004	0%	2%
	Paraclínicos	Si hoja de CLAP en la HC	Tamizaje sífilis	1923	90%	0,007	88%	91%
	Paraclínicos	Si hoja de CLAP en la HC	Tamizaje VIH	1923	79%	0,009	77%	81%
	Paraclínicos	Si hoja de CLAP en la HC	Tamizaje hepatitis B	1923	62%	0,011	60%	65%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Anamnesis	1923	65%	0,011	63%	67%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Examen físico	1923	43%	0,011	41%	45%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Paraclínicos básicos	1923	28%	0,010	26%	30%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Tamizaje sífilis, VHI y hepatitis B	1923	56%	0,011	54%	59%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Paraclínicos completos	1923	22%	0,009	20%	24%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Actividades P y P básicas	1923	13%	0,008	11%	14%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Asesoría tamizaje VIH	1923	7%	0,006	6%	8%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Micronutrientes y vacunación	1923	57%	0,011	55%	59%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	Actividades P y P completas	1923	6%	0,006	5%	7%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	CPN básica	1923	24%	0,010	22%	26%
	Análisis de procesos	Si hoja de CLAP en la HC	CPN completa	1923	1%	0,003	1%	2%

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES						
Entidad territorial	**N**	**Percentil 25**	**Mediana**	**Percentil 75**	**Promedio**	**DS**
Amazonas	96	2	4	6	4,2	2,4
Antioquia	323	5	7	9	7,1	2,6
Atlántico	94	5	6	8	6,3	2,4
Bolívar	97	3	5	7	5,2	2,9
Caldas	124	5	7	8	6,7	2,8
Caquetá	95	4	6	7	5,6	2,3
Cauca	121	3	5	7	4,8	2,5
Chocó	97	2	3	5	3,7	2,2
Córdoba	99	5	6	8	6,1	2,3
Guaviare	94	3	4	6	4,4	2,7
La Guajira	92	4	4	5	4,4	1,3
Magdalena	96	4	6	7	5,7	2,6
Nariño	176	4	6	7	5,6	2,5
Norte de Santander	105	3	6	8	5,6	3,2
Putumayo	95	1	4	6	4,1	2,6
Quindío	101	5	7	8	6,4	2,5
Risaralda	124	6	7	9	7,0	2,6
Santander	194	2	3	5	3,6	2,2
Valle del Cauca	312	5	6	8	6,5	2,7
Vaupés	93	2	3	5	3,5	2,2
Régimen de afiliación al SGSSS	**N**	**Percentil 25**	**Mediana**	**Percentil 75**	**Promedio**	**DS**
No afiliada	380	3	5	7	5	2
Subsidiado	1671	3	5	7	5	3
Contributivo	535	6	7	9	7	3
Especial o de excepción	42	2	6	8	6	3
Pertenencia étnica	**N**	**Percentil 25**	**Mediana**	**Percentil 75**	**Promedio**	**DS**
Indígena	244	2	4	5	4	2
Afro	299	4	6	7	6	2
Raizal o Rom	14	6	8,5	10	8	3
Ninguno de los a	1131	4	6	8	6	3
Sin Dato	940	3	5	7	5	3
Nivel educativo	**N**	**Percentil 25**	**Mediana**	**Percentil 75**	**Promedio**	**DS**
Ninguno	63	2	4	6	5	2
Primaria (algún nivel)	421	3	5	7	5	3
Secundaria (algún nivel)	1214	4	6	8	6	3
Tecnico o universitario	230	6	7	9	7	3
Nivel educativo	**N**	**Percentil 25**	**Mediana**	**Percentil 75**	**Promedio**	**DS**
No	563	2	4	6	4	2
Si	2027	4	6	8	6	3
Total	2628	3	6	7	5,5	2,8

Por 1) Entidad territorial, 2) Régimen de afiliación al SGSSS, 3) Pertenencia étnica, 4) nivel educativo y 5) registro de teléfono en la historia clínica.

REFERENCIAS

1. Mathai, M et al. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Hemorrhage. Ginebra; 2007.

2. World Health Organization, The Aga Khan University and The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. A Global Review of the Key Interventions related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). Documento disponible en: URL:http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essentialinterventions14_12_2011low.pdf Consultado abril 4, 2013.

3. Campbell OMR, Graham WJ, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet; 2006

4. Adam T, Lim S S, Mehta S et al. Achieving the millennium development goals for health Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries, BMJ; 2005 331:1107.

5. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and seriopus morbidity? An overview of the evidence. Paediatr Perinat Epidemiol; 2001 15 (1):1-42. Documento disponible en: URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3016.2001.0150s1001.x/pdf Consultado abril 4, 2013.

6. Hall MH, Chng PK, McGillivray I. Is routine antenatal care worthwhile? Lancet; 1980 316(8185):78-80.

7. Enkin M, Chalmers I. Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care, Volume 81. Lavenham: The Lavenham Press Ltda; 1982. Documento disponible en: URL:http://books.google.com.co/books?hl=es y lr= y id=fVH-JYbe2isC y oi=fnd y pg=PR7 y dq=antenatal+care y ots=WVUuC6HKtR y sig=dAbxSFfcUHfTTuf3oM5tXEO9D3Y#v=onepage y q=antenatal%20

8. Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. Obstet Gynecol; 1995 85(3):468–79.

9. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. Paediatr Perinat Epidemiol; 1998 12:7-26.

10. McCaw-Binns A, La Grenade J, Ashley D. Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders. Soc Sci Med; 1995 40(7):1003-12.

11. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. Public Health Rep. 2001; 116(4):306-16.

12. Freyermuth G y Sesia P (coord.). La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México; 2009. Documento disponible en: URL:http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf Consultado abril 4, 2013.

13. Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health; 2004 1(1):3. Documento disponible en: URL:http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-1-3.pdf Consultado abril 4, 2013.

14. UNICEF. Maternal and newborn health. Documento disponible en: URL:http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html

15. OMS. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Control prenatal. Documento disponible en: URL:http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/es/

16. Zambrano A et al. ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2008 24(1):122-30.

17. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet; 2005 365:1099–104. Documento disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/en/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf

18. WHO. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. 22 de mayo de 2009. Documento disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf

19. Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. Translating coverage gains into health gains for all women and children: the quality care opportunity. PLoS Med; 2013; 10(1):e1001368. Documento disponible en: URL:http://www.ploscollections.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001368;jsessionid=A9ACBF4FF3E4C15EA0017B5DC6FE9145

20. Ministerio de salud. Dirección general de promoción y prevención. Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Documento disponible en: URL:http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf

21. UNICEF, OPS, AECID, Canadian International Development Agency. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: estrategia de monitoreo regional. Documento disponible en: URL:http://www.unicef.org/lac/Iniciativa_de_Eliminacion_-_Estrategia_de_monitoreo_regional_1.pdf

22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: URL:http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/Mejorar_la_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

23. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. Lancet; 2013 381:1747-55.

3.

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL Y DE ATENCIÓN AL VIH. ESTUDIO CUALITATIVO EN VEINTE DEPARTAMENTOS Y TRES DISTRITOS DE COLOMBIA, 2011-2012

ACCESS AND UTILIZATION OF ANTENATAL CARE AND HIV SERVICES. A QUALITATIVE STUDY IN TWENTY PROVINCES AND THREE DISTRICTS IN COLOMBIA, 2011-2012

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

Con todo, unos 150 millones de personas en todo el mundo se encuentran cada año en una situación financiera catastrófica y 100 millones de personas se ven abocadas a vivir por debajo del umbral de la pobreza debido a sus gastos sanitarios.

El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible.*

* Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. Nota descriptiva n.º 323, noviembre de 2012. Disponible en: URL: http://www.who.int/ mediacentre/factsheets/fs323/es/

RESUMEN:

Introducción: El país muestra una cobertura de control prenatal de 94% y de parto institucional de 97%. No obstante, el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales es de 74% y la cobertura de tamizaje de gestantes con pruebas de sífilis, VIH y hepatitis B de 88%, 78% y 58% respectivamente, lo que sugiere problemas en el cumplimiento de la norma técnica, acceso y utilización de los servicios. Garantizar el acceso a atención prenatal adecuada requiere que los servicios dispongan de recursos oportunos y apropiados a las necesidades de atención en salud de las gestantes y, por otro lado, que se tengan en cuenta todos aquellos factores que dificultan o fomentan que las personas se acerquen y hagan uso de los servicios disponibles. **Metodología:** Estudio cualitativo descriptivo con enfoque interpretativo, implementado en veintitrés entidades territoriales del país con el fin de explorar, a través de entrevistas a profundidad, las perspectivas y experiencias de usuarias de los servicios, proveedores de salud y líderes de la sociedad civil en relación con el acceso y utilización de los servicios prenatales y de atención al VIH. Adicionalmente, se utilizó la información cualitativa recolectada en una lista de chequeo para determinar aspectos del funcionamiento de los diferentes componentes de la atención materna e infantil y de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH que estuvieran actuando como barreras de acceso para estos servicios. Se utilizó el programa ATLAS.ti versión 6.2 para facilitar el análisis y manejo de datos cualitativos. **Resultados:** Se realizaron 114 entrevistas a profundidad (59 a actores institucionales, 47 a usuarias de los servicios y 8 a líderes de la sociedad civil) y se analizó la información cualitativa de 37 listas de chequeo aplicadas a profesionales de salud de las direcciones de salud territoriales donde se desarrolló el proyecto. Las barreras de acceso y utilización identificadas estuvieron relacionadas principalmente con la forma de organización y prestación de los servicios —trámites administrativos, red de servicios inadecuada, fragmentación de la atención, desarticulación entre programas, falta de adaptaciones de los servicios a los usos y costumbres locales, falta de calidez en la atención— y con la capacidad de las usuarias para buscar y obtener atención —factores personales tales como la falta de recursos económicos, limitado poder de decisión, deseo de embarazo, temer o sufrir estigma y discriminación, entre otros—. **Conclusiones:** La mera provisión de servicios clínicos de atención prenatal y de atención al VIH no es suficiente para garantizar que las mujeres utilicen los servicios. Un adecuado abordaje de las problemáticas de acceso debe considerar la articulación sistemática de los diferentes componentes de la salud materno infantil y trascender los límites del sector salud, dada la complejidad de los factores subyacentes que determinan el acceso.

PALABRAS CLAVE:

Barreras de acceso, atención prenatal, VIH, utilización de servicios de salud, inequidades.

ABSTRACT:

Introduction: Colombia's antenatal care (ANC) and institutional delivery coverage are 94% and 97% respectively. However, the percentage of women with four or more ANC visits is 74% and coverage of syphilis, HIV and hepatitis B screening is 88%, 78% and 58% respectively, suggesting problems with compliance of technical standards, access and use of services. Ensuring access to comprehensive antenatal care requires timely and appropriate availability of resources at health care services; health care needs of pregnant women as well as barriers and facilitators to use services also have to be considered. **Methodology:** Qualitative study with an interpretative approach implemented in 20 provinces and three districts of Colombia. Through in-depth interviews we explored the perspectives and experiences of service users, providers and civil society leaders on access and utilization of ANC and HIV services. Additionally, qualitative information on barriers to access maternal and child health (MCH) services obtained from a checklist to determine the performance of MCH programs and the identification of barriers to access and utilization of those services. Interview data were tape-recorded, and transcripts were coded and analysed using ATLAS.ti. Independent informed consent was obtained from all study respondents. **Results:** 114 in-depth interviews were conducted (59 institutional, 47 to service users and 8 civil society leaders) and 37 checklists (qualitative information) analysed. Access barriers identified were related mainly to the organization and delivery of health services —administrative procedures, inadequate network of health services, fragmentation of care, lack of coordination between programs, lack of sociocultural adaptation of services, rudeness of health staff— and the ability of users to find and access care —individual factors such as lack of financial resources, limited decision-making power, desire for pregnancy, fear of stigma and discrimination, among others—. **Conclusions:** The mere provision of antenatal and HIV care services is not enough to ensure that women use them. Given the complexity of the underlying factors that determine access, an adequate approach to address identified barriers should consider the systematic articulation of various MCH components as well as to go beyond the boundaries of the health sector.

KEY WORDS:

Access barriers, antenatal care, HIV, health service utilization, inequities.

INTRODUCCIÓN:

Las complicaciones durante la gestación y el parto son las principales causas de muerte y discapacidad de mujeres en edad reproductiva [1]. A pesar de que la atención prenatal es una estrategia clave para la reducción de la mortalidad materna, millones de mujeres, especialmente de los países en desarrollo, no la reciben. En septiembre de 2000, Colombia firmó la Declaración del Milenio que establecía ocho metas para el 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En el quinto ODM, mejorar la salud materna, teniendo en cuenta la línea de base del año 1998 de 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos [2], Colombia planteó para este objetivo la meta nacional de reducir para 2015 la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos e incrementar al 90% la proporción de mujeres con cuatro o más controles prenatales.

Según el Instituto Nacional de Salud, en 2008 la razón de mortalidad materna en el país fue de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, reconociendo que hay un alto subregistro por imprecisiones en la definición de la causa de la muerte [3]. Por otro lado, a pesar de que el país muestra una cobertura de control prenatal de 94% y de parto institucional de 97% [4], de acuerdo con los resultados de una evaluación del control prenatal realizada en veinte departamentos del país durante 2011 [5], el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales fue de 74% y la cobertura de tamizaje de gestantes con pruebas de sífilis, VIH y hepatitis B de 88%, 78% y 58% respectivamente, lo que evidencia problemas en la calidad de los procedimientos y en el cumplimiento de la norma técnica.

Lo que se evidencia en la práctica es que aunque existan servicios de salud en una comunidad estos no siempre son utilizados. Garantizar el acceso a la atención prenatal adecuada requiere que los servicios dispongan de recursos que sean relevantes, oportunos y apropiados a las necesidades de atención en salud de una población y, por otro lado, que se tengan en cuenta todos aquellos factores que dificultan —barreras— o fomentan —facilitadores— que las personas se acerquen y hagan uso de los servicios disponibles [6].

Considerando este contexto, y con el fin de apoyar al país en el logro de los ODM 5 y 6, el Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF, UNFPA, OIM y Sinergias han venido desarrollando desde 2010 el proyecto "Seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH, 2003-2010", cuyos resultados dan cuenta de la necesidad de identificar y superar las barreras de acceso a los servicios de salud para personas con VIH y para niñas y niños expuestos, así como las que enfrentan las gestantes en general para acceder a servicios prenatales de calidad.

El presente estudio buscó responder a esta necesidad indagando, a través de técnicas de investigación cualitativa, sobre los factores que afectan el acceso y la utilización de los servicios de atención prenatal, con especial énfasis en las posibles causas por las cuales las madres y sus hijas e hijos expuestos no completaron su seguimiento en la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.

OBJETIVO:

Identificar y describir las barreras y facilitadores de acceso a la atención prenatal y a los servicios de atención integral al VIH a partir de las percepciones sobre la calidad de los servicios de salud materna e infantil de madres, prestadores de servicios, tomadores de decisiones y representantes de la sociedad civil comprometidos con la garantía de los derechos de las personas con VIH.

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo descriptivo, en el que se utilizó un enfoque interpretativo para explorar, desde una visión ética o fenomenológica, las perspectivas y experiencias de los participantes con relación al acceso y utilización de los servicios prenatales y de atención al VIH a través del uso de entrevistas a profundidad y de las anotaciones de campo registradas en un instrumento de verificación del desempeño de la estrategia. El estudio se derivó de una investigación de mayor envergadura titulada "Seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y evaluación del acceso y la calidad de la atención prenatal en Colombia", la cual fue desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF, UNFPA y Sinergias entre marzo de 2011 y mayo de 2012 en veinte departamentos y tres distritos del país.

POBLACIÓN SUJETO

Para conocer la percepción de los actores institucionales sobre las barreras de acceso a los servicios prenatales y la calidad de los mismos se realizaron entrevistas a profundidad a personal de los equipos operativos de la atención materno infantil, directivas y diseñadores de políticas de salud. Para la selección de este personal se determinó una muestra intencional de profesionales del área de la salud sexual y reproductiva que estuvieran a cargo de los servicios de atención prenatal, coordinadoras/es de las áreas de salud pública (promoción y prevención, salud materna, ITS y VIH), secretarias/os de salud y gerentes de EPS o ESE de las veintitrés entidades territoriales.

A su vez, para conocer las experiencias de las receptoras de los servicios, se realizaron entrevistas a profundidad a gestantes o madres con parto ocurrido en un lapso inferior de un año al momento de la entrevista, las cuales fueron seleccionadas por conveniencia en los servicios de vacunación, crecimiento y desarrollo, atención prenatal y cursos psicoprofilácticos del embarazo. Las mujeres presentes en dichos servicios fueron invitadas a participar de manera individual, previa explicación de los objetivos del estudio y sus implicaciones a través de un proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, se determinó una muestra intencional de actores clave de las organizaciones de la sociedad civil que estuvieran trabajando en temas de apoyo y/o restitución de derechos a personas con VIH/Sida.

INSTRUMENTOS

En cada entidad territorial se exploraron las percepciones de los informantes clave a través de guías semiestructuradas que orientaron las entrevistas a profundidad (Anexo 1) previo consentimiento informado escrito de todos/as los/as informantes con el fin de preservar sus derechos como sujetos de estudio.

Por otro lado, se aplicó una lista de chequeo a entre dos y cuatro personas adscritas a cada dirección de salud departamental, distrital o de las ciudades capitales —referentes de las áreas de salud sexual y reproductiva, salud materna, VIH, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (Aiepi), o coordinadores de salud pública— con el fin de obtener información sobre el funcionamiento de los diferentes compo-

nentes de la atención materna e infantil, incluida la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Dicho instrumento constó de un apartado de verificación de preguntas cerradas, complementada por una sección cualitativa de preguntas abiertas. En el presente análisis se consideraron los resultados de la sección cualitativa (Anexo 4).

ANÁLISIS

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

La información obtenida durante las entrevistas fue grabada y transcrita textualmente. Las transcripciones fueron importadas al programa ATLAS. ti versión 6.2, el cual facilita el análisis y manejo de datos cualitativos. Posteriormente, dicho material fue codificado y analizado. Para tal fin se desarrolló un esquema general de codificación con categorías generales y subcategorías para capturar las áreas temáticas principales (Anexo 2). Dicho esquema se basó inicialmente en la revisión bibliográfica sobre el tema y en las preguntas abordadas en las guías semiestructuradas para las entrevistas. Durante el proceso de codificación se identificaron nuevos temas o categorías emergentes que aparecieron de manera reiterativa en los textos analizados.

Los temas generales abordados durante las entrevistas a los diferentes actores incluyeron: deseo de embarazo, factores de riesgo y protectores para el embarazo, redes de apoyo de las gestantes y de las mujeres con VIH, autocuidado, aseguramiento y servicios (barreras y facilitadores para el acceso, atención en salud, calidad de los servicios, capacidad resolutiva, costo, satisfacción con los servicios recibidos, talento humano, información, propuestas para el mejoramiento de los servicios).

ANÁLISIS DEL COMPONENTE CUALITATIVO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO

Se efectuó un análisis descriptivo del contenido cualitativo —preguntas abiertas— de las listas de chequeo. Para tal efecto, se procesó manualmente la información llevando a cabo una lectura inicial de la totalidad de las respuestas con el fin de identificar narrativas dominantes y alternativas emergentes en torno a los tópicos abordados por las preguntas orientadoras del instrumento. Posteriormente, se seleccionaron los fragmentos relevantes o narrativas reiterativas con el fin de generar una narrativa final que integrara el conjunto de narrativas identificadas alrededor de los temas explorados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La aprobación ética del estudio se obtuvo mediante la conformación de un comité de ética ad hoc previamente determinado por los socios implementadores del proyecto —MSPS, UNICEF, UNFPA y Sinergias—. Cada informante firmó un formulario de consentimiento informado como paso previo a la realización de las entrevistas (Anexo 3). Ni los archivos de audio, ni las transcripciones

contenían identificadores de las personas que proporcionaron información. Asimismo, el acceso a esta información estuvo restringido al equipo de investigadores.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan en esta sección corresponden al análisis de 114 entrevistas a profundidad de las cuales 59 fueron realizadas a actores institucionales (35 profesionales de salud y 24 directivos o tomadores de decisiones), 47 a gestantes o mujeres que tuvieron su último parto hace menos de un año, y 8 a líderes de organizaciones de la sociedad civil o redes de apoyo a personas con VIH.

En esta sección también se analiza la información cualitativa obtenida a través de la aplicación de listas de chequeo a 37 profesionales de salud de las direcciones de salud territoriales del orden departamental o municipal donde se desarrolló el proyecto. El número de participantes y sus cargos se describen en la tabla 1.

Para efectos de clasificación de las barreras identificadas, los resultados aquí descritos se basaron en la definición utilizada en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud sobre las dimensiones que afectan el acceso (tabla 2). La accesibilidad, según dicha Política, es entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud con el sistema de prestación de servicios. Así, el acceso puede verse afectado por tres factores:

1) Capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.

2) Tipo y forma de organización de los servicios para garantizar la atención a la población de manera oportuna e integral.

3) Relaciones entre aseguradores, entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud.

Tabla 1. Participantes en las listas de chequeo

Entidad territorial	# listas de chequeo	Cargo
Amazonas	3	Coordinadora SSR, Profesional SSR (2)
Guaviare	3	Coordinador SSR, Personal de apoyo SSR, Profesional Secretaría de Salud Municipal San José del Guaviare
Quindío	1	Referente VIH
Vaupés	5	Coordinador Salud Publica, epidemiólo-ga, coordinador SSR, Profesional SSR, Secretaria de Salud Municipal de Mitú
Putumayo	1	Coordinador SSR
La Guajira	3	Referente VIH, Profesional SSR, Coordi-nadora Promoción y Prevención
Norte de Santander	3	Coordinador SSR, Referente VIH- ITS, Profesional de Apoyo SSR- Cúcuta
Atlántico	3	Líder P y P/Coordinador PIC, Médica SSR, Referente VIH Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla
Santander	1	Coordinadora SSR
Caldas	2	Coordinadora SSR, 2. Referente VIH
Risaralda	1	Coordinador SSR
Choco	2	Referente Salud Materna, Referente VIH
Nariño	1	Coordinador SSR
Antioquia	1	Coordinadora SSR
Valle de Cauca	1	Coordinadora SSR
Cauca	3	Coordinador SSR, Referente VIH, Secre-taria de Salud de Popayán
Caquetá	1	Referente Maternidad Segura
Magdale-na	1	Referente VIH
Córdoba	1	Coordinador Salud Pública
Total participantes		**37**

Fuente: elaboración propia.

Adicionalmente, por su relevancia, se incluyó como cuarto factor el entorno político, dado que se relaciona con las normas que definen los programas y la manera como se prestan los servicios.

Con base en estos criterios, a continuación se describen los principales hallazgos del estudio.

Tabla 2. Dimensiones que afectan el acceso a servicios de calidad

Tipos de barreras o dimensiones que afectan el acceso	
Geográficas	Distancias, facilidades de transporte y condiciones topográficas, entre otras.
Económicas	Capacidad de pago, costos de acceso al lugar de atención, costos de la prestación del servicio.
Socioculturales	Conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios.
Organizacionales	Condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.
Políticas	Aspectos relacionados con el marco normativo y técnico en salud que definen la prestación de servicios.

Fuente: Política Nacional de Servicios de Salud [7].

BARRERAS GEOGRÁFICAS

Las narraciones de las mujeres sobre las distancias que tienen que recorrer y las dificultades para trasladarse hasta las estructuras sanitarias son un reflejo de la diversidad de condiciones topográficas que caracterizan el territorio Colombiano y de la inadecuada red sanitaria, principalmente en zonas de alta dispersión poblacional. Las mujeres tienen que movilizarse a pie, algunas caminando cortas distancias, otras varias horas por trocha, remando en canoas o, en muchos casos, solo pueden acceder a los servicios de salud si son remitidas por transporte aéreo en situaciones de emergencia cuando corre peligro su vida o la de sus bebés. Incluso, en estas circunstancias las mujeres entrevistadas relatan que muchas de las muertes maternas que han ocurrido en sus comunidades rurales apartadas son consecuencia de la falta de oportunidad en la remisión porque las aseguradoras no autorizan a tiempo los vuelos de salida de estas pacientes con alto riesgo obstétrico.

El que las mujeres tengan que desplazarse grandes distancias para tener acceso a los servicios puede acarrearles inconvenientes, tales como dejar solos a sus hijos, o abandonar otras responsabilidades del hogar o laborales para asistir a las consultas, las cuales en muchas ocasiones no se resuelven en un solo día de desplazamiento.

Al igual que las mujeres, muchos de los actores institucionales entrevistados perciben las barreras geográficas como uno de los principales limitantes del acceso de mujeres a la atención prenatal y a las consultas de seguimiento de personas con VIH. Principalmente se mencionan los problemas ocasionados por la centralización de los servicios en las cabeceras municipales y la baja capacidad resolutiva de los centros y puestos de salud periféricos para atender gestantes de alto riesgo.

"...definitivamente el acceso hacia estos corregimientos es muy difícil. Para poder sacar pacientes de alto riesgo es muy complicado el transporte de aquí [...] no contamos tampoco con el insumo de todos los medicamentos necesarios para tratar algún paciente de alto riesgo". Médico, Corregimiento de Mirití, Amazonas.

"Los programas están centralizados pero muchas de estas mujeres ni siquiera conocen Cali [...] Entonces puede que la primera llegue pero la segunda vez ya no regresa, o si regresa lo hace dos o tres meses después, así se vaya con el tratamiento se lo toma un mes y queda descubierta uno o dos meses más porque no viene". Organización sociedad civil, Valle del Cauca.

"Lo más costoso, lo más difícil de manejar y pues no se le puede atribuir al sector salud es el acceso, cierto, son poblaciones rurales dispersas, que generalmente el transporte es fluvial que es sumamente costoso o por mar abierto que genera unos riesgos y con los indígenas ellos escogen una zona sumamente distante de 4, 6, 8 horas a pie, para luego conseguir algún medio de transporte. Yo creo que esa es una de los problemas más difíciles de atacar". Tomador de decisiones, Nariño.

Algunos ejemplos de problemas de acceso a servicios de salud materna e infantil se mencionan, entre otros, en el departamento de Vaupés, en el que desde hace varios años, por razones de habilitación, una gran proporción de los promotores de salud y auxiliares de enfermería que cubrían las necesidades básicas en salud del área rural no pudieron continuar desarrollando sus funciones. Los pocos promotores y auxiliares que visitan las comunidades rurales actualmente están contratados por la ESE a través de recursos que reciben para la implementación del plan de intervenciones colectivas (PIC) y la disponibilidad presupuestal solo permite contratarlos entre seis y nueve meses al año para la realización de actividades restringidas al PIC, sin posibilidad de realizar acciones del POS. Las visitas a las comunidades realizadas por estos agentes de salud generalmente son muy cortas y no alcanzan a visitar toda la población dispersa de su área de cobertura.

BARRERAS ECONÓMICAS

Hay problemas estructurales que subyacen detrás de los factores que obstaculizan el acceso a la salud. La falta de recursos económicos para asistir a las consultas y aspectos relacionados con la inseguridad alimentaria fueron problemas mencionados frecuentemente tanto por las mujeres y los líderes de las redes de apoyo al VIH como por los actores institucionales.

A pesar de que en general los servicios para gestantes no tienen costo, hay gastos adicionales que tienen que asumir las pacientes durante sus itinerarios para acceder a los servicios de salud, como los costos de desplazamiento, o de estadía y alimentación cuando viven en zonas alejadas de los servicios de salud, los cuales se convierten en impedimentos o factores que predisponen a la no utilización de la atención.

"Cuando las mujeres inician tratamiento antirretroviral aquí en la fundación, nosotros les estamos dando el desayuno, el almuerzo y la comida, así que inician el tratamiento perfectamente y se van. Cuando llegan a sus casas a consumir sus propios alimentos empiezan que les cae mal, que les hace daño, que les da vómito, que las marea, porque no tienen una alimentación adecuada". Lideresa red de apoyo a personas con VIH y Sida.

"A pesar de que en sí el parto es gratuito, cuando uno lo va a aplicar pues no es tan gratuito... si a mí me toca pagar de pasaje $80.000 para ir a un control prenatal, así el control prenatal no me cueste, yo no tengo plata para pagar el transporte en lancha o a la persona que me cargue o que me saque. Entonces yo me quedo en mi casa y no voy". Tomador de decisiones, Nariño.

"...si hay que remitirla a un segundo nivel, entonces ya las barreras de acceso se vuelven más grandes, porque ya se tiene que trasladar a otra ciudad, tiene que invertir recursos económicos en transporte, buscar quién la acompañe..." Tomador de decisiones, Valle del Cauca.

El fragmento de testimonio que aparece a continuación refleja la enorme presión a la que se ven sometidas muchas mujeres cuando se encuentran atrapadas en el ciclo de la pobreza, sin tener el soporte de la familia u otra red de apoyo en momentos difíciles. Esta gestante del municipio de Tumaco sentía que podía llegar a la situación extrema de matar a sus hijos para que dejaran de sufrir por falta de alimentos.

- Estoy con los dos niños [...] No tengo empleo, estoy pasando mucha hambre [...] Tengo familia pero la que tengo es como no tenerla [...] Me siento deprimida, me siento como de cometer locuras con mis hijos..."
- ¿Qué solución le ves? ¿Qué esperas que se te solucione primero?
- Que se arregle mi situación económica.

Gestante Tumaco

Muchas mujeres en Colombia cuentan solamente con el dinero para el gasto diario básico para mantener a sus familias; luego un costo adicional que sea requerido para ser atendida en un servicio de salud, así sea mínimo, puede implicar no tener comida para alimentar a sus hijos o a sí misma. No obstante, este problema en algunas ocasiones no es comprendido en toda su magnitud por algunos profesionales de salud.

"...ellas para iniciar tienen que pagar su pruebita de embarazo, entonces muchas dicen no, no tengo plata, pero igual no se las desprotege, se les dan facilidades y se les cobra algo muy mínimo, muy mínimo que son hasta $5.000..." Atención al usuario, Tumaco.

"...lo único que me cobraron fue la prueba de embarazo que me tomaron". Gestante, Caquetá.

Algunos líderes de la sociedad civil que prestan apoyo a personas con VIH refieren la compra de medicamentos como un gasto adicional en el que incurren con frecuencia las pacientes con VIH debido a que algunos prestadores prescriben presentaciones o dosis que no están incluidas dentro del POS. Este aspecto fue mencionado por diversos actores en varios departamentos y distritos, y constituye una barrera crítica para garantizar la continuidad y oportunidad en el tratamiento de pacientes con VIH y Sida. Con este hallazgo también se evidencia la necesidad de fortalecer las capacidades de las y los líderes de las organizaciones de la sociedad civil en derechos y deberes para asesorar con mejores argumentos a las pacientes de su red de apoyo.

"...a los niños viviendo con VIH les cambian los nombres de medicamentos o la dosis, y cualquier cosita que hacen cambios en el sistema ya no les cubre eso. Entonces toca poner una tutela para que la entidad lo cubra, porque ya ella deja de estar en el POS con cualquier cambiecito del nombre que se le haga al medicamento [...] A algunas personas les cambian a tratamientos nuevos y los medicamentos no están dentro del POS, entonces les dicen no, vaya a la secretaría de salud departamental y luego lo ponen y lo pelotean por toda la ciudad y al final nadie responde por esta situación". Organización sociedad civil.

"...se estaba teniendo el problema de que no se estaban tomando las cargas virales (de los niños) directamente por la EPS sino que le estaban cobrando el copago. Una carga viral está alrededor de doscientos mil pesos y de copago le estaban pidiendo 25%, cincuenta mil pesos..." Tomador de decisiones, Cúcuta.

Las mujeres entrevistadas con VIH se sienten desprotegidas y carentes de apoyo por parte de las instituciones encargadas de brindarles cuidados de salud. Mencionan que la sola provisión de cuidados de VIH no es suficiente para mejorar su situación, más aún, cuando los servicios recibidos tienen grandes deficiencias en términos de calidad.

BARRERAS SOCIOCULTURALES

FACTORES PERSONALES

Los factores individuales o personales que se mencionan en esta sección hacen referencia a aquellos aspectos que dependen directamente —aunque no de manera exclusiva— de la mujer que necesita los cuidados, los cuales, además, se ven afectados por su entorno familiar y comunitario. Indudablemente, entre estos factores se incluyen los aspectos de orden económico ya mencionados pues, en gran medida, la decisión de una mujer de ir a una consulta depende de su poder de decisión y capacidad económica para hacerlo.

El deseo de embarazo o intención de fecundidad fue un factor determinante de la utilización de los servicios prenatales de las mujeres entrevistadas. Algunas de estas mujeres dijeron haber deseado el embarazo actual y tener el apoyo de sus parejas y, en consecuencia, estaban asistiendo a los controles prenatales recomendados. Por el contrario, las gestantes que recibieron con sorpresa o desagrado la gestación actual parecían desmotivadas, no habían sido rigurosas en la realización de sus controles e incluso habían contemplado no asistir a ninguna consulta de atención prenatal.

"Yo le decía a él, yo nunca quise tener más hijos. Me puse brava y le dije que yo no iba a ir a controles ni nada, que así me iba a quedar, que así lo iba a tener a ese bebé que tengo ahorita. Después me arrepentí y tuve que ir al hospital a escribirme en el programa con el apoyo que él me dio". Gestante, Mitú.

"La emoción fue muy grande, yo deje la prueba ahí para que mi esposo la viera, pero primero la vio mi hijo y no paró de abrazarme. Después confirmamos con el examen de sangre y de inmediato empecé controles". Gestante, Manizales.

El temor de las mujeres con VIH a ser estigmatizadas o discriminadas por su condición es otro factor personal que predispone a la no utilización de los servicios. Este temor, que de acuerdo con actores institucionales no es infundado sino real, pareciera ser más acentuado en mujeres residentes de municipios pequeños donde el personal de salud conoce a los habitantes de la región. Así mismo, el temor a que la familia, especialmente la pareja, se entere de su diagnóstico de VIH o no poder justificar las frecuentes citas al centro de atención influye negativamente en la búsqueda de servicios.

"...no acuden a los servicios de salud por el mismo estigma [...] si le sale positiva una prueba o todo Quibdó sabe o todo el municipio sabe". Tomador de decisiones, Chocó.

La falta de autocuidado de las mujeres, según algunos prestadores, está directamente relacionada con la edad de la gestante. Entre más joven es la mujer, es más difícil que procure por sí sola los servicios o que tome medidas preventivas en relación con su salud.

Tanto prestadores como tomadores de decisiones consideran que uno de los factores que más afecta a los indicadores de salud materna e infantil es el inicio tardío de la atención prenatal en las mujeres, trasladándoles a ellas la principal responsabilidad de acudir a la consulta prenatal y de hacer el seguimiento de sus hijos, obviando en ocasiones los potenciales determinantes que subyacen detrás de la decisión de consultar a los servicios.

En las opiniones de los trabajadores de salud predominan los juicios de valor o acusaciones infundadas que cuestionan el comportamiento de las mujeres y ponen en tela de juicio su responsabilidad con el autocuidado de la salud y sus deberes como usuarias del sistema.

"Se nos sale de las manos andar detrás de la paciente, se le hace el seguimiento, se le hace la visita y muchas veces lo que uno les dice no les interesa. Yo he visto casos de mujeres que siendo conscientes de su enfermedad, no les importa y están con uno y con otro. Es una situación muy preocupante porque es una propagación de la enfermedad". Profesional de la oficina de atención al usuario. Tumaco, Nariño.

El desconocimiento de las mujeres sobre la ruta de atención y sobre sus derechos en el SGSSS es otro factor que emerge con relativa frecuencia en las narrativas de todos los actores entrevistados, especialmente en las de los líderes de las redes de apoyo a personas con VIH y Sida. El conocer el funcionamiento de los servicios, el motivo por el cual se piden las pruebas de tamizaje durante el control prenatal y el conocimiento sobre las vías de transmisión de las ITS parecen ser un factor personal que facilita la utilización de los servicios.

"Para mí la falta de conocimiento es una gran barrera. Independientemente de que haya programas, puede haber también falencias de esos programas y muchas veces los directivos no ven esas falencias, sino los usuarios, pero los usuarios por temor al maltrato no lo dicen, como es gente de campo prácticamente de donde están llegando los casos (de VIH) ellos todavía tienen el concepto de que si yo me quejo, a mí me quitan el carné" Lideresa organización sociedad civil, Nariño.

"...Yo creo que es la falta de conciencia de las mismas gestantes (...) nuestras gestantes todavía no tienen un compromiso verdadero con su prójimo, por tal motivo los recién nacidos están en muchos riesgos, porque mientras la materna no considere importante el producto de la gestación no va a realizar todas las actividades que debía realizar en beneficio propio y en el de su hijo próximo a nacer (...) Aunque los sistemas de salud estén creados, aunque haya IPS prestando servicios, aún nos falta mucho camino por recorrer en la creación de estrategias de búsqueda activa, porque a veces nos quedamos solo en la búsqueda pasiva y la gestante es muy lochuda o perezosa, entonces hay que llamarla, hay que visitarla, hay que incentivarla para que vaya".

Referente de Promoción y Prevención, Valle del Cauca.

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

Los factores socioculturales que con mayor frecuencia aparecieron como limitantes para que las mujeres con diagnóstico de VIH acudieran a los servicios fueron: la falta de apoyo familiar, los mitos y creencias en torno al VIH y Sida, y la violencia doméstica e institucional (estigma y discriminación ejercidos por la comunidad, la familia y el personal de salud hacia las personas con VIH y Sida, entre otros).

"Cuando yo me enteré de mi diagnóstico sufrí el abandono de mi familia y la discriminación de mis compañeros en el trabajo [...] Yo siempre he tenido claro que yo no debo tener vergüenza ante esta situación, por esto, le comenté mi situación a las personas que quiero, a las que han estado a mi lado, porque pienso que es lo más honesto. Y esa situación la viví con mi familia, la viví en mi trabajo y aprendí y viví lo que era el estigma, la discriminación. Fue allí cuando definitivamente dije que había que trabajar, que si bien costaba la educación, más costaba la ignorancia y entonces, yo tenía que asumir una misión". Líder organización sociedad civil, Cúcuta.

Los usos y costumbres de algunos pueblos fueron otros de los factores socioculturales que prestadores y usuarias consideraron relevantes para la utilización de los servicios de salud. Los indígenas y otros grupos étnicos diferenciados acuden con frecuencia a la medicina tradicional antes que a la medicina alopática, especialmente para los cuidados prenatales, control de la fecundidad y atención del parto. Este factor es considerado por algunos prestadores como un problema o limitante para que las mujeres accedan a una atención prenatal de calidad.

"...de pronto el control que yo hice no fue seguro, me había mandado rezar y lastimosamente como se dice, no me sirvió. Así fue como llegué a quedar embarazada de la niña..." Gestante, Vaupés.

"...la cultura de aquí de los grupos indígenas es de que como yo nací en casa, mi hijo también va a nacer en casa, y solamente vienen a esta institución si hay alguna alteración del trabajo de parto, entonces ahí está el problema o es la barrera que más nos limita ..." Médico, Puerto Nariño, Amazonas.

Por otro lado, la mayoría de personas entrevistadas perciben que los problemas de orden público están incidiendo directamente en la accesibilidad y oportunidad de la atención, especialmente en zonas donde además de la alta dispersión geográfica hay problemas de conflicto armado. En estas zonas mencionan que el personal de salud, especialmente los promotores de salud o auxiliares de enfermería, solo puede acceder a las comunidades si son autorizados por los grupos al margen de la ley que tienen el control de la región. En muchos casos hay zonas donde por varios años ha estado restringido completamente el acceso de cualquier personal de salud.

"...zonas minadas, donde hay confinamiento; y, ¿en qué consiste el confinamiento? en que yo vivo en esta zona y la carretera para acceder a la cabecera municipal está minada, entonces ni el centro de salud ni las personas que viven en la cabecera municipal pueden ir a esa vereda, ni los de la vereda pueden salir, entonces hay un confinamiento total y las maternas nunca van a tener atención, los niños no tienen vacunas y eso nos tumba cualquier programa, eso daña lo que sea. Tomador de decisiones, Nariño.

BARRERAS ORGANIZACIONALES

Los resultados de esta sección hacen referencia a la manera como están organizados los servicios —prenatales y los ofrecidos en la estrategia de eliminación de la TMI del VIH— en las instituciones administradoras o prestadoras de salud y su relación con la búsqueda y utilización de los mismos por parte de las y los usuarios.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Las barreras del orden administrativo más evidentes tanto en las entrevistas como en las listas de chequeo fueron los trámites burocráticos, siendo la solicitud de autorización para la realización de las pruebas de tamizaje del control prenatal el trámite más comúnmente mencionado, seguido de la autorización para citas, entrega de medicamentos o realización de procedimientos. A menudo, las autorizaciones se tramitan en sedes diferentes a los sitios donde se prestan los servicios, lo que implica desplazamientos adicionales con los costos que estos acarrean. También se mencionaron los gastos de papelería y otros trámites adicionales que deben realizar cuando se presenta alguna equivocación en la elaboración de la fórmula o de la autorización.

"Se supone que lo mínimo necesario que hay que hacer a una mujer gestante es el paquete básico del laboratorio que está en el POS, la caracterización y la revisión médica y por enfermería. En algunas partes se hace, en otras partes piden la autorización, pero ¿para qué pedir una autorización cuando ya está estipulado que lo mínimo necesario que hay que hacer es eso?, ¿porqué las EPS no simple y llanamente dicen: materna que llegue desde la primera cita médica entréguenle la autorización para la batería de exámenes básicos". Tomador de decisiones nivel nacional.

"...cada vez que llegamos nos piden cierta cantidad de papeles, fotocopias, ve y además muchas veces nos hacen mal la fórmula, nos elaboran mal la autorización, nos salen con los nombres de otras personas o con los números de cédulas de otras personas. Entonces es devolvernos, volver a pedir que nos arreglen esta situación". Gestante, Valle del Cauca.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los factores relacionados con la prestación de servicios que más se destacaron en las narrativas de mujeres, profesionales de salud y líderes de la sociedad civil estuvieron relacionados con la baja capacidad resolutiva de las instituciones prestadoras de salud y la falta de servicios integrales, oportunos y de calidad. Los aspectos que aparecieron de manera reiterativa se enuncian y ejemplifican a continuación:

Red de servicios inadecuada para el nivel de complejidad requerido en algunas entidades territoriales.

"No hay una adecuada red hospitalaria; red pública no tenemos y la red obstétrica hospitalaria que tenemos, que es privada, solamente cuenta con veinticinco camas para todo el departamento, entonces no nos alcanza [...] se supone que las EPS son las que tienen que garantizar la cobertura de todas estas pacientes y ahí nos damos cuenta de las miles de remisiones, de los pacientes que no alcanzaron, de que no están dando una adecuada cobertura, o sea Manizales no tiene una red hospitalaria adecuada". Tomador de decisiones, Manizales.

"La parte de especialistas es una limitante grandísima porque realmente todas las pacientes de nosotros clasificadas como de alto riesgo, realmente no pasan por un ginecólogo". Tomador de decisiones, Tumaco.

Las mujeres no están accediendo al ciclo completo de diagnóstico oportuno de VIH. No hay evidencia en la historia clínica de los resultados de las pruebas de tamizaje, de que los resultados hayan sido revisados por un médico, o que este haya ordenado algún seguimiento posterior en los casos que el resultado es positivo. Así mismo, se mencionaron situaciones de mujeres que no son tamizadas durante la gestación que llegan a la institución en el momento del parto y no hay disponibilidad de pruebas rápidas.

"...en el tema específico de sífilis gestacional y congénita, VIH y Sida la cosa no es tan halagüeña [...] con VIH ocurre frecuentemente que le piden la prueba y nadie la revisa, o la prueba no aparece en la historia y nadie se preocupa por verificar el estado de la prueba, o ya llega la mujer en el momento del parto, pero como no se dispone de una prueba rápida pues la mujer tiene el parto y ya..." Profesional de salud, Antioquia.

Con relación al **talento humano**, en una primera opinión, los actores institucionales, especialmente las directivas de instituciones, resaltan que en general hay personal de salud capacitado, que cuenta con los insumos requeridos e implementa los protocolos de atención necesarios para la provisión de servicios adecuados. No obstante, en la medida que evolucionaron las entrevistas y se profundizó sobre el tema, emergieron relatos dicientes de las falencias del sistema con relación al recurso humano disponible y la cualificación del mismo. Esta última situación se refuerza con las opiniones de las mujeres y de los líderes de la sociedad civil, a las que

se suma la variedad de ejemplos brindados por los mismos profesionales de salud que cuestionan la forma como se ven abocados a trabajar, de manera poco ética y profesional con las pacientes. Tal panorama refleja que el sistema tiene importantes problemas que están determinados por el modo en que operan las administradoras y proveedores de los servicios, los cuales no están siendo debidamente seguidos, abordados, corregidos y sancionados por las diferentes entidades de inspección, vigilancia y control, garantes de los derechos de usuarias y usuarios.

De igual manera, se evidenció que en todos los departamentos se presentan problemas de rotación frecuente del personal. Al parecer, una vez los profesionales se adaptan al contexto regional y conocen los protocolos y procedimientos de la institución se cambian por nuevos profesionales, lo que deriva en falta de continuidad en los procesos y consecuentemente en debilidades en la atención de pacientes.

"Se nos sale de las manos. Más nos demoramos nosotros en entrenar a la persona, en que se aprenda los protocolos, en que se aprenda la guía, ya nos ha presentado un plan de mejoramiento y volvemos a los dos meses a hacer la vigilancia y a ver qué tanto de ese plan de mejora han aplicado, pero cuando vamos ya el que lo preparó se fue. Tomador de decisiones, Nariño.

Con frecuencia se mencionaron problemas de falta de preparación de los médicos recién egresados que prestan el servicio social obligatorio, especialmente en los primeros niveles de atención. Esta situación parece más acentuada en zonas con predominio de grupos étnicos diferenciados dado que estos profesionales no están teniendo una apropiada inducción sobre los usos y costumbres locales.

Se acusa de falta de calidez y atención "deshumanizada" a las y los profesionales de salud y al personal que tiene el primer contacto con las pacientes. Los siguientes fragmentos testimoniales evidencian algunos de los prejuicios que aún persisten hacia personas diagnosticados con VIH y que ratifican las razones por las que mujeres con VIH no acuden a los servicios, por temor a ser estigmatizadas y discriminadas por el mismo personal sanitario.

"Yo he evidenciado muchísimos casos de mujeres que tienen la enfermedad, que son conscientes de que tienen VIH y yo las he visto con otras personas, las he visto con uno, con otro, con dos, con tres y es una situación muy preocupante porque están propagando la enfermedad" Atención al usuario, Tumaco, Nariño.

"La participación de ellas ha sido poca por el miedo al rechazo, al estigma... incluso, muchas no van ni siquiera a los centros de salud sino que mandan a los familiares a gestionar los medicamentos, lo concerniente a lo de ellas, un examen, cualquier cosa, porque como aquí no hay confidencialidad". Líder organización sociedad civil, Chocó.

Por otro lado, el déficit de recursos que afrontan muchas de las instituciones participantes ha tenido como consecuencia la demora en el pago de salarios al personal de salud, situación que al parecer aumenta el nivel de estrés de los trabajadores, lo cual afecta la buena disposición para el trabajo y, por ende, la calidad de los servicios.

> *"...si vamos a otros municipios son 6 meses sin salario, entonces ahí es cuando uno se empieza a preocupar y a decir ¿realmente una persona que no recibe sueldo en 6 meses podría brindar servicios de calidad a los usuarios?, cuando tiene también sus propias problemáticas y necesidades. No es tan sencillo. Aquí manejamos un estrés bastante alto, a pesar de que no son tan demorados los pagos, llega a un punto en que el estrés comienza a subir por esta situación. Profesional de salud, Tumaco.*

La fragmentación de la atención fue otro factor abordado en múltiples ocasiones como un aspecto crítico que está determinando el acceso a los servicios, pues afecta la continuidad e integralidad en la atención. Las acciones en salud desarticuladas para el conjunto familiar, la obtención de servicios en diferentes sedes y la falta de continuidad en el tratamiento de personas con VIH y Sida —ocasionada por el cambio frecuente de proveedores—, fueron algunos de los problemas más comúnmente mencionados.

> *"La atención está fragmentada, yo atiendo a la mamá por aquí, al hijo por allá, atiendo al papá a las 500 por otro lado y al joven por otro lado, entonces no hay una intervención de la unidad familiar, a pesar de que todas las estrategias de promoción van destinadas a la familia y al cuidador..." Tomador de decisiones, Nariño.*
>
> *"...la señora va por una gripa y fue ingresada por control prenatal, le atienden la gripa y le dicen vuelva después al control prenatal". Profesional de salud, Antioquia.*

No obstante lo anterior, otras mujeres también manifestaron que generalmente reciben todos los servicios en un solo sitio y en el caso en que han tenido que desplazarse este proceso no ha implicado recorrer grandes distancias entre las diferentes estructuras sanitarias.

Otras limitaciones al acceso, mediadas por barreras administrativas, fueron las esperas prolongadas para la realización de algunos procedimientos y demoras en la asignación de citas, particularmente las de medicina especializada. Dado que la oferta de especialistas es insuficiente persisten demoras en la atención que requieren las mujeres, pues deben esperar hasta que las aseguradoras contraten profesionales especializados, y una vez son contratados hay limitaciones de tiempo para la asignación de citas, trámite que puede tardar meses en realizarse.

ARTICULACIÓN ENTRE PROGRAMAS

De acuerdo con los profesionales de salud y los tomadores de decisiones, la inadecuada articulación entre programas y estrategias dentro del sector salud, y de este con otros sectores parece ser un aspecto coyuntural en la organización de los servicios. Por lo general, no hay comunicación entre las áreas de aseguramiento, prestación de servicios y salud pública, lo que ocasiona que se tomen decisiones fragmentadas basadas en priorizaciones individuales y no como producto de un análisis conjunto de las problemáticas y sus posibles soluciones.

En la lista de chequeo se preguntó específicamente si había articulación sistemática y regular de las acciones de la estrategia de TMI del VIH y los diferentes componentes de la salud materna e infantil — entendiendo esta articulación como el trabajo coordinado entre la estrategia y los programas de salud materna, planificación familiar, PAI, Aiepi, crecimiento y desarrollo y nutrición—. Aunque esta coordinación no parece ser efectiva en todas las entidades territoriales, los actores institucionales consideraron que la salud materna fue el componente que mejor se articula con la estrategia y nutrición el que menos. En lo que respecta a los demás componentes mencionados, aproximadamente la mitad de las DTS consideraron que sí existe articulación con la estrategia pero no de forma sistemática.

INFORMACIÓN SUMINISTRADA A LAS Y LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS

Se obtuvieron opiniones disímiles en las percepciones de las mujeres sobre la calidad de la información y orientación durante los controles prenatales. Algunas afirman haber recibido información clara y concisa, mientras otras se quejan por la falta de orientación en temas como la planificación familiar y la lactancia materna. Los temas sobre los cuales las mujeres recordaron haber recibido información durante las consultas fueron las infecciones de transmisión sexual —especialmente la sífilis y el VIH—, situaciones de emergencia durante el embarazo, estimulación, ejercicios de preparación para el parto, y crecimiento y desarrollo del bebé.

> *"A nosotros al principio del embarazo nos dan todo tipo de información, nos dan un folletico donde nos explican dónde tiene que ser el parto, a qué tipo de urgencias uno debe asistir, ahí nos explican todo eso [...] ella me explicó más o menos todo lo que lleva el VIH: los periodos de incubación, el tiempo en que lo puede tener, cómo se puede contagiar, el daño que le puedo hacer al bebé, todo como así". Gestante, Manizales.*
>
> *"Fue poco el respaldo que recibí en ese momento, lo que yo sabía de lactancia era porque en mi casa me habían enseñado y las personas cercanas me habían dicho. Pero una guía por algunas personas especializadas en la salud, nunca recibí". Gestante, Caquetá.*

Por su parte, algunos profesionales de salud consideran que la información brindada durante las consultas prenatales es buena y ofrece una amplia variedad de temáticas útiles, no solo para la gestación sino también para los periodos de parto y puerperio. En el caso de las consultas de control para gestantes con VIH los temas de prevención primaria y secundaria son los más comúnmente abordados. De acuerdo con estos actores, las actividades de IEC en los servicios amigables para adolescentes y jóvenes tienen una mayor diversidad de temáticas que para otros grupos poblacionales y, en general, son de mejor calidad; por esta razón se perciben como ideales para mejorar la utilización de los servicios por parte de este grupo. No obstante, otras voces institucionales consideran que el sector se queda corto en materia de información, educación y comunicación a las gestantes y a la comunidad.

"Falta información. Si es difícil para ellos llegar hasta acá, también es difícil para nosotros ir hasta allá. Entonces creo que lo primero es la información, no la tienen, no conocen el derecho y el deber también de inscribirse en un control prenatal". Médico. La Pedrera, Amazonas.

"Hay falta de información sobre la importancia de que si tienes un buen control sabrás de pronto qué riesgos o qué te puede ir pasando en el embarazo, a veces dejan ya al final para entrar". Profesional de salud, Valle del Cauca.

En el tema de asesoría para prueba voluntaria de VIH se evidenció especial insatisfacción por parte de los líderes de la sociedad civil, quienes consideran que el desempeño del sector es muy pobre en este aspecto, bien sea porque el personal que realiza la asesoría no está cualificado para esta tarea o porque muchas veces en las instituciones no se destina el tiempo necesario para realizar esta actividad. Tomadores de decisiones de algunas entidades territoriales coinciden con la opinión de estos líderes en que este es un paso que se está obviando y por esta razón se presentan mayores dificultades a la hora de abordar el grupo familiar en el caso de que la prueba sea positiva.

"... el acompañamiento pre y post prueba es escaso. En algunas ocasiones, quien da el resultado es una auxiliar de enfermería en vez de un profesional especializado como un psicólogo o una enfermera epidemióloga. Y esta auxiliar no entiende que, al recibir el diagnóstico de VIH positivo, el paciente lo asocia inmediatamente con la muerte, pues carece de la información necesaria en ese momento". Líder sociedad civil, Cúcuta.

"Hay lugares en donde uno sabe que a las gestantes ni siquiera les están ofreciendo una asesoría para pruebas voluntarias de VIH y más bien es decirle o firmas, o no te hacemos los laboratorios, y listo [...] entonces le hacemos una prueba rápida sin una asesoría [...] y cuando se llega el momento de enfrentar una prueba rápida reactiva con los familiares es difícil". Tomador de decisiones, La Guajira.

En las entrevistas se indagó sobre la capacidad de las instituciones para enfrentar los casos de alto riesgo obstétrico y el desempeño de sus sistemas de referencia y contrarreferencia. Algunas de las respuestas sobre el tema fueron:

> *"Pésimo", "Funciona dentro de parámetros adecuados, similar a como funciona en cualquier parte de Colombia". "En el de contrarreferencia no recibimos información de los otros hospitales", "Con los niveles 3 no tenemos contrarreferencia", "Antes se mandaba una paciente y no había información, pero ya en este momento los hospitales también nos mandan copia del estado de tratamiento de la paciente". Profesionales de salud y tomadores de decisiones de diferentes departamentos.*

MONITOREO Y EVALUACIÓN

En general, fueron pocos los comentarios que surgieron con relación al papel que juegan los procesos de monitoreo y evaluación de los programas, y su relación con el acceso y la utilización de los servicios. No obstante, en las listas de chequeo de todos los departamentos se destaca este tema, junto con la asistencia técnica y la inspección, vigilancia y control (IVC) como las principales alternativas de solución para superar los problemas de salud priorizados en cada departamento.

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Uno de los objetivos principales del sistema de IVC es acompañar el aseguramiento y la prestación de servicios contemplando acciones encaminadas a vigilar el cumplimiento de los derechos de los afiliados y de vigilar la prestación individual y colectiva de los servicios de salud. Con relación al cumplimiento de estas funciones, los tomadores de decisiones de las direcciones de salud fueron enfáticos en afirmar que hay una evidente falta de respuesta de la Superintendencia de Salud a los requerimientos radicados por ellos sobre el mal desempeño de aseguradoras y proveedores de servicios. Aunado a esto, sienten que cumplir con su función de vigilar a los municipios es viable pero que no es una labor fácil de realizar, especialmente cuando se intenta vigilar y controlar a las EPS, ya que adolecen de las herramientas necesarias para ello.

A su vez, los líderes de algunas organizaciones de la sociedad civil consideran que las direcciones de salud no hacen estudios de los casos en los que se puede haber afectado la integridad y la salud de las pacientes y donde se evidencia negligencia en el cumplimiento de las funciones que por ley deben realizar las instituciones prestadoras de servicios. No obstante, otros líderes narran experiencias exitosas de resolución de problemas por parte de los organismos de control a nivel nacional.

> *"Yo tengo mil quejas que hemos mandado a la Súper y nosotros nunca recibimos respuesta, nunca tenemos un apoyo porque por ejemplo nosotros como departamento a los municipios pues les podemos exigir y todo pero a las EPS nosotros no tenemos cómo sancionarlas. Entonces uno qué hace, pues mandar a la Súper a ver qué nos dicen, pero nunca recibimos respuesta". Tomador de decisiones, Caldas.*
>
> *"La Supersalud (risas), rajados conmigo". Tomador de decisiones, Tumaco.*
>
> *"La Superintendencia de Salud existe a nivel central pero no a nivel local. Esta debería intentar darle la responsabilidad a instituciones como Vigilancia y Control en el departamento; ellos no pueden ser solo los que reciben los documentos para enviarlos a la Supersalud esperando a que respondan. Se supone que la Supersalud o el Ministerio deben dar esa responsabilidad al ente territorial, que es el que responde por la salud de la gente". Líder Sociedad civil, Cúcuta.*

FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO POLÍTICO DE SALUD QUE ENMARCA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRENATALES, DEL PARTO Y DEL POSPARTO

Durante el desarrollo de las entrevistas y el diligenciamiento de las listas de chequeo se abordaron una serie de preguntas para tratar de identificar si las personas entrevistadas, especialmente profesionales de salud y tomadores de decisiones, consideraban que había barreras asociadas al entorno político, tales como el marco normativo y técnico en salud o fallas estructurales del funcionamiento del SGSSS que pudieran estar favoreciendo o dificultando el acceso, o que estuvieran afectando la calidad de los servicios de atención preconcepcional, prenatal, del parto y posparto. Los problemas más aludidos fueron los relacionados con el aseguramiento y la crisis financiera de las instituciones de salud.

Dentro de las fallas del sistema derivadas del aseguramiento se destaca la **segmentación de los servicios.** Algunos ejemplos de este fenómeno fueron:

- Diferencias muy grandes entre la UPC del régimen subsidiado y los recursos asignados por persona pobre no asegurada.
- Algunos departamentos denuncian graves deficiencias en la red obstétrica hospitalaria pública. Ante la deficiencia de camas, los primeros que tienen acceso a estas son los afiliados al régimen contributivo, dejando de lado a los afiliados del régimen subsidiado y a los no afiliados.
- Cambios frecuentes de régimen de afiliación de los trabajadores con contratos laborales intermitentes derivan en problemas importantes de continuidad en la atención, especialmente en el tratamiento a pacientes con VIH.

"De pronto lo que se nos dificulta a veces para brindar la atención es el aseguramiento de las gestantes. Por ser un hospital público nosotros atendemos a la población pobre no asegurada o a la población del régimen subsidiado, pero cuando nuestra población cambia muy rápido de régimen, porque somos una zona cañera, entonces los corteros de caña tienen régimen contributivo por unos dos o tres meses y a veces en esos dos o tres meses embarazan a su pareja. Cuando la gestante viene acá, aparece en el Fosyga en el régimen contributivo, pero en la vida real ella no tiene nada. Entonces va al régimen contributivo y no la atienden porque no lo tiene, pero si la consultamos a través del Fosyga para poderla atender nosotros en la red pública, aparece como contributivo. Eso nos asusta un poco porque la gestante se queda en el aire a veces por un buen tiempo". Referente de P y P, Valle del Cauca.

"Lo más dificultoso es cuando la paciente está en proceso de afiliación, porque la paciente firma el formulario y empieza, pero en la EPS no le dan tratamiento, no le dan atención hasta que aparezca en el sistema, eso

se demora de mes a mes y medio. Entonces, mientras tanto, ¿quién va a velar por este paciente? En la seccional que supuestamente al afiliado le corresponde, ya no es no afiliado, porque ya firmó, entonces se queda como en el aire este paciente, que si está aliviada pues bien, pero sabemos muy bien que los procesos van corriendo". Tomador de decisiones, Quindío.

Otras dificultades atribuidas al funcionamiento deficiente de las aseguradoras incluyeron:

- Discrepancias en las bases de datos sobre la población que teóricamente está afiliada al régimen subsidiado y la que en efecto lo está.
- Las EPS no dan información de los indicadores de la población que tienen afiliada y las direcciones de salud territoriales desconocen el panorama general de lo que está ocurriendo en su jurisdicción con respecto a la cobertura de servicios de salud.
- Problemas de contratación de servicios de las EPS con su red de prestadores. Frecuentes cambios de convenios con diferentes prestadores traen como consecuencia el aumento en los itinerarios burocráticos que tienen que enfrentar las usuarias.
- Las EPS no les hacen seguimiento a sus prestadores.
- Falta de compromiso de las aseguradoras para discutir procesos participativos con la red de prestadores y la comunidad.
- El cese de actividades de una EPS en una región determinada trae como consecuencia un número de personas desafiliadas que usualmente enfrentan importantes problemas de acceso a los servicios.

"... a veces es complicado cuando se acaban y se inician convenios con otras instituciones porque entonces es un paciente que cambia de institución a institución y es muy complicado uno hacerle seguimiento a un paciente así... a él no le va a gustar venir a contarle su vida a otra persona. Que lo remitan a otra institución es comenzar de cero. Es volver a decir, mire, yo tengo este diagnóstico, yo soy VIH, porque de entrada ya es complicado de que ellos puedan hablar abiertamente del tema, entonces sí me parece que eso también es bien, bien, bien difícil". Tomador de decisiones, Valle del Cauca.

"... por ejemplo llegan y capitan planificación familiar, entonces no, hay 30 cupos y entonces si yo fui la 31 ya no tengo derecho a la planificación..." Tomador de decisiones, Caldas.

Los problemas financieros que afrontan las instituciones, especialmente las públicas, también constituyen aspectos críticos que influyen negativamente en el acceso a los servicios. La insolvencia presupuestal en los primeros niveles de atención por falta de pago de las EPS quienes a su vez argumentan la falta de pago por parte del Fosyga, la falta de recursos para invertir en campañas

de IEC en temas priorizados, la reducción considerable en la inversión de recursos en el programa de VIH, la demora en los pagos de los salarios del personal de salud y la afectación en la ejecución de los programas debido a los altos costos de los programas de P y P, los cuales superan lo asignado por los contratos, fueron algunas de las dificultades del orden financiero que pueden estar afectando la calidad de los programas y potencialmente desestimulando la utilización de los servicios.

> *"Otra barrera bien significativa, es que el aseguramiento no da. La UPC de P y P es muy escasa y más para todo lo que implica la atención del control prenatal. Nosotros hicimos el costo de una matriz de programación que envía una EPS y le colocamos tarifas SOAT y le hicimos el costo y se queda casi en un cuarenta por ciento de lo que está capitado, o está contratado. Eso es muy significativo, porque la IPS va hasta donde más puede pero los costos de la UPC no dan". Referente de SSR, Caquetá.*

Aunque la mayoría de entrevistados/as considera que el **marco normativo** que regula la SSR en general y la atención prenatal, en particular, es completo, también destacan que este no se ajusta a las realidades locales, lo que dificulta su implementación. Algunas razones que sustentan esta hipótesis fueron la falta de disponibilidad de insumos para aplicar la normatividad, y la falta de socialización o difusión de información acerca del marco normativo a las personas que realizan la atención directa. Por último, las direcciones territoriales se quejan de que a pesar de que la Ley 1438 abre la posibilidad de sancionar a las EPS que no cumplan con sus acciones, en la práctica no se pueden ejercer acciones de control sobre estas.

> *"Están las normas, están las reglas y todo lo que uno tiene que hacer pero no tenemos con qué llevarlas a cabo, ese es el problema [...] La Resolución 412 es difícil llevarla a cabo aquí en este sitio por las dificultades de acceso y la falta de insumos. Entonces se hacen la promoción y la prevención pero se hacen incompletos". Profesional de salud, Amazonas.*

DISCUSIÓN

Las mujeres tienen diferentes razones para decidir no acudir a los servicios de atención prenatal, del parto y puerperio. Según la evidencia, los dos primeros retrasos para el acceso real a estos servicios son el retraso en la decisión personal de buscar atención y la demora en llegar al centro de salud [8-11]. El presente estudio concuerda con investigaciones previas que demuestran que los factores personales que dependen directamente de la decisión del individuo de buscar los servicios están influenciados de manera significativa por su entorno familiar y comunitario [6, 12-14]. Factores personales que en el presente estudio parecieron influenciar más la decisión de buscar atención incluyeron el deseo de embarazo, el conocimiento de la ruta de atención y del funcionamiento de los servicios, el empoderamiento económico de las mujeres y el temor a enfrentar violencia doméstica e institucional.

Con relación al deseo de embarazo, la desmotivación de las mujeres para buscar atención puede presentarse especialmente por embarazos no deseados; más aún si no cuentan con el apoyo de su pareja u otros miembros de la familia. Al parecer, las mujeres con clara intención de fecundidad estuvieron más inclinadas a asistir tempranamente a los controles prenatales. Por el contrario, las mujeres que no tenían una pareja estable durante el proceso de gestación, no estaban empoderadas económicamente, o no contaban con el apoyo de sus familias, presentaban procesos de negación de su estado y tomaban la decisión tardía de asistir a los controles. Esta situación pareció estar más acentuada en mujeres con diagnóstico de VIH.

Al igual que lo observado en otros estudios de acceso a la salud de personas con VIH y Sida realizados a nivel nacional, en esta investigación se evidenció que las mujeres con VIH temen que la confidencialidad de su diagnóstico sea vulnerada por los profesionales de salud, o de ser estigmatizadas o discriminadas por ellos. Igualmente, el temor a que sus familias se enteren de su condición aparece como factor predisponente para la búsqueda de los servicios [15-16].

A pesar de que en general los servicios para gestantes no tienen costo, exceptuando la prueba de embarazo, los gastos adicionales de desplazamiento y manutención que tienen que asumir las mujeres para acceder a los servicios de salud constituyen impedimentos importantes a la hora de tomar la decisión de buscar atención [17-18]. Asimismo, las creencias culturales, la insatisfacción con la calidad de los servicios recibidos, haber oído o experimentado situaciones negativas con el personal de salud y tener antecedentes de complicaciones obstétricas se ratifican en este estudio como factores que influyen sustancialmente en la búsqueda y utilización de los servicios [8, 16, 19].

Los hallazgos de este estudio concuerdan con investigaciones previas realizadas en otros lugares, las cuales reafirman que los factores estructurales, en especial las condiciones socioeconómicas precarias —incluyendo la inseguridad alimentaria—, juegan un papel relevante en la vulnerabilidad a los

riesgos del VIH y, en consecuencia, en las decisiones en torno a la búsqueda de atención, cumplimiento de las consultas de seguimiento y adherencia al tratamiento antirretroviral [20-25]. De acuerdo con un análisis de mortalidad materna en mujeres con VIH/Sida en Colombia, la mayoría de casos de muerte materna identificados en la estrategia de la eliminación materno infantil del VIH provenían de contextos de mayor vulnerabilidad, ya que eran mujeres pobres, la mitad de ellas sin afiliación al SGSSS o afiliadas al régimen subsidiado, y solo una tercera parte de los casos con VIH en fase de Sida tuvieron acceso a terapia antirretroviral [26].

Un tercer factor dilatador está relacionado con la obtención de la atención esencial en el centro de salud [7-10]. Nuestros hallazgos resaltan importantes fallas en el cumplimiento de estándares de calidad de los servicios prestados, a saber: la falta de oportunidad en las citas generada por barreras de orden administrativo —como la solicitud de autorización para citas o para pruebas de tamizaje del control prenatal— y demoras ocasionadas por la solicitud de autorización para la entrega de medicamentos antirretrovirales, ambas situaciones reportadas por las mujeres con VIH.

Al igual que lo hallado por Vargas et al. [27], el presente estudio demuestra que los trámites burocráticos como estrategia de contención de costos atraviesan el sistema y afectan de manera importante la oportunidad en la atención. Además de las múltiples autorizaciones arriba mencionadas, sobresalen trámites adicionales por inconsistencias en las bases de datos, asignación de centros para la atención en sitios alejados de la residencia de los pacientes, contratación irregular de las EAPB con la red de prestadores e inadecuada orientación sobre los trámites a realizar. Otros aspectos relevantes en cuanto a las barreras organizacionales que coincidieron con hallazgos en otros estudios locales e internacionales fueron: la baja capacidad resolutiva de la red de prestadores en zonas con población rural dispersa y grupos étnicos diferenciados, y las deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes [5-6, 14, 16, 18, 28].

La evidencia señala que el acceso contribuye a determinar si la mujer entra en contacto con el prestador de servicios, mientras que la calidad de la atención influye en la decisión de una mujer, ya sea para aceptar y usar el servicio o para continuar usándolo. Al parecer, los efectos de la falta de acceso en la utilización de los servicios pueden llegar a ser más relevantes que los efectos influenciados por factores socioeconómicos [8-11]. Así, los programas que maximizan la calidad y el acceso a los servicios han demostrado aumentar la satisfacción de las usuarias y usuarios, dando lugar a una mayor utilización [8-11].

Una investigación sobre barreras de acceso a la atención en salud para las gestantes en Colombia que también involucró a diferentes actores del SGSSS, especialmente a proveedores de servicios [14], coincidió con los hallazgos del presente estudio en la identificación de los siguientes obstáculos para una adecuada prestación de servicios de salud: fallas en la orientación e inducción de la demanda, deficiencias en la calidad de la atención por desconocimiento de las guías de atención, deficiencias en la detección del riesgo biopsicosocial,

y problemas en la red de prestación de servicios tales como la falta de insumos y las fallas en la articulación de la comunicación entre los actores del sistema [14].

Otros estudios destacan los fenómenos de segmentación —entendida como la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos "especializado" en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social— y de fragmentación de los servicios —entendida como la prestación de servicios en sitios dife¬rentes, derivada de las formas y mecanismos de contratación y los niveles de complejidad de las instituciones— como barreras importantes que enfrenta la población Colombiana para acceder a los servicios [6, 18, 29-33]. Así mismo, la falta de adecuación del marco normativo que regula la SSR, la deficiencia o inexistencia de un sistema nacional único de información en salud, y las limitantes financieras que enfrentan diversos actores del sistema son otras de las fallas estructurales del funcionamiento del SGSSS que nuestros hallazgos identifican como factores críticos a superar si se quiere observar un mejoramiento sustancial en el acceso y la calidad de estos servicios.

En general, la revisión de los estudios de acceso en Colombia muestra debilidades en las fuentes de información utilizadas [34], ya que muchos de estos estudios se basan en las encuestas de calidad de vida, lo que implica importantes limitaciones, entre otras, el hecho de que no se evalúe el acceso por sí mismo y que los motivos de no uso de los servicios generalmente son una lista cerrada de opciones excluyentes. En general, son escasos los estudios que analizan la influencia de factores como las creencias y actitudes, el conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud [34]. En este sentido, nuestros hallazgos son de especial relevancia dada la diversidad de actores que se constituyeron en fuente primaria de información. En este estudio se encuentran representadas las voces de actores sociales (mujeres y representantes de la sociedad civil organizada) de las diferentes regiones del país, quienes han sido receptores directos de los servicios en cuestión y conocen de primera mano las dificultades para acceder a dichos servicios. Por otro lado, están las voces de los actores institucionales (proveedores de atención materna e infantil, directivas y diseñadores de políticas de salud) quienes identificaron importantes problemas organizacionales y de orden político que están afectando directamente tanto la atención prenatal como los servicios de atención integral al VIH.

LIMITACIONES

Dado que el estudio se enfocó en la visión de los tomadores de decisiones, prestadores directos de la atención y usuarias de los servicios, fueron pocas las entrevistas realizadas a EPS, lo que limitó la visión de estos actores con relación a los temas investigados. No obstante, en la tercera fase del proyecto se estudia este fenómeno de acceso, haciendo énfasis en el tema de aseguramiento. Los resultados de tal fase están disponibles en los informes entregados al Ministerio de Salud y Protección Social y serán divulgados próximamente.

De igual manera, el hecho de que quienes condujeron gran parte de las entrevistas fueron enfermeras contratadas para realizar el seguimiento de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH pudo haber inducido aún más las preguntas hacia este componente de la salud materna en detrimento de los otros componentes objeto de investigación. No obstante, este aspecto de alguna manera fue compensado con la diversidad de entrevistas realizadas a otros actores institucionales, incluyendo tomadores de decisiones del orden nacional.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este trabajo son de especial relevancia dada la diversidad de actores que se constituyeron en fuente primaria de información. Un número importante de mujeres y de actores sociales e institucionales identificaron múltiples barreras para obtener atención prenatal temprana y adecuada, así como para recibir las acciones clave de la estrategia en el caso de las mujeres con VIH. Oír sus voces implica un camino importante en la búsqueda del mejoramiento del acceso y la utilización de estos servicios pero aún queda un largo trayecto por recorrer.

Muchas de las barreras identificadas en este análisis relacionadas con la **forma de organización y prestación de los servicios** —trámites administrativos, inadecuada red de servicios, fragmentación de la atención, desarticulación entre programas, falta de adaptaciones de los servicios a los usos y costumbres locales, falta de calidez en la atención— podrían ser corregidas y ajustadas a las necesidades de las usuarias a través de intervenciones dirigidas a la institución, más específicamente a la estructura y a la forma en la que son prestados los servicios.

Algunos de los **facilitadores del acceso** mencionados por las/os participantes que merecen más atención incluyeron: oferta de servicios de diagnóstico y tratamiento de VIH fuera de las capitales, atención primaria en salud ofrecida por grupos extramurales en zonas rurales dispersas, adecuaciones socioculturales y técnicas de los programas de salud materna e infantil, y horarios de atención sin restricciones, entre otros.

Igualmente, los hallazgos resaltan la importancia de que las aseguradoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud monitoreen las desigualdades en el acceso a los servicios y propongan estrategias para mejorar la accesibilidad de las poblaciones más vulnerables a las que atienden. Un personal de salud sensibilizado con el contexto familiar y sociocultural de sus gestantes ciertamente puede incentivarlas a utilizar los servicios prenatales. De igual manera, asegurar una adecuada red de servicios en otros municipios diferentes a las capitales departamentales podría mejorar sustancialmente la oportunidad y continuidad de la atención, ya que muchas mujeres afirmaron que uno de los principales obstáculos que enfrentaban a la hora de tomar la decisión de acudir a los servicios prenatales era la falta de recursos para asumir los costos de transporte y otros gastos adicionales de desplazamiento.

Un buen programa de salud materno infantil o de cuidados del VIH para la gestante y sus hijos debería promover y evaluar el desarrollo de diferentes modelos de atención que motiven la utilización de los servicios, así como la adherencia a los cuidados y al tratamiento. En este sentido, la presente investigación pone de manifiesto la necesidad de estudiar con más detalle el uso de prácticas exitosas, incluyendo políticas institucionales, que estén promoviendo o facilitando el acceso y la utilización de los servicios como experiencias valiosas para reproducir en contextos similares. Asegurar que todas las gestantes tengan acceso oportuno a los servicios prenatales es importante para reducir las disparidades de salud y del mejoramiento de los resultados maternos y neonatales.

El trato displicente, las consultas apresuradas y la falta de confidencialidad sugieren que esta característica de la asistencia relativa a la calidez de la atención es crítica y debe ser reevaluada. Para lograr mejoras en el acceso, es preciso comprender que quienes prestan la atención directa y las propias usuarias son sujetos clave a considerar en la dinámica de la atención. Una gran debilidad de los servicios identificada por los diversos actores fue la falta de entendimiento del proveedor de la salud sobre las normas culturales y las creencias tradicionales de la población. Mejorar el desempeño de los servicios de salud exige una adecuada interacción con las y los pacientes, incluyendo la comprensión y la aceptación de una variedad de conceptos y percepciones que constituyen la cosmovisión de los pacientes. En este contexto, la investigación antropológica podría ser una contribución importante ya que facilitaría la reflexión en profundidad sobre este problema y avanzaría hacia la priorización de estrategias de educación para los trabajadores de salud. Programas educativos enfocados en la humanización de los servicios son fundamentales para sensibilizar las actitudes del personal de salud hacia los pacientes, lo que sin duda redundará en una mejora de la utilización de los servicios.

Por otro lado, las barreras relacionadas con la **capacidad de las usuarias para buscar y obtener atención** —factores personales tales como la falta de recursos económicos, limitado poder de decisión, deseo de embarazo, temer o sufrir estigma y discriminación, entre otros— están intrínsecamente relacionadas con factores estructurales, toda vez que el acceso o posibilidad de uso de los recursos de salud pareciera ir en perjuicio de los individuos con

estas condiciones. Estos factores afectan las decisiones en torno a la búsqueda de atención, cumplimiento con las consultas de seguimiento y adherencia al tratamiento antirretroviral. Los esfuerzos para promover una mayor utilización de los servicios por parte de las mujeres y los niños deben tener en cuenta la mejora del acceso al empleo y los ingresos en efectivo para las mujeres con el fin de satisfacer las necesidades básicas del hogar, condiciones que potencialmente conducirán hacia la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones.

Los **facilitadores de la utilización de los servicios** mencionados por las y los participantes que merecen más atención incluyeron: educación a usuarias y a redes de apoyo de personas con VIH en derechos y deberes, subsidios de transporte, alimentación y alojamiento para mujeres de escasos recursos que residen en municipios alejados de los lugares de atención.

Los resultados sugieren que la mera provisión de servicios clínicos de atención prenatal y de atención al VIH no es suficiente para garantizar que las mujeres utilicen los servicios, ya que en gran medida es su lucha diaria por la consecución de alimentos y recursos la que impide que ellas y sus hijos hagan uso de los recursos de salud. Un adecuado abordaje de las problemáticas de acceso aquí presentadas, además de considerar la articulación sistemática de los diferentes componentes de la salud materna e infantil, necesariamente debe trascender los límites del sector salud dada la complejidad de los factores subyacentes que determinan el acceso.

ANEXOS

ANEXO 1.1.
GUÍA DE ENTREVISTA PARA MUJERES GESTANTES O MADRES CON PARTO OCURRIDO HACE MENOS DE 1 AÑO (GESTANTE SELECCIONADA ALEATORIAMENTE EN SERVICIOS DE VACUNACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ATENCIÓN PRENATAL, CURSO PSICOPROFILÁCTICO)

Fecha _____ Edad _____ (años) G___ A ___ P ___ N ___ V ____
Fecha último parto _____ Estrato _____Nivel educativo _____
Afiliación SGSSS_____Departamento_____
Municipio _____

1. ¿Antes de tener este/a hijo/a había pensado quedar embarazada? ¿Cómo le ha ido o cómo le fue con su embarazo? ¿Qué preparación tuvo antes del embarazo? ¿Qué hizo cuando supo que estaba embarazada? ¿Buscó alguna ayuda o consejo? ¿De quién (diferente al sector salud)? ¿En qué momento? ¿Qué piensa del apoyo que recibió? ¿Tuvo que pagar por los servicios? ¿Cómo abordaron usted y su pareja el cuidado del embarazo?

Acceso

2. ¿Asiste o asistió a controles del embarazo? ¿Por qué (¿qué es CPN?)? ¿Cuándo comenzó sus controles? ¿Quién le hizo los controles? ¿A cuántos ha asistido o asistió? ¿Cómo fue el proceso para que la atendieran? ¿A qué distancia del centro de salud queda su casa? ¿Cómo hace para llegar? ¿Todas las consultas fueron en el mismo lugar? ¿Tuvo que pagar por los servicios? Autorización, cita, tiempo de espera, costos de transporte.

Atención prenatal

3. ¿Cómo se sintió en el momento de la atención? ¿Le dieron información que le haya parecido útil y que haya podido utilizar? ¿Cree que se tuvieron en cuenta sus necesidades y las de su hija/o?

4. ¿Le hicieron pruebas de laboratorio? ¿Recuerda cuáles y para qué? ¿Dónde le tomaron las pruebas? ¿Le dieron los resultados? ¿Cuánto tiempo después? ¿Recuerda si le hablaron respecto al VIH? ¿Sífilis? ¿Hepatitis B? ¿Otras? ¿Cuáles? ¿Qué opina de estas pruebas? ¿Quién pagó por los servicios?

5. ¿Alguna vez encontraron algún problema durante su gestación? ¿Qué le dijeron? ¿Qué hizo? ¿Dónde la atendieron? ¿Qué procesos tuvo que seguir para que le hicieran la remisión? ¿Recuerda cuánto tiempo tuvo que esperar para que la trataran/remitieran? ¿Recuerda si tuvo que pagar por estos exámenes? ¿Alguna cosa particular adicional que quiera mencionar sobre este episodio?

6. ¿Qué papel juega/jugó su pareja/familia en el proceso de gestación? ¿En la búsqueda de cuidados de salud? ¿La acompaña/acompañó?

7. ¿Cambió su estado de afiliación durante el embarazo? ¿Notó alguna diferencia respecto a la calidad de los servicios en comparación con los que recibía antes?

Parto y puerperio

8. ¿Dónde nació su bebé? ¿Cómo le fue? ¿Quién pagó por los servicios? ¿Vacunaron a su bebé en el hospital? ¿Recuerda para qué? ¿Recuerda que instrucciones le dieron con relación al cuidado de su bebé? ¿Sobre la nutrición? ¿Sobre lactancia materna?

Control de la fecundidad

9. ¿Quiso tener hija/o/s? ¿Cuántas hijas/os ha tenido y cuántos quiere tener? ¿Quién decide sobre el número de hijas/os que quisiera tener? ¿Planifica o quisiera planificar? ¿Por qué? ¿Enfrenta alguna dificultad para hacerlo? ¿En qué consiste la dificultad?

Barreras de acceso

10. ¿Cuáles cree usted que son las principales dificultades que usted enfrentó para recibir los servicios de salud prenatales? ¿Cuáles cree usted que son las principales dificultades que enfrentan las mujeres para recibir los servicios de salud prenatales? ¿Preparación antes del embarazo? ¿Planificación? ¿Parto? ¿Las madres viviendo con VIH y sus hijas/os? ¿Las madres con sífilis y sus hijas/os? ¿Por qué? ¿Considera que existió alguna situación en particular, que quiera contar, en este periodo donde se haya sentido mal atendida o discriminada en el servicio? ¿Cuáles cree que fueron las razones que impulsaron a las personas a generar esta atención?

Propuestas para el mejoramiento de los servicios

¿Cómo cree que se podrían solucionar los problemas que ha mencionado?

¿Cómo le gustaría que fuera la atención? ¿Qué propondría para que mejoraran los servicios? ¿Qué ayudaría a que las mujeres consultaran más temprano en el embarazo?

¿Hay algún tema sobre el que no le hayamos preguntado que considere relevante con respecto a la atención de las mujeres gestantes?

ANEXO 1.2.
GUÍA DE ENTREVISTA PARA EQUIPO OPERATIVO DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

Fecha _____Edad _____ (años) Sexo M___ F___
Departamento_____Municipio_____
Institución:_____
Profesión:_____ Cargo:_____Tiempo en la institución: _____

Nuestro diálogo girará en torno a los servicios de atención preconcepcional, prenatal, parto y puerperio, y a acciones relacionadas con la prevención de la transmisión materno infantil del VIH (incluyendo el seguimiento de las madres con VIH y sus hijos/as expuestos) y la sífilis congénita

1. ¿Cómo ve la situación actual de la salud materna y del recién nacido en su territorio? ¿A dónde cree que acuden primero las mujeres cuando saben que están embarazadas? ¿Por qué?

Barreras de acceso

2. ¿Cuáles son las principales barreras que percibe para que las mujeres accedan a los servicios arriba mencionados? ¿Ve alguna diferencia en el acceso que esté relacionada con la edad, etnicidad, estrato socioeconómico, identidad de género, orientación sexual, ocupación laboral y sistema de afiliación a salud?

Facilitadores de acceso

3. ¿Cuáles considera que son las principales fortalezas del sistema y de la institución para facilitar el acceso de las mujeres gestantes a los servicios mencionados?

Calidad y oportunidad de los servicios

4. ¿Qué opina de la calidad de los servicios de salud prestados en estas áreas? ¿Qué proporción de mujeres gestantes se tamizan para VIH, sífilis, hepatitis B? ¿Qué opina de la oportunidad de las pruebas? ¿De la entrega de los resultados? ¿De la implementación de los protocolos de manejo cuando alguna prueba es positiva? ¿Hay procesos de control de calidad al proceso asistencial (cumplimiento de normas técnicas, satisfacción del usuario)? ¿Según usted es/sería útil la realización de estas actividades?

5. ¿Qué ocurre cuando se detecta alguna alteración del embarazo en una consulta de primer nivel? ¿Cuál es la capacidad resolutiva para enfrentar los casos de alto riesgo? ¿Cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia en su institución?

6. ¿De qué manera involucran a la pareja/familia en la atención prenatal? ¿Hay estrategias dirigidas a involucrar a la pareja/familia? ¿Si los resultados de las pruebas de tamizaje fueran positivos? ¿Negativos?

Conocimiento del marco normativo y técnico

7. ¿Qué opina usted del marco normativo y técnico que aborda la atención preconcepcional, prenatal, del parto y posparto? ¿La prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita? Resolución 412, Política Nacional de SSR, DSR, guías técnicas ¿Cómo ha incorporado los DSR en la prestación de los servicios?

Recursos humanos

8. ¿Qué opinión le merece la cantidad de recurso humano con la que cuenta su institución en relación con las necesidades del programa? Suficiencia en términos de número, adaptación cultural, calidez.

a. ¿Está preparado técnicamente? ¿Tienen procesos de inducción y/o educación continua que aborden el tema?

b. ¿Hay algún equipo constituido para planear los servicios, apoyar técnicamente, analizar casos de alto riesgo?

Otros actores

9. ¿Qué papel piensa usted que juegan la familia y las parejas de las mujeres gestantes en esta problemática y en su abordaje?

Propuestas/Alternativas de solución

¿Qué acciones o políticas considera que favorecen o favorecerían el acceso y/o podrían mejorar la calidad de estos servicios? ¿Qué hace usted para que el sistema pueda ofrecer mejores oportunidades de atención? ¿Cómo se han involucrado o se podrían involucrar usted y su institución con esta problemática?

¿Hay algún tema sobre el que no le hayamos preguntado que considere relevante con respecto a la atención de las mujeres gestantes?

ANEXO 1.3.
GUÍA DE ENTREVISTA PARA ACTORES CLAVE DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL INVOLUCRADAS CON TEMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL

Fecha _____ Edad _____ (años) Sexo M___ F___
Departamento_____Municipio_____
Institución: _____
Profesión: _____ Cargo:_____Tiempo en la institución: _____

Nuestro diálogo girará en torno a los servicios de atención preconcepcional, prenatal, parto y puerperio, y a acciones relacionadas con la prevención de la transmisión materno infantil del VIH (incluyendo el seguimiento de las madres con VIH y sus hijos/as expuestos/as) y la sífilis congénita.

1. ¿Cómo ve la situación actual de la salud materna y del recién nacido en su comunidad? ¿A dónde cree que acuden primero las mujeres cuando saben que están embarazadas? ¿Por qué?

Barreras de acceso

1. ¿Cuáles son las principales barreras que percibe para que las mujeres accedan a los servicios arriba mencionados? (condiciones sociales, culturales, institucionales, políticas) ¿Ve alguna diferencia en el acceso que esté relacionada con la edad, etnicidad, estrato socioeconómico, identidad de género, orientación sexual, ocupación laboral y sistema de afiliación a salud?

Facilitadores de acceso

2. ¿Cuáles considera que son las principales fortalezas del sistema y de la institución para facilitar el acceso de las mujeres gestantes a los servicios mencionados? ¿Cuáles considera que son las principales fortalezas de la comunidad, cultura, familia para facilitar el acceso de las mujeres gestantes a los servicios mencionados? (condiciones sociales, culturales, institucionales, políticas)

Calidad y oportunidad de los servicios

3. ¿Qué opina de la calidad de los servicios de salud prestados en estas áreas? ¿Qué opina de la oportunidad de los servicios? ¿Cuáles cree que son los factores asociados? ¿Considera que los DSR han tenido alguna influencia en la prestación de estos servicios? ¿Se garantizan los DSR? ¿Porqué/cómo/cuáles?

Otros actores

4. ¿Qué papel piensa usted que juegan la familia y las parejas de las mujeres gestantes en esta problemática y en su abordaje? ¿Hay estrategias dirigidas a involucrar a la pareja/familia (en su institución, en el sector)?

Propuestas/Alternativas de solución

¿Qué acciones o políticas considera que favorecen o favorecerían el acceso y/o podrían mejorar la calidad de estos servicios? ¿Qué hace usted para que el sistema pueda ofrecer mejores oportunidades de atención? ¿Cómo se han involucrado o se podrían involucrar usted y su institución con esta problemática? ¿Cómo se vinculan las mujeres (gestantes) en la toma de decisiones/discusión de alternativas de solución para sus problemas? ¿Ha visto algún cambio como consecuencia de estas acciones? ¿Ha recibido información respecto a los DSR? ¿Cómo ha incorporado los DSR en su trabajo? ¿Cuál es el impacto de la sociedad civil en la solución de esta problemática?

¿Hay algún tema sobre el que no le hayamos preguntado que considere relevante con respecto a la atención de las mujeres gestantes?

ANEXO 1.4.
GUÍA DE ENTREVISTA PARA DIRECTIVAS/DISEÑADORAS(ES) DE POLÍTICAS DE SALUD —SECRETARIAS(OS) DE SALUD, COORDINADORAS(ES) DE SALUD PÚBLICA, COORDINADORAS(ES) SALUD MATERNA, COORDINADORAS(ES) ITS-VIH, GERENTES EPS, GERENTES ESE—

Fecha _____ Edad _____ (años) Sexo M___ F___
Departamento_____Municipio_____
Institución:_____
Profesión:_____
Cargo: _____Tiempo en la institución: _____

Nuestro diálogo girará en torno a los servicios de atención preconcepcional, prenatal, parto y puerperio, y a acciones relacionadas con la prevención de la transmisión materno infantil del VIH (incluyendo el seguimiento de las madres con VIH y sus hijos/as expuestos/as) y la sífilis congénita.

1. ¿Cómo ve la situación actual de la salud materna y de las personas recién nacidas en su territorio? ¿Cuáles considera que son los principales problemas en esta área?

2. ¿Cómo se han involucrado usted y su institución con esta problemática?

Barreras de acceso

3. ¿Cuáles son las principales barreras que percibe para que las mujeres accedan a los servicios arriba mencionados? ¿Ve alguna diferencia en el acceso que esté relacionada con la edad, etnicidad, estrato socio económico, identidad de género, orientación sexual, ocupación laboral y sistema de afiliación a salud?

Facilitadores de acceso

4. ¿Cuáles considera que son las principales fortalezas del sistema y de la institución para facilitar el acceso de las mujeres gestantes a los servicios mencionados?

Capacidad resolutiva

5. ¿Qué ocurre cuando se detecta alguna alteración del embarazo en una consulta de primer nivel? ¿Cuál es la capacidad resolutiva de la red de prestación de servicios en la entidad territorial para enfrentar los casos de alto riesgo? ¿Cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia?

Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC)

6. Con relación al SOGC: ¿Qué opina de la calidad de los servicios de salud prestados en estas áreas? ¿Qué acciones ha desarrollado la institución para controlarla? ¿Se han implementado procesos de habilitación y acreditación? ¿Estos procesos han sido facilitadores u obstaculizadores de la calidad

de los servicios? ¿Qué piensa usted del sistema de información y de los procesos de monitoreo y evaluación relacionados con estas áreas? ¿Cómo puede materializar o visibilizar en el sistema/servicio el SOGC? (cómo ve las herramientas informáticas con las que cuenta, qué espera del sistema de información, monitoreo y evaluación, el actual suple o no sus necesidades, usa o no la información, cómo, cuándo).

Marco normativo

7. ¿Qué opina usted del marco normativo y técnico que aborda la atención en estos servicios? (Resolución 412, Política Nacional de SSR, DSR, guías técnicas) ¿Qué acciones o políticas considera que favorecen o dificultan el acceso y/o podrían mejorar la calidad de estos servicios? ¿Cómo ha incorporado los DSR en la gestión/prestación de los servicios?

8. ¿Hay alguna adaptación cultural de estos programas en el territorio? Por qué sí o no, importante o no.

Intra e intersectorialidad

9. ¿Qué responsabilidad tienen los diferentes actores del sistema: MPS, DTS, IPS, EPS, la Superintendencia de Salud y otros actores sociales en la problemática descrita?

10. ¿Qué papel podrían tener otros sectores en el abordaje de esta problemática?

11. ¿Qué papel juegan la familia y las parejas en esta problemática y en su abordaje? ¿Tienen programas o estrategias que involucren a las parejas/familias?

¿Qué alternativas de solución propone para mejorar el acceso y la calidad de estos servicios? ¿Qué podría hacer desde su posición?

¿Hay algún tema sobre el que no le hayamos preguntado que considere relevante con respecto a la atención de las mujeres gestantes?

ANEXO 2.
ÍNDICE DE CATEGORÍAS Y LIBRO DE CÓDIGOS PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO

ÍNDICE DE CATEGORÍAS O LIBRO DE CÓDIGOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

Utilización de servicios de salud

Definición: se refiere al proceso en que se relacionan la población y el personal de salud para satisfacer una condición de salud determinada, el cual incluye una cadena de acontecimientos que se presentan desde que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o continúa la utilización de los servicios (Arredondo y Meléndez, 1991).

Accesibilidad

Definición: Para efectos de clasificación de las barreras identificadas, la accesibilidad se basó en la definición utilizada en la Política nacional de prestación de servicios de salud sobre las dimensiones que afectan el acceso. La accesibilidad, según dicha Política, es entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud con el sistema de prestación de servicios. Así, el acceso puede verse afectado por tres factores: 1) Capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención; 2) Tipo y forma de organización de los servicios para garantizar la atención a la población de manera oportuna e integral; 3) Relaciones entre aseguradores, entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud.

1. FACTORES INDIVIDUALES

Código: [PERSONALES]

Definición: Los factores individuales hacen referencia a los aspectos que determinan la búsqueda y utilización de los servicios de salud materna e infantil y que dependen directamente (aunque no exclusivamente) del individuo. Ejemplos: episodios de enfermedad, autocuidado, la paciente olvidó la cita, responsabilidades familiares, falta de tiempo, la paciente no puede abandonar sitio de trabajo, no tiene con quién dejar otros hijos, deseo de embarazo/intención de fecundidad, búsqueda de servicios de salud alopáticos o tradicionales, predisposición frente al sistema de servicios: percepciones negativas del personal/servicios de salud, confianza/desconfianza, satisfacción con servicios, tomar decisiones en salud: empoderamiento, otros deciden por ella, autoexclusión (PVVS), autoestigmatización, baja autoestima del paciente, falta de compromiso de la gestante, temor al diagnóstico (de ella y sus hijos/as), a que otros sepan el tipo de consulta solicitada (PVVS), temor a que su confidencialidad sea vulnerada, barreras de conocimiento: desconoce rutas de atención, desconoce SGSSS, desconoce derechos/normatividad, no posee información básica sobre ITS.

FACILITADOR PERSONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS:
[PERSONALES_FACILITADOR]

2. FACTORES SOCIALES

Código: [SOCIALES]

Definición: Factores que están influenciados o dependen de interrelaciones en el entorno social donde viven los individuos y que pueden afectar la toma de decisiones a la hora de buscar o acceder a los servicios de salud.

2.1. **CULTURALES:** [SOCIAL_CULTURAL]

2.1.1. **MITOS** [SOCIAL_MITOS]: mitos y creencias relativas a la salud

2.1.2. **REDES** [SOCIAL_REDES]: apoyo familiar/comunitario

2.1.3. **ESTIGMA** [SOCIAL_ESTIGMA]: estigma y discriminación (hacia PVVS, embarazo adolescente)

2.1.4. **MEDIOS** [SOCIAL_MEDIOS]: medios de comunicación, estrategias comunitarias

2.2. **ECONÓMICAS:** [SOCIAL_ECONÓMICA]: falta de dinero, gastos de bolsillo (cuota moderadora/copago, transporte, alojamiento), tiempo yendo al hospital vs. tiempo de trabajo

2.3. **FACILITADOR PARA SUPERAR FACTORES SOCIALES** [SOCIAL_FACILITADOR]

3. FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Código: [INSTITUCIONALES]

Definición: cuando se hace referencia a aspectos relacionados con la prestación de servicios de las instituciones (acceso, oferta de servicios, calidad de la atención, información suministrada a las y los pacientes, disponibilidad del recurso humano para la prestación de los servicios, entre otros).

3.1. **FACTORES ADMINISTRATIVOS** [INS_ADMINISTRATIVO]: Procesos y trámites administrativos para acceder a los servicios de salud. Ejemplos: autorizaciones (citas, medicamentos, exámenes diagnósticos), demora en asignación de citas y en atención, trámites, tiempos de espera, problemas con bases de datos de afiliados.

3.2. **SERVICIOS** [INS_SERVICIOS]

3.2.1. **Oferta de servicios:** disponibilidad de servicios (CPN, APV de VIH pre y post, laboratorio- prueba de VIH), acceso geográfico, cobertura, referencia, especialistas, itinerarios, niveles de atención.

3.2.2. **Fragmentación y segmentación** [INS_SERVICIOS_FRAGMENTACIÓN]: prestación de servicios en múltiples instituciones, cambio de IPS por procesos contractuales, cobertura de planes de beneficios y niveles de atención, referencia y contrarreferencia.

3.3. **INFORMACIÓN** [INS_INFO]: puede referirse a información que provee el servicios de salud: información acerca de servicios/ruta de atención, referencia; o información que maneja la institución internamente acerca de procesos y procedimientos: protocolos de atención estandarizados,

referencia, alto riesgo. Este último aspecto está ligado directamente con diferentes atributos de calidad.

3.4. **RECURSO HUMANO** [INS_RH]: cantidad, cualificación, actitud, interdisciplinariedad, comunicación asertiva, estigma y discriminación hacia PVVS/ adolescentes embarazadas/diferentes orientaciones sexuales, etnias, percepción de los/as prestadores/as acerca de las gestantes, necesidades de capacitación.

3.5. **ADAPTACIÓN PROGRAMAS** [INS_ADAPTACION]: medicina alopática vs. tradicional, programas interculturales, pacientes en riesgo de violencia.

3.6. **INDUCCIÓN DE LA DEMANDA** [INS_DEMANDA]

3.7. **FACILITADOR DE TIPO INSTITUCIONAL** [INS_FACILITADOR]

4. FACTORES ESTRUCTURALES: Políticos y participación de otros sectores

Código: [ESTRUCTURAL]

Definición: Cuando se mencionan aspectos estructurales de carácter político (ej: marco normativo y legal vigente, políticas institucionales, políticas de afiliación), acciones de rectoría de los entes de control, condiciones y enfoques del sistema de salud (aspectos de aseguramiento, fragmentación y segmentación de los servicios), vulneración de derechos y competencias de otros sectores que puedan afectar el seguimiento de niños y niñas dentro de la estrategia o una atención prenatal de calidad.

4.1. **ASEGURAMIENTO** [ESTRUCTURAL_ASEGURAMIENTO]: segmentación, planes de beneficios

4.2. **INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL** [ESTRUCTURAL_IVC]: seguimiento, habilitación, acreditación, auditoría, sistema de información, sanción, acción de los entes de control.

4.3. **SISTEMA DE INFORMACIÓN, M&E** [ESTRUCTURAL_INFO_M&E]

4.4. **NORMATIVIDAD** [ESTRUCTURAL_NORMA]

4.5. **DERECHOS:** vulneración de derechos [ESTRUCTURAL_DERECHOS]:

4.6. **COMPETENCIAS INSTITUCIONALES** [ESTRUCTURAL_COMPETENCIAS]: cumplimiento, incumplimiento, limitaciones legales.

4.7. **INTERSECTORIALIDAD** [ESTRUCTURAL_SECTORES]: otros sectores, trabajo en red, sociedad civil.

4.8. **FACILITADORES DE FACTORES ESTRUCTURALES** [ESTRUCTURAL_FACILITADOR]

5. ATRIBUTOS SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

Código: [ATRIBUTO]

5.1. **ACCESIBILIDAD** [ATRIBUTO_ACCESIBILIDAD]: se refiere a la posibilidad que tienen las y los pacientes de utilizar los servicios de salud que les garantiza

el SGSSS. **Ejemplos:** maternas con cobros indebidos de atención del embarazo, parto y puerperio; cobros indebidos a menores de 1 año; no acceso a servicios por inconsistencias en las bases de datos de afiliación; suspensión o retiro por duplicidad EPS-C o EPS-S; cuando se le asigna a la paciente un centro de primer nivel cercano pero debe acudir a los niveles superiores a sitios muy lejanos de su residencia.

5.2. **CALIDEZ** [ATRIBUTO_CALIDEZ]: proximidad afectiva del prestador con el paciente, expresada verbal o no verbalmente. Implica respeto, cordialidad y empatía. Ejemplos: atención deshumanizada, falta de respeto al atender al paciente, incumplimiento de funciones o responsabilidades para con el paciente.

5.3. **CONTINUIDAD** [ATRIBUTO_CONTINUIDAD]: se refiere al grado en el cual las y los pacientes recibieron las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. Ejemplos: pacientes remitidos inadecuadamente, trámites y desplazamientos innecesarios, terminación de contratos con IPS.

5.4. **OPORTUNIDAD** [ATRIBUTO_OPORTUNIDAD]: relacionado con la posibilidad que tiene el o la paciente de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Ejemplos: Demora en el inicio de tratamientos prioritarios o en atenciones de alto costo, interrupción de tratamientos por no estar el paciente en base de datos de la EPS o IPS.

5.5. **PERTINENCIA** [ATRIBUTO_PERTINENCIA]: hace referencia a si el paciente obtuvo los servicios que requería, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica.

5.6. **SEGURIDAD** [ATRIBUTO_SEGURIDAD]: se refiere a los procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Ejemplos: insuficiente recurso humano y científico para atender y resolver las necesidades en salud de los pacientes, eventos adversos en el proceso de atención de salud o la no mitigación de sus consecuencias tales como la potencial generación de resistencias a medicamentos antirretrovirales por la no aplicación oportuna y correcta de los protocolos de prevención de la TMI del VIH

6. PROPUESTAS

Código: [PROPUESTAS]

Definición: propuestas de diferentes actores (usuarios/as, prestadores, decisores, ONG) sobre la manera como se deberían enfocar o modificar los servicios de salud materno infantil y/o aspectos de la estrategia de prevención de la transmisión infantil del VIH y la sífilis congénita que se podrían optimizar, con el fin de mejorar el seguimiento y la adherencia de niños/as y de las madres en estos dos programas.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

ANEXO 3.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD PARA MUJERES GESTANTES O CON PARTO HACE MENOS DE DOCE MESES

Cordial saludo,

Estamos solicitando su consentimiento para participar en un estudio que queremos realizar para saber sobre los cuidados que reciben las mujeres embarazadas, cómo consiguen estos cuidados y qué piensan y sienten acerca de los mismos. Con estas entrevistas queremos conocer los factores que hacen más fácil o más difícil usar los servicios existentes para la atención de las mujeres embarazadas y con sus ideas y experiencia proponer soluciones para los principales problemas que podamos identificar.

La razón principal para desarrollar este estudio, es que a pesar de que casi todas las mujeres en el país reciben servicios de salud durante el embarazo (94%) y casi todas tienen su parto en hospitales (97%) menos de la mitad de las madres reciben los exámenes de laboratorio que deberían recibir. Además se ven problemas en el seguimiento de las mujeres y los/as niños/as. Es necesario oír sus experiencias y entender mejor qué es lo que está pasando con estos servicios y poder mejorarlos.

Este estudio está siendo realizado por el Ministerio de la Protección Social (MPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas con sede en Colombia (UNFPA - Colombia) y Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social.

El propósito de este consentimiento es darle toda la información que usted necesita para decidir si quiere o no ser parte de esta investigación. Por favor lea este formato cuidadosamente. Usted puede hacer preguntas acerca del propósito de la investigación, los posibles riesgos y beneficios, y cualquier cosa que no considere clara.

Usted ha sido invitada a participar en el estudio porque usted está embarazada en este momento o tuvo el último parto hace menos de un año. La información que usted nos suministre es muy valiosa y servirá para evaluar la situación actual de los servicios de salud materno infantil y para mejorar la calidad de los mismos.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL ESTUDIO

Si está de acuerdo en participar en este estudio, la invitaremos a participar en una entrevista personal que tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Durante la entrevista le preguntaremos qué piensa sobre la situación de salud de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, las cosas que dificultan o facilitan que ellas usen los servicios y cómo le parece que funcionan los programas de salud materno infantil. La participación en este estudio es completamente voluntaria y usted es libre de no responder alguna pregunta o de terminar la entrevista en cualquier momento.

Si usted está de acuerdo en participar, concertaremos con usted una cita para la entrevista en un horario y lugar que le sean convenientes.

Como parte del estudio nosotros debemos grabar en audio la entrevista para facilitar el proceso de analizar y escribir lo que usted dice. Su nombre no será mencionado en la entrevista, ni en ningún documento. Las publicaciones o discusiones públicas acerca de los resultados de esta investigación no contendrán ninguna información que permitan su identificación. Las cintas grabadas y todas las grabaciones del equipo de investigación serán puestas en archivos cerrados y en un computador protegido con una clave, y solo estarán disponibles para los investigadores. Se transcribirán los contenidos de la entrevista. El 30 de noviembre de 2011 las cintas grabadas serán destruidas. Usted tiene derecho a decidir no participar en el estudio sin ningún prejuicio posterior.

RIESGOS:

Aunque haremos todo lo posible para asegurarnos de que nadie sepa que de su participación en el estudio y que no se sepa lo que usted nos dijo, sería posible que alguien lo supiese por accidente. Además de lo anterior, experiencias pasadas en estudios similares indican que algunas personas pueden sentirse apenadas/avergonzadas al responder algunas preguntas acerca de sus percepciones sobre temas de salud sexual y reproductiva. Otras personas pueden experimentar incomodidad o vergüenza al ser grabadas.

BENEFICIOS:

No habrá beneficios directos para las personas que participarán en el estudio. No se recibirá ningún pago por participar en las entrevistas. No obstante, las opiniones e información que nos suministrarán ayudarán a mejorar los servicios de atención a las mujeres gestantes en el país.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Toda la información que nos suministre será estrictamente confidencial. Los datos serán guardados de una forma segura. Para toda la información que usted nos suministre, se utilizará un sistema especial de codificación para el análisis, no se usará ninguna identificación personal.

Si usted está de acuerdo en participar en el presente estudio el consentimiento informado se mantendrá separado de los datos recolectados durante la entrevista, y estos datos no podrán ser asociados de ninguna manera.

Toda la información que usted nos suministre será confidencial.

_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha

DECLARACIÓN DEL SUJETO

El equipo de investigación descrito antes me ha explicado y yo voluntariamente he decidido participar en el estudio. He tenido oportunidad de realizar preguntas y entiendo que los investigadores me responderán las inquietudes que tenga acerca de la investigación.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma	Fecha

Si usted tiene más preguntas o quiere saber acerca de sus derechos como participante de esta investigación, por favor contacte a:

Estas son las personas encargadas de este estudio y están dispuestas a resolver sus dudas en cualquier momento que lo solicite. Si usted lo desea, puede tener una copia del presente formulario de consentimiento.

ANEXO 3.2.
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD PARA TOMADORES DE DECISIONES, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y PERSONAL CLAVE DE INSTITUCIONES TRABAJANDO EN SALUD MATERNO INFANTIL

Cordial saludo,

Estamos solicitando su consentimiento para participar en un estudio que pretende evaluar la calidad de la atención prenatal y el acceso que tienen las mujeres gestantes a este servicio a nivel nacional. Con estas entrevistas a profundidad pretendemos ahondar en la identificación y descripción de las barreras y facilitadores de acceso a la atención prenatal, en la percepción de calidad de los servicios y en la generación de alternativas de solución para los problemas percibidos desde la perspectiva de actores clave del sistema y de las propias usuarias de los servicios.

La razón principal para desarrollar este componente del estudio, es que a pesar de que el país muestra una cobertura de control prenatal de 94% y de parto institucional 97%, las coberturas de pruebas de tamizaje de sífilis y VIH son inferiores al 50% y se desconocen las coberturas de tamizaje para hepatitis B. Se evidencian problemas en el seguimiento de las mujeres y los/as niños/as, y en la calidad y el flujo de la información necesaria para gestionar los programas, por lo cual se hace necesario garantizar que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), administradoras de planes de beneficios (APB) y direcciones territoriales de salud (DTS) conozcan la problemática y desarrollen acciones para evitar la pérdida de oportunidades en la atención a la población materno infantil.

Este estudio está siendo realizado por el Ministerio de la Protección Social (MPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de

Población de las Naciones Unidas con sede en Colombia (UNFPA - Colombia) y Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social.

El propósito de este consentimiento es darle toda la información que usted necesita para decidir si quiere o no ser parte de esta investigación. Por favor lea este formato cuidadosamente. Usted puede hacer preguntas acerca del propósito de la investigación, los posibles riesgos y beneficios, y cualquier cosa que no considere clara.

Usted ha sido invitado a participar en el estudio porque usted se encuentra en una posición de liderazgo en una dirección territorial de salud, institución prestadora de servicios o administradora de planes de beneficios, porque presta servicios de salud a la población de mujeres gestantes o porque trabaja en una organización de la sociedad civil con conocimiento del tema de salud materno infantil. La información que usted nos suministre es muy valiosa para nosotros y servirá para evaluar la situación actual de los servicios de salud materno infantil y para mejorar la calidad de los mismos.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL ESTUDIO

Si está de acuerdo en participar en este estudio, lo invitaremos a participar en una entrevista personal que tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Durante la entrevista se le preguntará acerca de sus percepciones de la situación actual de la salud materna y de las personas recién nacidas en su territorio o institución, barreras y facilitadores de acceso a los servicios, funcionamiento y calidad de los programas de salud materno infantil. La participación en este estudio es completamente voluntaria y usted es libre de no responder alguna pregunta o de terminar la entrevista en cualquier momento.

Si usted está de acuerdo en participar, se concertará con usted una cita para la entrevista en un horario y lugar que sea conveniente para usted.

Como parte del estudio se debe grabar en audio la entrevista para facilitar el proceso de analizar y escribir lo que usted dice. Su nombre no será mencionado en la entrevista, ni en ningún documento. Las publicaciones o discusiones públicas acerca de los resultados de esta investigación no contendrán ninguna información que permitan su identificación. Las cintas grabadas y todas las grabaciones del equipo de investigación serán puestas en archivos cerrados y en un computador protegido con una clave, y solo estarán disponibles para los investigadores. El equipo investigador transcribirá el contenido de la entrevista. El 30 de noviembre de 2011 las cintas grabadas serán destruidas. Usted tiene derecho a decidir no participar en el estudio sin ningún prejuicio posterior.

RIESGOS:

Aunque el equipo investigador hará todo lo posible para asegurarnos de que nadie sepa que de su participación en el estudio y que no se sepa lo que usted nos dijo, sería posible que alguien lo supiese por accidente. Además de lo anterior, experiencias pasadas en estudios similares indican que algunas personas pueden sentirse apenadas/avergonzadas al responder algunas preguntas acerca de sus percepciones sobre temas de salud sexual y

reproductiva. Otras personas pueden experimentar incomodidad o vergüenza al ser grabadas.

BENEFICIOS:

No habrá beneficios directos para las personas que participarán en el estudio. No se recibirá ningún pago por participar en las entrevistas. No obstante, las opiniones e información que nos suministrarán ayudarán a mejorar los servicios de atención a las mujeres gestantes en el país.

INFORMACION ADICIONAL:

Toda la información que se suministre será estrictamente confidencial. Los datos serán guardados de una forma segura. Para toda la información que usted nos suministre, se utilizará un sistema especial de codificación para el análisis, no se usará ninguna identificación personal.

Si usted está de acuerdo en participar en el presente estudio, el consentimiento informado se mantendrá separado de los datos recolectados durante la entrevista, y estos datos no podrán ser asociados de ninguna manera.

Toda la información que usted nos suministre será confidencial.

_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha

DECLARACIÓN DEL SUJETO

El equipo de investigación descrito antes me ha explicado y yo voluntariamente he decidido participar en el estudio. He tenido oportunidad de realizar preguntas y entiendo que los investigadores me responderán las inquietudes que tenga acerca de la investigación.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma	Fecha

Si usted tiene más preguntas o quiere saber acerca de sus derechos como participante de esta investigación, por favor contacte a:

Estas son las personas encargadas de este estudio y están dispuestas a resolver sus dudas en cualquier momento que lo solicite. Si usted lo desea puede tener una copia del presente formulario de consentimiento.

ANEXO 4. LISTA DE CHEQUEO PARA SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD

NOTA DE LOS INVESTIGADORES: Tenga en cuenta que para el presente estudio cualitativo solamente se tuvo en cuenta la sección de '**observaciones**' de este instrumento, la cual constaba de preguntas abiertas sobre las barreras de acceso asociadas a cada uno de los temas objeto de verificación.

Entidad territorial_____ Fecha_____
Responsable _____

Aspectos a verificar	Sí	No	OBSERVACIONES
¿Existe un(a) responsable específico de salud materna a nivel territorial?			¿Con qué recurso humano cuenta?
¿Existe un(a) referente de la Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita?, ¿tiene un responsable a nivel territorial?			¿Con qué recurso humano cuenta? (alguien específico para VIH y alguien para sífilis)
Mencione los 3 problemas más relevantes de la salud materna e infantil en su entidad territorial			1- 2- 3-
¿Hay articulación sistemática de acciones entre los diferentes componentes de la salud materna e infantil?			
¿Hay articulación sistemática de acciones con vigilancia en salud pública?			
¿Hay articulación sistemática de acciones con gestión de salud pública (P y P)?			
¿Hay articulación sistemática de acciones con el sistema obligatorio de garantía de calidad?			
¿Hay articulación sistemática de acciones con inspección, vigilancia y control?			
¿Hay articulación sistemática de acciones con aseguramiento?			
¿Desarrollan acciones tendientes a adaptar la Estrategia desde el enfoque diferencial? (etario, étnico, género, orientación sexual, discapacidad, desplazamiento)			
¿Conoce el presupuesto destinado a la salud materna en su territorio?			¿Cuánto es?
¿Involucra a otras instituciones del sector salud en la construcción del plan operativo anual de la salud materna?			
¿Involucra a otros sectores en la construcción del plan operativo anual de la salud materna?			¿A cuáles?
¿Involucra a la comunidad en la construcción del plan operativo anual de la salud materna?			¿A qué miembros de la comunidad?
¿Tiene acciones de su programa incluidas en el PIC para el 2011?			¿Cuáles?

	Sí	No	Observaciones
¿Los siguientes funcionarios están comprometidos sobre la importancia de la implementación de la Estrategia? (capacitación, infraestructura, insumos, recursos…) Gobernador Alcalde Miembros de la Asamblea Miembros del Consejo Secretaria(o) de Salud Gerentes IPS Gerentes EPS			
¿En los COVE se analizan los casos de VIH adquiridos por transmisión materno infantil?			¿A cuáles?
¿En los COVE se analizan los casos de sífilis congénita?			¿A qué miembros de la comunidad?
¿Ha tenido desabastecimiento en el último año de algunos de los siguientes insumos/ materiales?: consentimientos, pruebas de VIH, pruebas de sífilis, medicamentos ARV, fórmula láctea, manuales			
Asistencia técnica, inspección, vigilancia y control	**#/Sí**	**No**	**¿Cuáles?**
Asistencia técnica			
¿Cuántos municipios tiene su entidad territorial?			
¿A cuántos municipios le hicieron asistencia técnica en el 2010?			
¿Existe plan de asistencia técnica para los municipios para el 2011?			
¿Está cumpliendo con el cronograma de asistencia técnica de su plan?			
¿A cuántas EPS le hicieron asistencia técnica en el 2010?			
¿Existe plan de asistencia técnica para EPS para el 2011?			
¿Está cumpliendo con el cronograma de asistencia técnica de su plan?			
# de EPS del régimen subsidiado (EPS-S)			
# de EPS-S que cumplen con las metas de cobertura de tamizaje de sífilis gestacional			
# de EPS-S que cumplen con las metas de cobertura de asesoría para prueba voluntaria de VIH durante la gestación			
# de EPS del régimen contributivo (EPS-C)			
# de EPS-C que cumplen con las metas de cobertura de tamizaje de sífilis gestacional			
Número de EPS-C que cumplen con las metas de cobertura para asesoría para prueba voluntaria de VIH durante la gestación			

Asistencia técnica, inspección, vigilancia y control	#/Sí	No	¿Cuáles?
¿Cumplen con las metas de cobertura de tamizaje de sífilis gestacional para pobres no afiliados?			
¿Cumplen con las metas de cobertura de tamizaje de VIH durante la gestación para pobres no afiliados?			

Balance	Observaciones
Nombre los 3 principales problemas que encuentra para implementar eficientemente las acciones de atención prenatal y las posibles soluciones para las mismas	Problemas: 1- 2- 3- Alternativas de solución: 1- 2- 3-
Nombre los 3 problemas principales que encuentra para implementar eficientemente la Estrategia y las posibles soluciones para los mismos	Problemas: 1- 2- 3- Alternativas de solución: 1- 2- 3-
¿Cuáles considera que son las 3 principales barreras que enfrentan las mujeres gestantes para acceder a estos servicios y cuáles las posibles soluciones?	Problemas: 1- 2- 3- Alternativas de solución: 1- 2- 3-
¿Cómo le parece este cuestionario? ¿Qué aplicación tendría en el nivel municipal?	

REFERENCIAS

1. WHO, UNICEF, and UNFPA. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO and UNICEF, UNFPA [libro electrónico]. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2004. Disponible en: URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562706.pdf

2. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=rSQAQZqBj0Y%3d&tabid=1235 www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=rSQAQZqBj0Y%3D&tabid=1235

3. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento mortalidad materna y mortalidad perinatal hasta el periodo epidemiologico 13 del año 2011. Grupo Maternidad Segura, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. 2011.

4. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Bogotá: Profamilia; 2011.

5. Sinergias, et al. Seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de eliminación de la transmisión perinatal del VIH y evaluación del acceso y la calidad a la atención prenatal, 2003-2010; 2011.

6. Montoya P, et al. Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva de la red pública y privada de Bogotá. En: Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos D.C. Bogotá: HAI, UNFPA, SDS; 2011.

7. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de prestación de servicios de salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005.

8. Rai SK, et al. Determinants of utilization of services under MMJSSA scheme in Jharkhand 'Client Perspective': A qualitative study in a low performing state of India. Indian J Public Health. 2011; 55(4):252-9.

9. Kumar R, Singh MM, and K. M. Impact of health centre availability on utilization of maternity care and pregnancy outcome in a rural area of Haryana. J Indian Med Assoc. 1997; 95(8):448-50.

10. Rao PS, Richard J. Socio-economic and demographic correlates of medical care and health practices. J Biosoc Sci. 1984; 16(3):343-55.

11. Rosenzweig M and Schultz TP. Child mortality and fertility in Colombia: individual and community effects. Health Policy Educ. 1982; 2(3-4):305-48.

12. Rilby L, et al. A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. J Midwifery Womens Health. 2012; 57(2):120-5.

13. Phillippi J.C. Women's Perceptions of Access to Prenatal Care in the United States: A Literature Review. J Midwifery Womens Health. 2009; 54(3):219-25.

14. Mejía M, et al. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento Regional. Bogotá: UNFPA, Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes; 2010.

15. UNICEF, ICBF, and Save the Children. Derechos de los niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH en Colombia. 2007.

16. Sinergias, et al. Seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la Estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH, 2003-2009. Convenio de Cooperación Técnica y Financiera n.° COL2010/05. 2009.

17. Blanco AJ. Loss to Follow-Up among HIV-Exposed Children in an HIV Clinic in Beira, Mozambique [Tesis de maestría]. Washington: University of Washington; 2009.

18. Abadia C, et al. Itinerarios burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. Soc Sci Med; 2009 68(6):1153-60.

19. Bibha Simkhada, et al. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. J Adv Nurs. 2008; 61(3):244-60.

20. Gupta GR, et al. Structural approaches to HIV prevention. Lancet. 2008; 372(9640):764-75.

21. Sumartojo, E., et al. Enriching the mix: incorporating structural factors into HIV prevention. Aids; 2000 14(1):S1-2.

22. Parker RG, D. Easton, and C.H. Klein. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. Aids; 2000 14(1):S22-32.

23. Farmer P, et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. Lancet; 2001 358(9279):404-9.

24. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. California: University of California Press; 2003.

25. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. Aids; 2000 14(1):S11-21.

26. Ospino RL. Análisis de los casos de muerte materna en mujeres con VIH/Sida en Colombia y una propuesta que recomiende las acciones para intervenir la problemática mayoritariamente identificada. Informe final en el marco del convenio 036 de 2012 celebrado entre el UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social. Documento no publicado. Comunicación personal. Lorenza Ospino; 2012.

27. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública; 2009 27(2):121-30.

28. Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, Sistema de Información Distrital sobre barreras de acceso sectoriales a los servicios de salud - SIDBA. Comunicación personal; 2009.

29. OPS, Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica n.° 622, 2007.

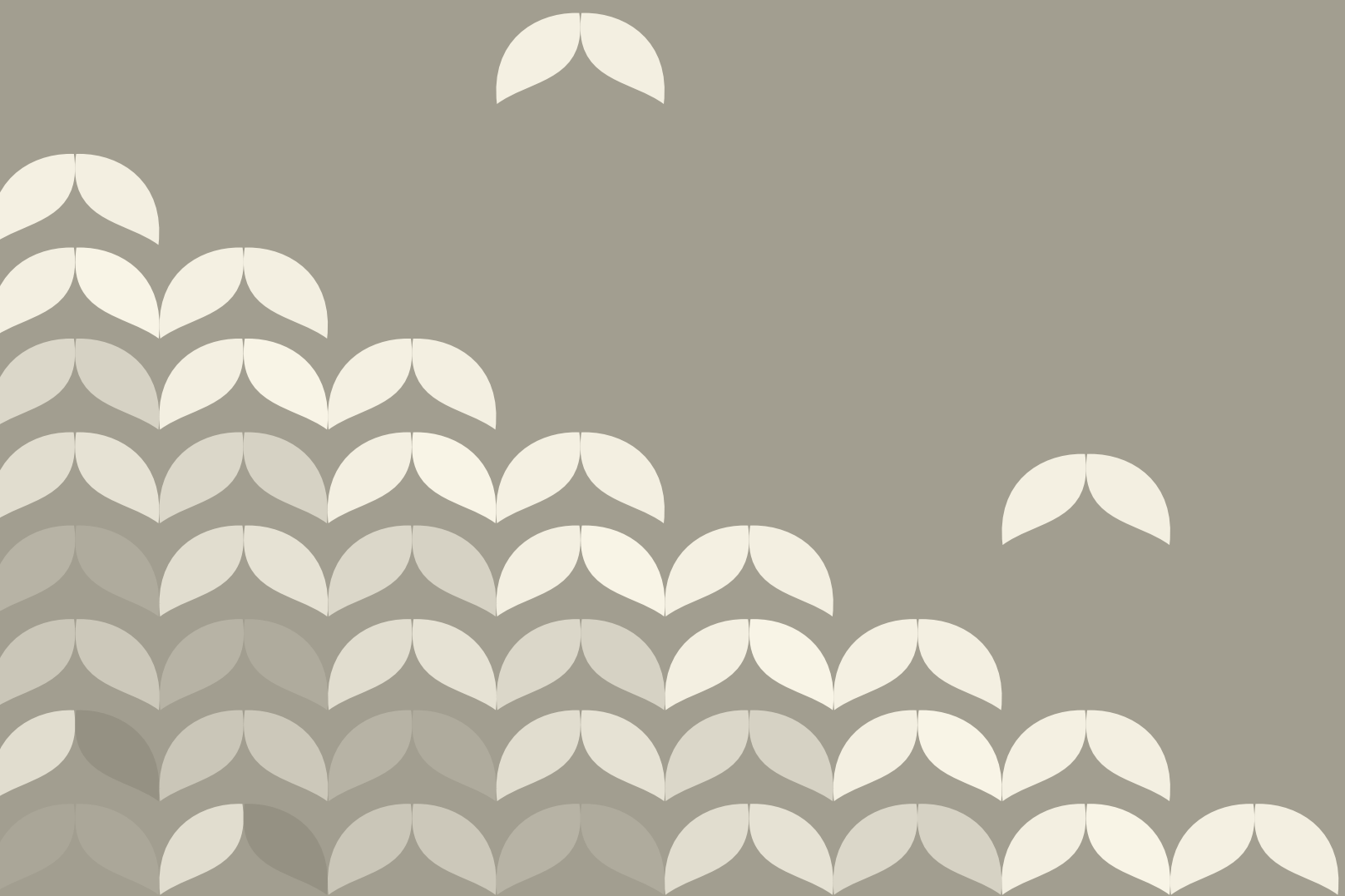
30. Yepes F, et al. Barreras de acceso a servicios de salud para menores de cinco años en Bogotá.

31. Yepes F. Pérdidas y ganancias de las reformas en Salud. Programa de Divulgación Científica Facultad de Economía. Bogotá: Publicaciones Universidad del Rosario; 2007.

32. Balladelli P, et al. Liderazgo territorial y alianzas para la atención integral en salud de la infancia. Bogotá: MPS, OPS; 2009.

33. Hernández M. La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.

34. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez A. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública; 2010 12(5):701-12.



4.

FACTORES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO DE NIÑAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH EN VEINTE DEPARTAMENTOS Y TRES DISTRITOS DE COLOMBIA

FACTORS ASSOCIATED WITH LOSS TO FOLLOW UP OF HIV EXPOSED INFANTS IN TWENTY PROVINCES AND THREE DISTRICTS OF COLOMBIA

El tratamiento [del VIH] no se puede ver como una posibilidad únicamente para los países ricos.

La costo-efectividad no puede ser la única medida con la que se evalúen las intervenciones en salud pública.

La investigación en VIH en los países en desarrollo debe incluir un componente de justicia social.

Necesitamos más estrategias efectivas de prevención.

No podemos seguir aceptando lo que nos dicen sobre las limitaciones de los recursos.*

* Farmer P. Infecciones e inequidades: las plagas modernas. California: University of California Press; 2000.

RESUMEN:

Introducción: De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social y otras fuentes, hay evidencia de que las gestantes con VIH no están accediendo oportunamente a servicios integrales para el cuidado y tratamiento de su infección. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo donde se aplicó una encuesta a una muestra intencional de mujeres registradas en la base de datos de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH (TMI) cuyas hijas e hijos expuestos al VIH carecían de información de seguimiento. Con *Stata v11* se realizaron análisis univariados, bivariados y se aplicó la prueba de Chi cuadrado para comparar proporciones y la *t de Student* para la comparación de variables continuas. **Resultados:** Se encuestaron 335 madres o cuidadores correspondientes al 33% de las niñas y niños expuestos al VIH sin información de seguimiento en veintitrés entidades territoriales. Se estableció que 323 (96%) de las niñas o niños expuestos al VIH estaban vivos, 6 (2%) habían fallecido, 1 (0,3%) aún no había nacido y un 1.5% sin información. De los vivos, el 2,8% tenían VIH y el 35% no sabían su situación virológica con respecto al virus. No estar afiliada al SGSSS, estar en los grupos de menores ingresos, pertenecer a una familia extensa y no tomar ARV, fueron algunos de los factores que incrementaron la posibilidad de que las mujeres tuvieran dificultades para acceder a los servicios. El 29% de madres y cuidadores tuvo dificultades para que la niña o el niño recibiera atención en salud. Los servicios con más barreras de acceso fueron los de crecimiento y desarrollo (51%), pediatría (38%) y cuidados de VIH (25%). La encuesta permitió deducir de manera indirecta que los principales factores que están afectando la adherencia del binomio madre hijo a los cuidados de VIH fueron socioeconómicos y culturales, institucionales y personales. **Conclusiones:** El compendio de hallazgos resalta la relevancia de que la estrategia enfatice no solo en las medidas disponibles para evitar nuevas infecciones transmitidas de la madre al hijo, sino en ofrecer atención integral a las mujeres para preservar y mejorar su salud con el fin de promover su supervivencia y el pronóstico favorable de sus hijas e hijos expuestos al VIH. Es relevante realizar ajustes a nivel sectorial e intersectorial que permitan superar las barreras anotadas, de otra manera será muy difícil para el país lograr el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el marco de los ODM.

PALABRAS CLAVE:

VIH, pérdidas de seguimiento, atención integral, barreras de acceso, exposición perinatal al VIH, inequidades

ABSTRACT:

Introduction: According to the Colombian Ministry of Health and Social Protection and other sources, there is evidence that pregnant women with HIV are not accessing timely comprehensive health care and treatment of their infection. **Methodology:** A descriptive cross-sectional survey with an intentional sample of women registered in the database of the national strategy for the elimination of mother to child transmission of HIV (PMTCT) whose HIV-exposed children were lost to follow up. Analyses were performed using STATA software (version11). We used frequencies and bivariate analysis using chi-square test to compare proportions and Student t test for comparison of continuous variables. **Results:** The survey was administered to 335 mothers or caregivers, equivalent to 33% of the caregivers of exposed children lost to follow up in twenty-three provinces and three districts of Colombia. The findings showed that 323 (96%) exposed children were alive, 6 (2%) had died, 1 (0,3%) was not yet born, and was impossible to find any further information for 5 (1,5%) children. Among the living children 2,8% had HIV, and 35% did not known their HIV status. Having difficulties to access adequate services was associated with factors such as the lack of health insurance, low family income, living with the extended family and not taking antiretroviral treatment. From the total sample 29% of mothers or caregivers had difficulties to obtain health care for their children. The services presenting more barriers to access were growth and development controls (51%), pediatrics (38%) and HIV care (25%). These data suggests that adherence to HIV medical care of mother-child pairs is affected by socio-economic, cultural, institutional and personal factors. **Conclusions:** The summary of findings highlights the relevance of the strategy focuses not only on the available measures to prevent new mother-to-child transmitted infections, but to provide comprehensive care to women to preserve and improve their health improving their survival and the prognosis of their HIV-exposed children. Interventions are required at sectoral and intersectoral levels to overcome the barriers identified, otherwise will be very difficult to comply with the commitments Colombia made in the framework of the MDGs.

KEY WORDS:

HIV, loss to follow up, comprehensive care, access barriers, perinatal transmission of HIV, inequities and HIV.

INTRODUCCIÓN:

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH para el 2008 fue de 5,8%, para el 2009 de 4,9%; y para 2010 de 5,3% [1]., siendo el compromiso adquirido para las metas del milenio de reducirla al 2% o menos para 2015. Según la base de datos nacional de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH y la sífilis congénita, entre 2003 y 2011 se ha realizado tamizaje de VIH a 2.503.299 gestantes, de las cuales se ha brindado atención a 4.380 mujeres con infección por VIH [1]. Según esta misma fuente, hay evidencia de que las gestantes no están accediendo oportunamente a servicios integrales para el cuidado y tratamiento de su infección por VIH.

Considerando este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF y Sinergias iniciaron en 2010 un proyecto de búsqueda activa de gestantes, niñas y niños expuestos al VIH por vía perinatal, iniciativa a la que en el año 2011 se unió UNFPA, aumentando su cobertura inicial de diez a veintitrés entidades territoriales —Antioquia, Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander, Caldas, Quindío, Risaralda, Cauca, Nariño, Chocó, Atlántico, Córdoba, Bolívar, Magdalena, La Guajira, Putumayo, Vaupés, Guaviare, Amazonas y Caquetá, y los distritos de Barranquilla, Santa Marta y Cartagena—. En ese mismo año, el proyecto integró un componente adicional de evaluación de la calidad de los servicios prenatales, en el cual se insertó el presente estudio transversal descriptivo, cuyo propósito fue el de identificar los factores asociados a la pérdida de seguimiento de mujeres con VIH registradas en la estrategia y de sus hijas e hijos expuestos al virus.

OBJETIVO:

Identificar las causas por las cuales las niñas y niños expuestos al VIH por vía perinatal y sus madres no completaron su seguimiento en la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH.

METODOLOGÍA:

Se desarrolló un estudio transversal descriptivo en el que se aplicó un formulario tipo encuesta, diligenciado por enfermeras residentes en cada entidad territorial y debidamente entrenadas para realizar el seguimiento de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH y efectuar las entrevistas.

La selección de la muestra fue intencional, partiendo de los datos recopilados durante la búsqueda activa de las 1.020 mujeres registradas en la base de datos de la estrategia cuyas hijas e hijos expuestos al VIH carecían de información de seguimiento y de quienes no se encontraron datos que permitieran conocer su situación con respecto al VIH en las direcciones territoriales de salud (DTS), EPS e IPS contactadas. Se tomó la decisión de buscar activamente a través de

visitas domiciliarias a 398 mujeres con VIH de quienes no se logró identificar la información requerida a través de fuentes primarias y secundarias, y que contaban con información para su ubicación. Se logró diligenciar la encuesta con 335 madres, cuidadoras o cuidadores, que corresponde al 84% del universo.

Previo acuerdo con las mujeres, las enfermeras de trabajo de campo realizaron visitas domiciliarias o concertaron un encuentro en el sitio que las participantes consideraron pertinente. Antes de proceder con el diligenciamiento de la encuesta, se explicó detalladamente el proceso de consentimiento informado para validar la participación voluntaria e informada de las mujeres en el estudio con el fin de garantizar su conocimiento de los objetivos e implicaciones de participar. En los casos en los que las madres habían fallecido, y cuando fue posible localizar a las hijas o hijos expuestos al virus, se hizo la visita a sus cuidadores o cuidadoras y se diligenciaron las secciones de la encuesta correspondientes a los procesos de diagnóstico y seguimiento.

Las encuestas tuvieron como finalidad determinar las causas por las cuales las mujeres y/o sus hijos o hijas expuestos al VIH no continuaron con los cuidados ofrecidos por la estrategia. La encuesta incluyó información sociodemográfica de la unidad familiar, servicios de atención integral[1] para el VIH recibidos, barreras para acceder a dichos servicios, y aspectos relacionados con la prevención secundaria de la madre y sus familiares (Anexo 1).

La información obtenida en las encuestas fue digitada en una aplicación web diseñada específicamente para la recolección de datos del estudio. Se realizó control de calidad al 85% de las encuestas digitadas por entidad territorial. Posteriormente esta información fue transferida al software Stata versión 11 para su respectivo análisis. Se realizaron análisis de tipo univariado y bivariado, y se usaron las pruebas de Chi cuadrado para comparar proporciones y la t de Student para la comparación de variables continuas.

El protocolo del estudio fue aprobado por un comité de ética ad hoc conformado para la revisión del proyecto.

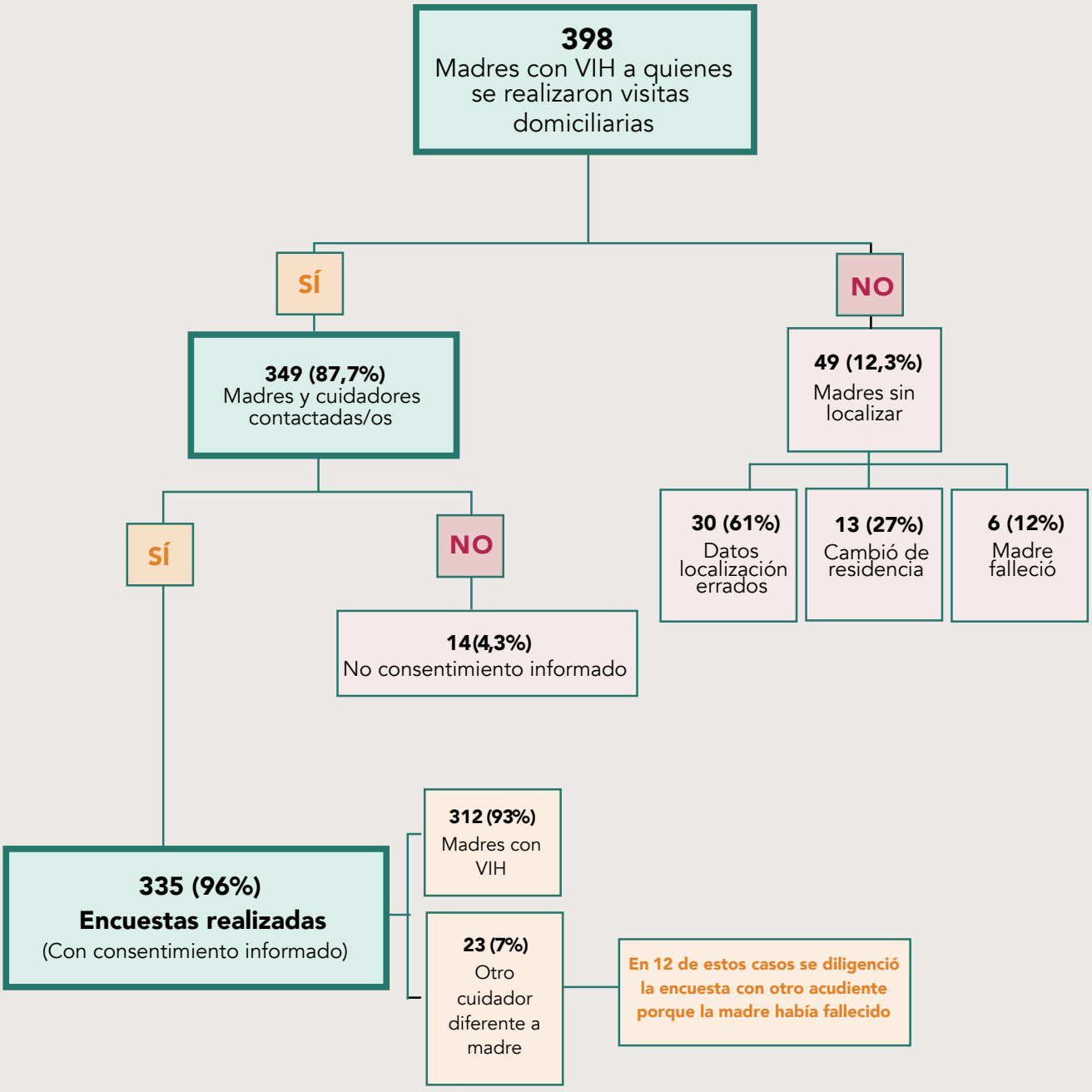
RESULTADOS

En total se buscaron 398 mujeres con VIH a través de visitas domiciliarias, de las cuales se logró contactar 349 madres, cuidadoras o cuidadores de las niñas y niños expuestos al VIH sin información de seguimiento (87,7%). De las 349 mujeres contactadas, 96% (335) dieron su consentimiento informado para participar en el estudio y respondieron la encuesta; de estas, 312 (93%) correspondieron a mujeres con VIH y 23 (7%) a acudientes de los niñas y niños. En el 12,3% (49) de los casos restantes no fue posible localizar a las madres por alguna de las siguientes razones: 61% (30) los datos de localización de la base de datos y los hallados en otros registros estaban errados, 27% (13) se documentó cambio de residencia, y en 12% (6) de los casos las madres habían fallecido y no fue posible localizar otras cuidadoras o cuidadores (Figura 1).

Cabe resaltar que las 335 encuestas efectuadas corresponden al 33% de las 1.020 madres y sus niñas y niños expuestos al VIH sin información de seguimiento identificados en las veintitrés entidades territoriales en donde se implementó el proyecto.

1 Atención integral definida por el *Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida del Ministerio de la Protección Social de 2006* como la garantía de acceso a terapia antirretroviral, seguimiento clínico y de laboratorio de las personas infectadas, acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones, y rehabilitación integral de la persona viviendo con VIH/Sida.

Figura 1. Flujograma de reclutamiento de participantes

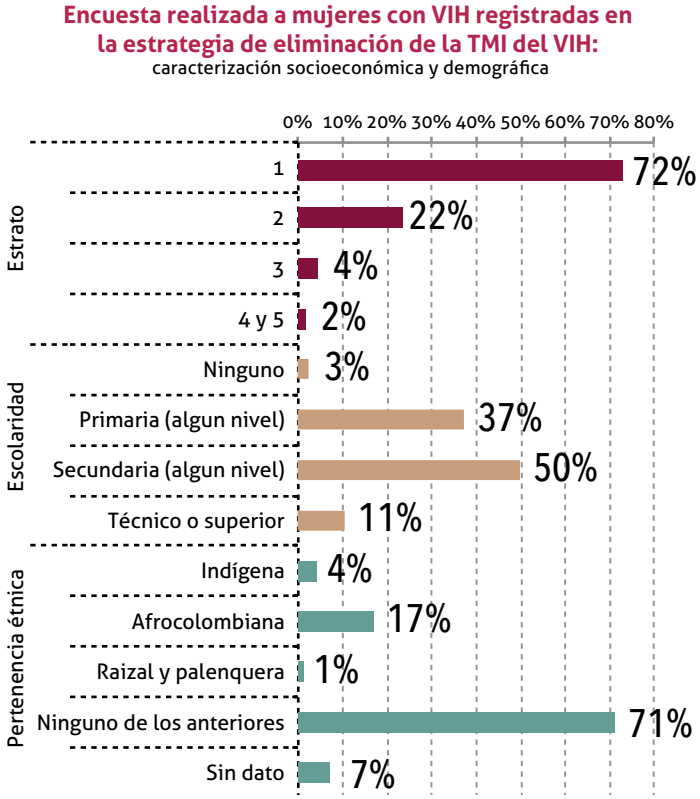


Fuente: elaboración propia.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

El promedio de la edad de las 312 mujeres entrevistadas fue de 28 años (DS 6.7), y el de embarazos y número de hijos vivos de 2.5 (DS 1.7) y 2.1 (DS 1.4) respectivamente. El 72% de las madres pertenecían al estrato 1 y menos del 6% a los estratos 3, 4 y 5. La mediana de los ingresos mensuales familiares reportados fue de 330.000 pesos. Solamente 11% de las madres tenía nivel de educación técnico o superior, 50% había cursado algún nivel de secundaria y 37% alguno de primaria. El 72% no se identificaron como pertenecientes a ningún grupo étnico diferenciado, 17% se reconocieron como afroColombianas, 4% como indígenas y 1% como raizal y palenquera (Figura 2). El 10% de las madres se definió como población en situación de desplazamiento.

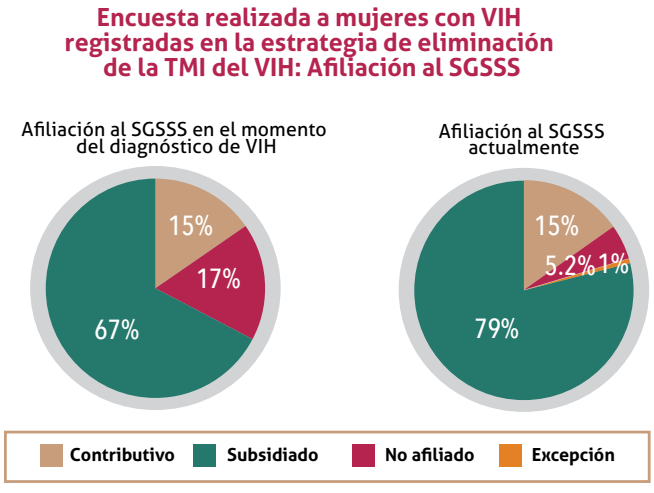
Figura 2. Características sociodemográficas de las participantes



Fuente: elaboración propia.

La distribución porcentual de las 312 participantes según el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) en el momento del diagnóstico y en el momento de la encuesta se observa en la Figura 3. Sobresale el aumento en casi doce puntos porcentuales de las afiliadas al régimen subsidiado a expensas de la reducción de las no afiliadas.

Figura 3. Afiliación al SGSSS de las participantes en el momento del diagnóstico y actualmente



Fuente: elaboración propia.

DIAGNÓSTICO DE VIH

De las 312 madres entrevistadas, la mitad fueron diagnosticadas para VIH entre 2008 y 2011; de ellas, una cuarta parte sabía su diagnóstico desde hace 5 años o más. El 80% de estas madres fueron diagnosticadas en la gestación durante los controles prenatales.

Con respecto a la asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) aproximadamente tres cuartas partes refirieron haber recibido asesoría pre prueba, y un porcentaje mayor (83%) asesoría postest (Tabla 1). Cerca de una tercera parte de las gestantes no recibió asesoría en planificación familiar en el momento de la entrega del resultado de la prueba de VIH.

El 7% de las mujeres manifestó haber tenido dificultades para la realización de la prueba de VIH, las cuales se presentan en la Figura 4.

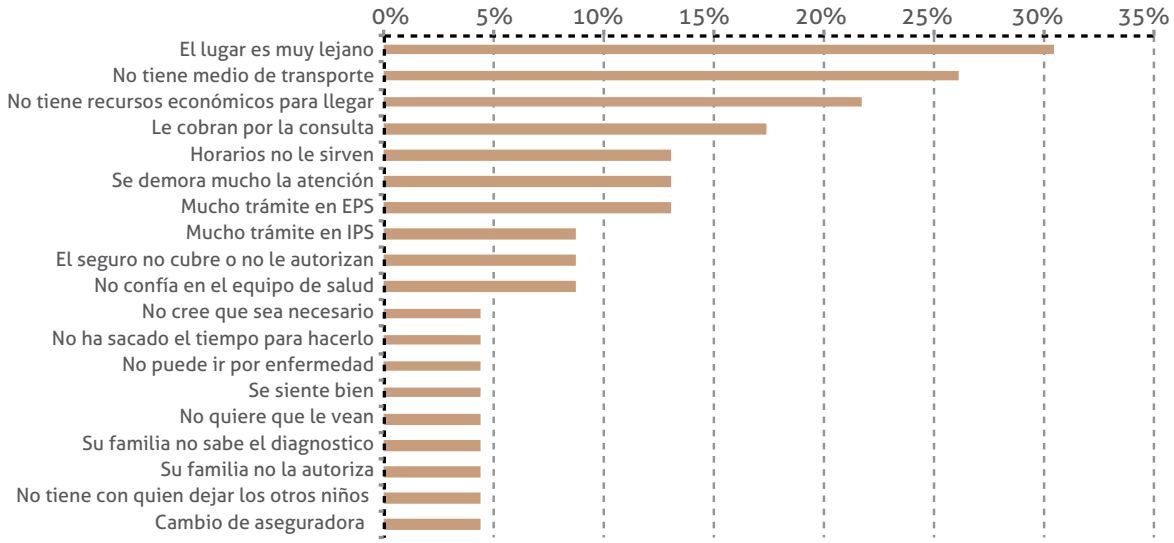
Tabla 1. Asesoría para prueba voluntaria de VIH y asesoría en planificación familiar

	N	Sí (%)	No (%)	NS/NR* (%)
Asesoría pre prueba	310	71%	23%	6%
Asesoría post prueba	309	83%	14%	3%
Dificultades para realizar prueba de VIH	312	7%	93%	0%
Asesoría en planificación familiar al recibir resultado de VIH	309	62%	29%	8%

*NS/NR No sabe o no responde

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Dificultades que enfrentan las madres para acceder al diagnóstico de VIH



Fuente: elaboración propia.

ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH

De las 312 mujeres con VIH, 223 (71%) refirieron recibir atención integral para el VIH y 153 (69%) afirmaron asistir a todas las citas programadas para este fin. Un poco más de la mitad (54%) tuvieron sus controles en la ciudad donde residen; sin embargo, la gran mayoría de las que viven fuera de las ciudades capitales (82%) tuvieron que desplazarse a la capital para recibir atención para el VIH. Esto implica una barrera de acceso importante a los servicios de salud para las familias que carecen de los recursos económicos necesarios para sufragar los gastos adicionales para llegar al sitio de la consulta como son el transporte, la alimentación y con frecuencia los costos de estadía en la ciudad donde está el servicio especializado, de tal manera que las personas que enfrentan estas condiciones no pueden obtener tratamiento adecuado y oportuno.

Tabla 2. Acceso cuidados de VIH

	N	Sí (%)	No (%)	NS/NR* (%)
Asiste a controles para VIH	312	71%	29%	0%
Asiste a todas las citas	222	69%	31%	0%
Controles en ciudad de residencia	222	54%	46%	0%
Controles en ciudad de residencia si vive en la capital	123	82%	18%	--
Controles en ciudad de residencia si vive fuera de la capital	99	18%	82%	--
*NS/NR No sabe o no responde				

Fuente: elaboración propia.

La Figura 5 muestra el porcentaje de mujeres que recibe atención integral para el VIH y su relación con diferentes variables sociodemográficas. Las mujeres que tienen menos controles son las de la región Pacífico y Valle del Cauca, las no afiliadas al SGSSS, las que no tienen ningún grado de escolaridad o solo primaria, las afroColombianas —quienes tienen ingresos mensuales inferiores a $200.000 pesos y pertenecen a una familia extensa— y las que no están tomando antirretrovirales.

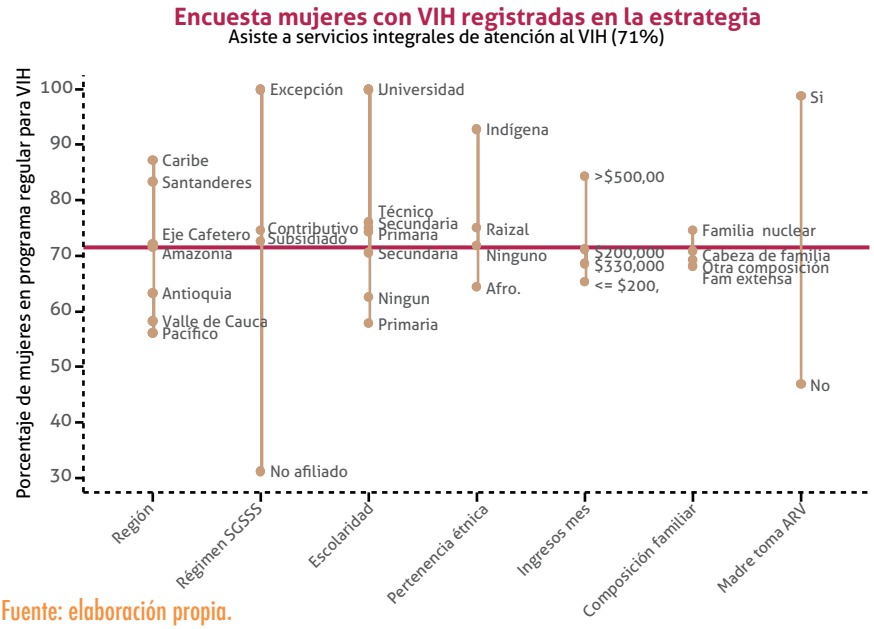
Resultados similares se obtuvieron al comparar la asistencia a todas las citas de los servicios de atención integral para el VIH con diferentes variables sociodemográficas. Las mujeres que más adherencia tuvieron a las citas fueron las de la región Caribe, las que pertenecían a regímenes de aseguramiento de excepción, con estudios tecnológicos o superiores, las raizales, las que tuvieron ingreso superior a $500.000 pesos y las que recibían tratamiento antirretroviral (Figura 6). El 72% de las mujeres tuvieron citas mensuales, 14% bimensuales y 12% cada tres o seis meses.

Las razones argumentadas por las madres para no asistir a los servicios de atención integral de VIH o a los controles se encuentran en la Figura 7. Es importante resaltar que la falta de recursos económicos primó como motivo

de no asistencia en los dos grupos comparados (mujeres que no recibían servicios de atención integral de VIH y no asistían a las citas comparadas con mujeres en atención integral pero que no asistían a las citas).

Los principales factores asociados con el hecho de que la mujer no se encuentre recibiendo atención integral para el VIH fueron: residir en la región Pacífico o en la Amazonia, no estar afiliada al SGSSS, ser afroColombiana, no tener ningún nivel de escolaridad, tener ingresos inferiores a $200.000 pesos y ser mujer cabeza de familia.

Figura 5.
Asociación entre el seguimiento en servicios de atención integral de VIH y factores sociodemográficos



Fuente: elaboración propia.

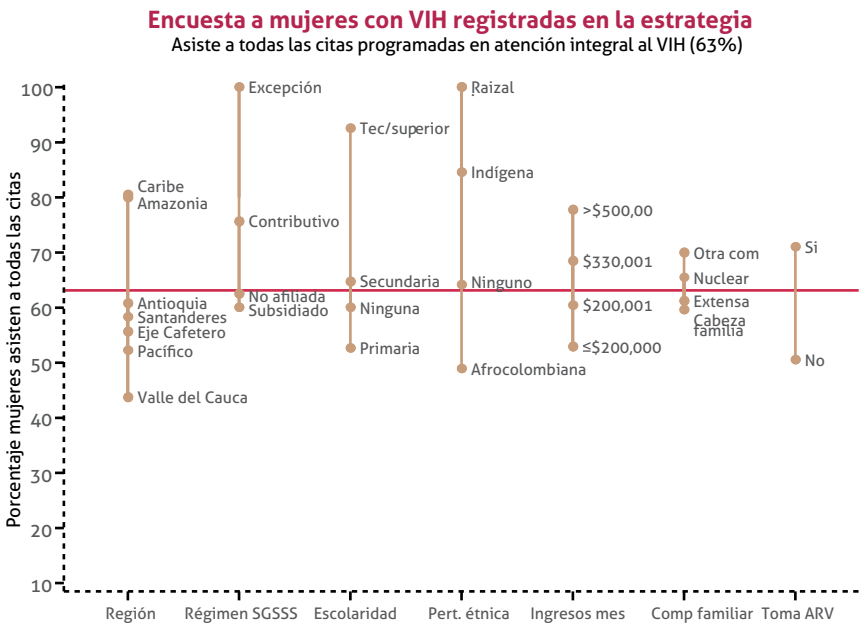
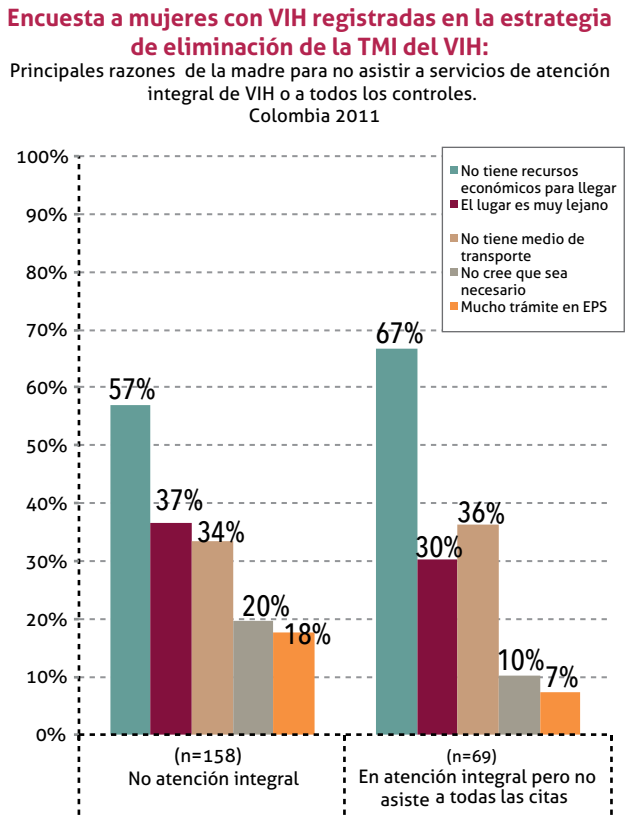


Figura 6.
Factores asociados a la asistencia a todas las citas de los servicios de atención integral al VIH

Fuente: elaboración propia.

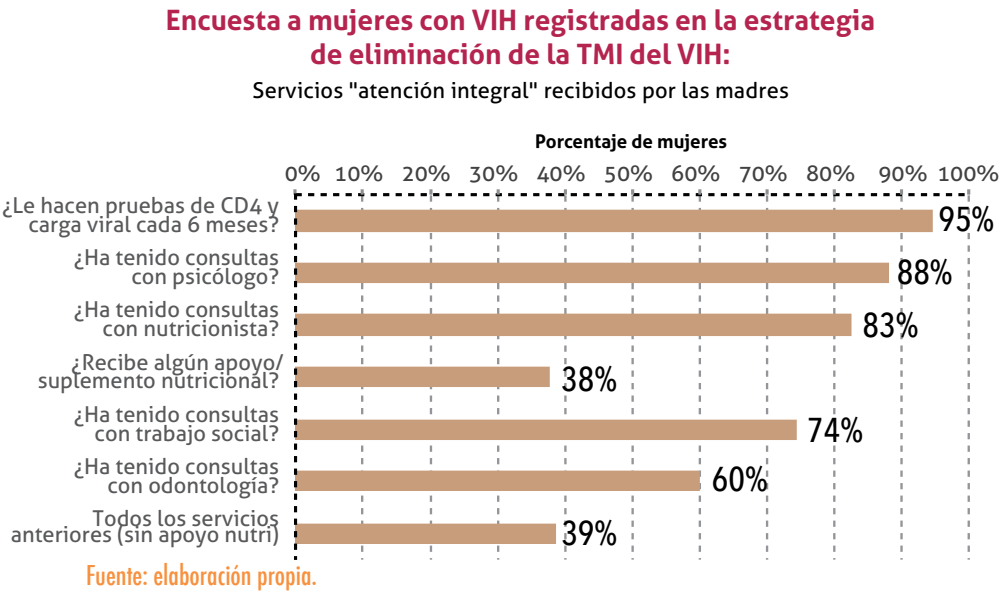
Figura 7. Razones para no asistir a los servicios de atención integral al VIH o a controles



Fuente: elaboración propia.

En la Figura 8 se observan los servicios recibidos por las 223 madres que refirieron estar recibiendo atención integral al VIH. A más del 80% de las mujeres les hicieron pruebas de CD4 y carga viral cada seis meses y tuvieron consulta con profesionales de psicología y nutrición. El 74% tuvo consulta con trabajo social, 60% con odontología y menos del 40% obtuvo todos los servicios anotados.

Figura 8. Servicios de atención integral al VIH recibidos por las mujeres de la estrategia



Fuente: elaboración propia.

El 17% de las mujeres encuestadas no recibieron antirretrovirales (ARV) durante el embarazo y 10% no los recibieron durante el parto. Al momento de la encuesta, 50% de las mujeres estaba tomando medicamentos antirretrovirales (ARV). La mitad de ellas llevaba dos o más años en tratamiento (p25 1 año, p75 4 años). Las mujeres que no toman ARV actualmente (n=156) no lo hacen por indicación médica (53%), por decisión voluntaria (23%), por problemas relacionados con el sistema de salud (20%) o por otras razones (4%). Es preocupante el hallazgo de que el 20% de las mujeres que está tomando estos medicamentos considera que no los ha recibido de una manera continua y oportuna, igualmente que el hecho de que 10% no haya recibido profilaxis en el momento del parto.

Tabla 3. Toma de medicamentos antirretrovirales

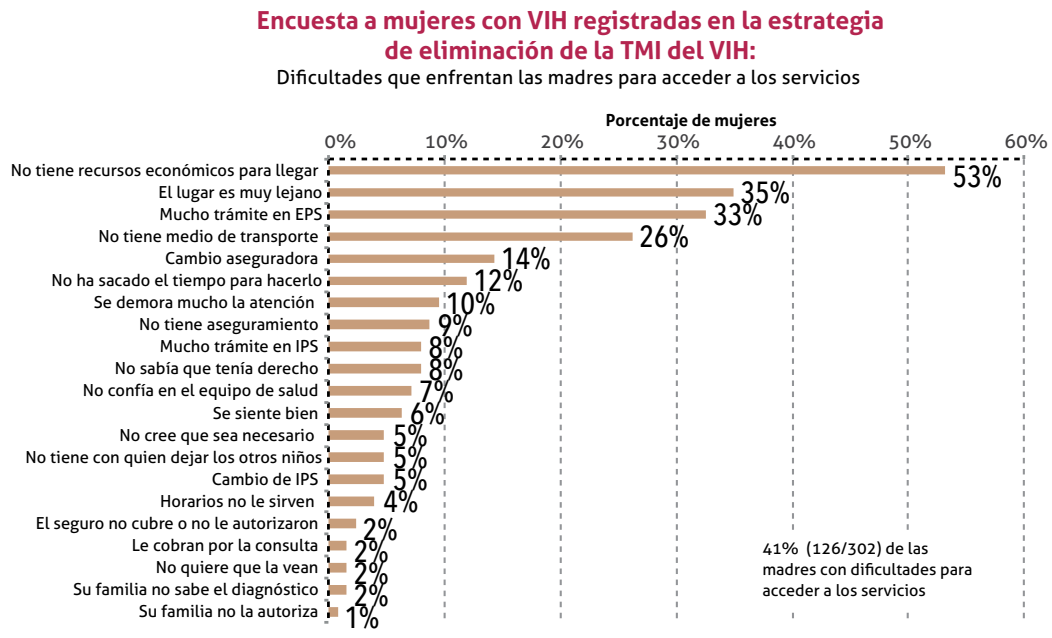
	N	Sí (%)	No (%)	NS/NR* (%)
Tomó ARV durante el embarazo	296	83%	17%	0.3%
Tomó ARV en el parto	295	86%	10%	4%
Toma ARV actualmente	310	50%	50%	0%
Recibe ARV continuos y oportunos	154	79%	20%	1%

*NS/NR No sabe o no responde

Fuente: elaboración propia.

De las 302 madres que respondieron la pregunta de si habían tenido problemas para recibir o acceder a los servicios de salud, 126 (41%) respondieron afirmativamente. Las principales dificultades que estas mujeres enfrentan se esquematizan en la Figura 9. La gran mayoría refirió como problemas principales los económicos, las grandes distancias y la carencia de medios de transporte, además de los excesivos trámites en las EPS.

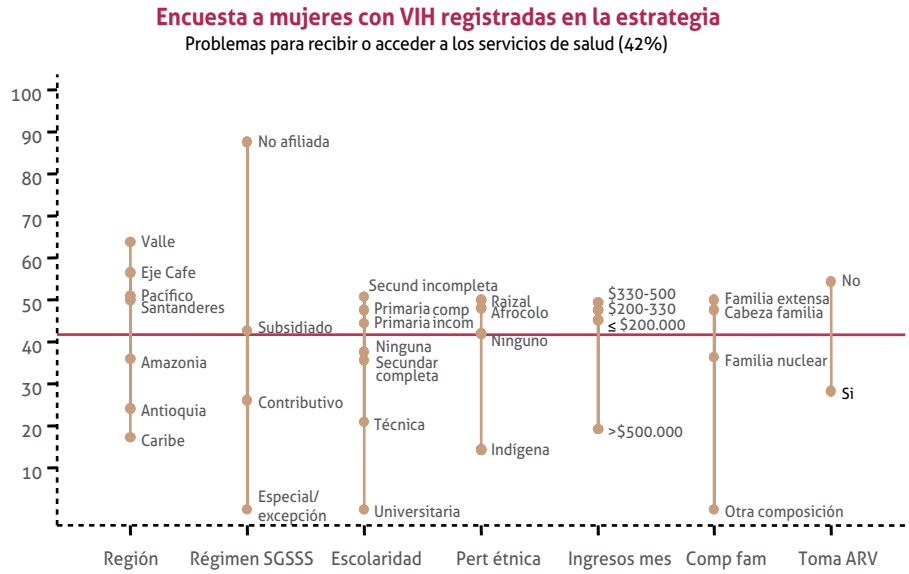
Figura 9. Dificultades que enfrentan las madres para acceder a los servicios



Fuente: elaboración propia.

En general, el residir en los departamentos de Valle del Cauca o en el Eje Cafetero, no estar afiliada al SGSSS, ser raizal, estar en los grupos de menores ingresos, pertenecer a una familia extensa y no tomar ARV, fueron factores que incrementaron la posibilidad de que las mujeres tuvieran dificultades para acceder a los servicios.

Figura 10. Factores asociados a barreras de acceso para recibir los servicios de atención integral al VIH



Fuente: elaboración propia.

Con relación al medio de transporte que utilizan las mujeres para acceder a los servicios de VIH, de las 222 mujeres que reciben estos servicios 92% usa el transporte público, 5,6% llega caminando y 2,3% utiliza transporte privado. En el 68% de los casos los fondos para el transporte provenían de recursos personales, 29% de subsidios de la EPS y menos del 1% del empleador, de la IPS o de una ONG.

MANEJO INTEGRAL DE LA NIÑA O EL NIÑO CON EXPOSICIÓN O INFECCIÓN POR VIH

De acuerdo con la información suministrada por los 335 cuidadores encuestados, se pudo establecer que 323 (96%) de las niñas y niños expuestos al VIH estaban vivos, 6 (2%) habían fallecido, 1 (0,3%) aún no había nacido y se desconoce la información de los 5 restantes (1,5%). El 47% eran niños y 53% niñas. El 63% de las niñas y niños expuestos no tenían infección por VIH, 2,8% tenían VIH y el 35% no sabían su situación virológica con respecto al VIH.

Con relación a la afiliación de las 323 niñas y niños expuestos, se encontró que la mayoría (76%) pertenecían al régimen subsidiado, 16% al contributivo, 7,5% no estaban afiliados/as y menos del 1% estaban afiliados al régimen de excepción (Figura 11).

Figura 12. Factores asociados a barreras de acceso para recibir los servicios de atención integral al VIH

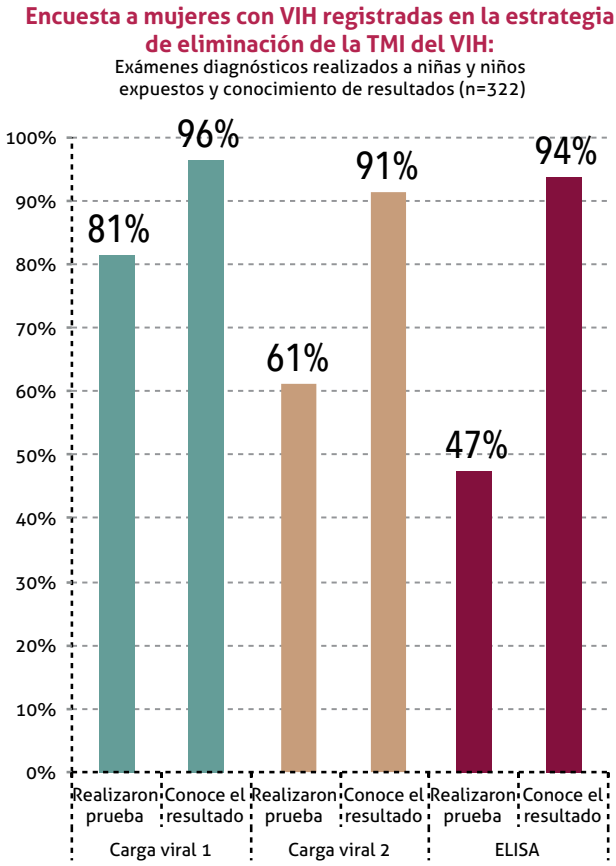
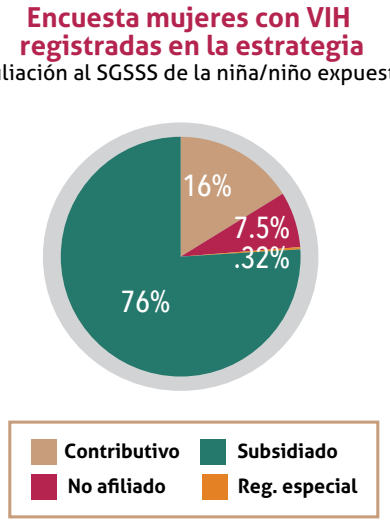


Figura 11. Factores asociados a barreras de acceso para recibir los servicios de atención integral al VIH



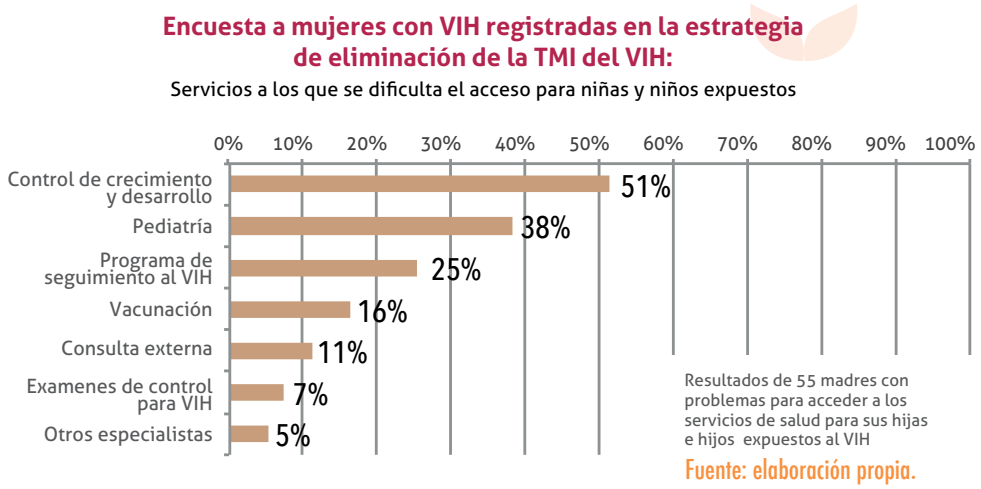
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los exámenes diagnósticos realizados a los 323 niños y niñas expuestos al VIH, reportaron que a 47% le realizaron la prueba de ELISA y de estos 94% conocieron los resultados. Al 81% le realizaron la primera carga viral, de los cuales recibió los resultados el 96%; al 61% de las niñas y niños les fue practicada la segunda carga viral y de estos el 91% recibió los resultados (Figura 12).

Al revisar el carné de crecimiento y desarrollo durante la entrevista, se encontró que la mayoría (87%) de niñas y niños expuestos al VIH tenían talla y peso adecuados para la edad, 7% estuvieron en riesgo de baja talla y 3% en talla baja.

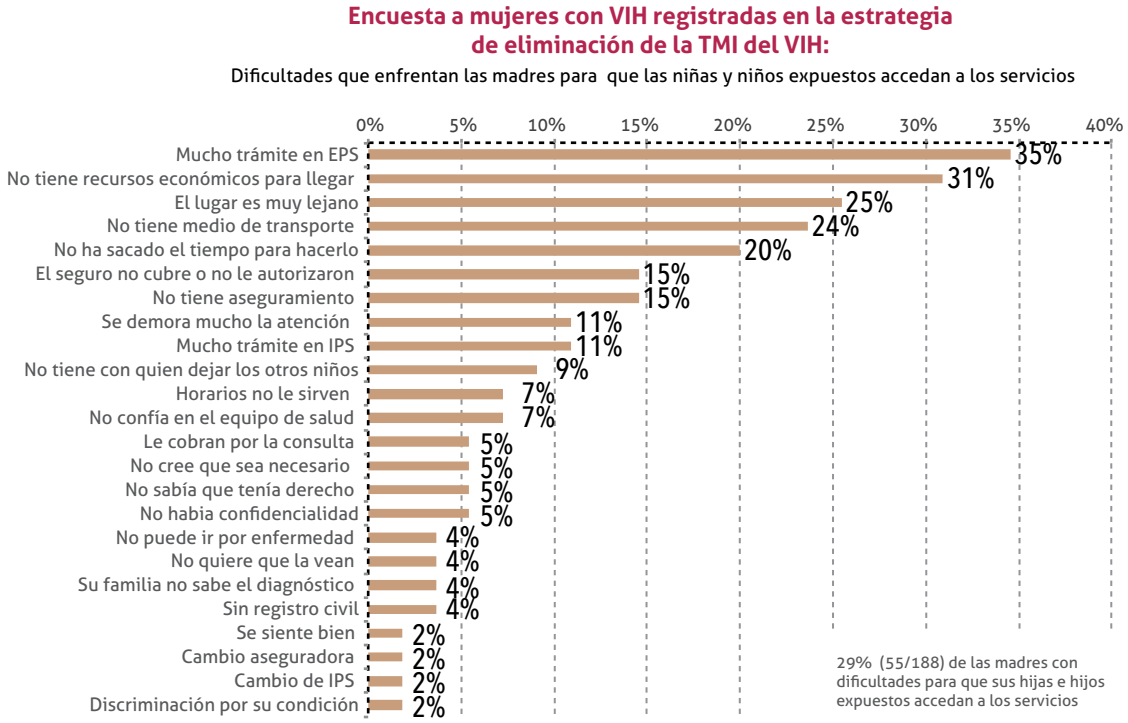
El 29% de los cuidadores/as afirmaron haber tenido dificultades para que el niño o niña recibiera atención en salud, siendo los servicios en los que tuvieron más barreras de acceso los de crecimiento y desarrollo (51%), pediatría (38%) y cuidados de VIH (25%) (ver Figuras 13 y 14).

Figura 13.
Servicios de difícil acceso para la atención de niñas y niños expuestos al VIH



Fuente: elaboración propia.

Figura 14. Dificultades que enfrentan las madres para que las niñas y niños expuestos accedan a los servicios



Fuente: elaboración propia.

El 88% de las madres encuestadas refiere que las niñas y niños expuestos recibieron antirretrovirales con posterioridad al nacimiento, el 6% manifestó no haber recibido ARV, y el 4% carecía de esta información. El 96% de las 335 madres, cuidadoras y cuidadores encuestados refirieron que el 92% de las niñas y niños expuestos no recibieron leche materna (Tabla 4). Al 86% de las niñas y niños expuestos les fue suministrada fórmula láctea, pero el 20% de las madres afirmó no haberla recibido oportuna y continuamente.

Tabla 4. Entrega de fórmula láctea y toma de medicamentos antirretrovirales de las niñas y niños expuestos al VIH

	N	Sí (%)	No (%)	NS/NR* (%)
Tomó leche materna	322	7%	92%	2%
Recibió fórmula láctea	320	86%	12%	2%
Recibió fórmula láctea continua y oportunamente	275	80%	18%	2%
ARV al nacer	321	88%	6%	4%

*NS/NR No sabe o no responde

Fuente: elaboración propia.

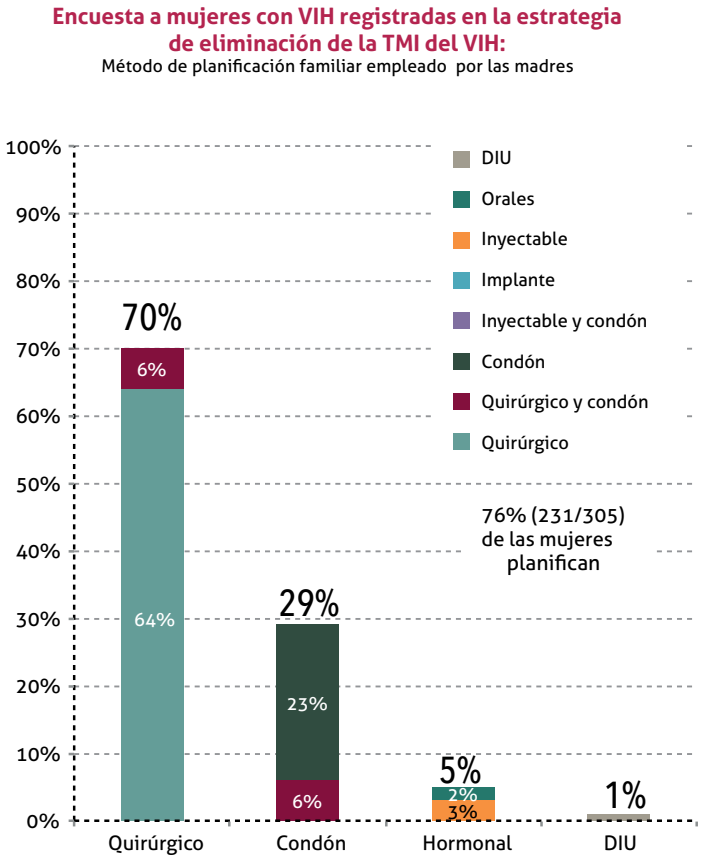
PREVENCIÓN SECUNDARIA

La última sección de la encuesta se enfocó en preguntar si la o las parejas de las mujeres con VIH y otros hijos o hijas diferentes al caso índice estaban en seguimiento. Igualmente se indagó si las mujeres habían tenido acceso a los servicios de planificación familiar y a la doble protección con el uso del preservativo.

De las 312 mujeres, el 60% de quienes tenían pareja sexual refirió que estas se habían hecho la prueba para el VIH, conociendo sus resultados en el 91% de los casos.

El 28% de las encuestadas tuvieron embarazos posteriores al diagnóstico de VIH y 80% de ellas afirmó que estos no fueron planeados. De 201 mujeres que tenían otras hijas e hijos diferentes al caso índice, 56% refirieron que a estos les habían realizado pruebas de diagnóstico para VIH y el 90% conocía los resultados de dichas pruebas.

Figura 15. Métodos de planificación familiar utilizados por las mujeres encuestadas

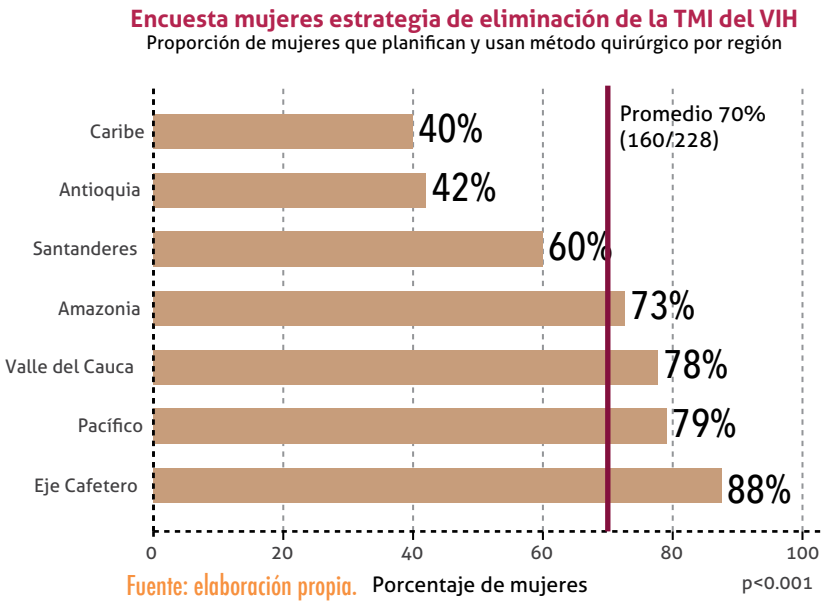


Fuente: elaboración propia.

El 76% de las mujeres con VIH utiliza algún método de planificación. En la mayoría de los casos (70%) el método de elección fue el quirúrgico o definitivo. El preservativo es utilizado por el 29% de las mujeres (23% como único método y 6% combinado con el quirúrgico) (Figura 15). Como se aprecia en la Figura 16, las regiones que registran mayor porcentaje de mujeres que planifican y usan método quirúrgico fueron el Eje Cafetero, Pacífico, Valle del Cauca y Amazonia, todas con porcentajes superiores al promedio (70%).

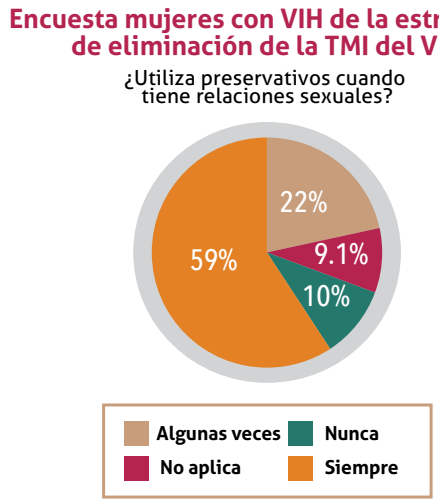
La información reportada sobre el uso de condón contrasta con los resultados encontrados de la pregunta anterior, pues el 55% (176) de las mujeres manifestó haberlo utilizado siempre, 20% (64) solo algunas veces y 9% (30) afirmó no utilizarlo nunca (Figura 17).

Figura 16. Uso del método quirúrgico por región



Fuente: elaboración propia.

Figura 17. Uso del preservativo



Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio, de tipo transversal descriptivo, exploró las causas por las cuales las niñas y niños expuestos al VIH por vía perinatal y sus madres no continuaron en seguimiento en la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH en veintitrés entidades territoriales de Colombia. El análisis de las variables abordadas en la encuesta permitió deducir de manera indirecta qué factores están afectando la adherencia del binomio madre hijo a los cuidados de VIH ofrecidos dentro de la estrategia.

En términos generales, los hallazgos sugieren que esta adherencia se ve afectada principalmente por: 1) factores socioeconómicos y culturales como la falta de aseguramiento, la etnicidad, bajo grado de escolaridad, pertenecer a estratos más bajos y percibir ingresos familiares equivalentes o inferiores a la mitad de un salario mínimo; 2) factores institucionales como los trámites administrativos o itinerarios burocráticos a los que se enfrentan las mujeres y sus hijas e hijos al intentar acceder a los servicios de VIH, baja cobertura de oferta de tamizaje para VIH, falta de oportunidad y continuidad en la administración del tratamiento antirretroviral —fenómeno más frecuente en pacientes residentes en lugares diferentes a las ciudades capitales— y en la entrega de la fórmula láctea, baja cobertura de atención por especialistas, tiempo reducido para atención a pacientes, falta de calidez en la atención, y frecuentes cambios de las EPS en la contratación de instituciones prestadoras de servicios; y 3) factores personales como falta de tiempo de la madre, olvido de la cita, responsabilidades familiares (no tiene con quién dejar a sus otros hijos), desconfianza en el equipo de salud, sentirse discriminada o no considera necesario hacerse seguimiento.

El presente estudio, al igual que literatura relevante sobre el tema en el mundo, ha identificado la pobreza como una fuerza socioeconómica principal detrás de la epidemia del VIH [2-8]. La información suministrada en las encuestas por las madres y otras cuidadoras y cuidadores resalta la pobreza y la etnicidad como determinantes sociales que están influenciando la adherencia a los cuidados de VIH, sobre todo en áreas rurales. A pesar de que en la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe [9] y en los mismos lineamientos de la estrategia se propone un enfoque intercultural de la estrategia con intervenciones culturalmente apropiadas que respeten la cosmovisión y la diversidad de las respuestas al VIH, los hallazgos sugieren que este aspecto no ha sido debidamente abordado y que debe ser redireccionado de manera que mejore el desempeño de la estrategia en este tipo de poblaciones.

El diagnóstico precoz y la mejora de la adherencia a los cuidados del VIH se han establecido como elementos necesarios para reducir la mortalidad infantil e impactar en la eliminación de la TMI del VIH. Asimismo, la falta de oportunidad en el diagnóstico y en los cuidados de la infección por VIH ha sido referenciada en diversos estudios como un factor determinante para las pérdidas en el seguimiento [10-11].

Los hallazgos de la encuesta se ven reflejados en los datos más recientes reportados por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la oportunidad en el diagnóstico del VIH y el manejo integral de la infección de la mujer con VIH y el de su hija e hijo expuesto. En el reporte titulado *Medición del Porcentaje de Transmisión Materno Infantil del VIH- 2010* [12], de los 38 casos de TMI reportados para la cohorte de niñas y niños que nacieron en 2010 y que estuvieron expuestos al VIH, el 22% tenía un diagnóstico previo al embarazo actual, solo 28% de las mujeres tuvo el diagnóstico de VIH durante la gestación y en un 50% el diagnóstico fue posterior al parto.

Estas cifras nos llevan a preguntarnos sobre varios aspectos: ¿por qué no se está realizando el tamizaje para VIH oportunamente durante la gestación a pesar de hacer parte de las acciones contenidas en la resolución 412 del 2000? ¿Por qué no se está realizando la APV para VIH a pesar de estar establecida por el Decreto 1543 de 1997 y la Resolución 3442 de 2006? Los actores institucionales entrevistados en el estudio cualitativo sobre acceso y utilización de los servicios de la estrategia [13] señalan que los exámenes sí son solicitados pero que los resultados no se registran en la historia clínica. Si es así, ¿por qué entonces las mujeres afirman que no les ofertaron este examen o que lo hicieron tardíamente durante su gestación? ¿En dónde está el o la profesional de salud que en el siguiente control no pregunta ni anota qué pasó con el resultado? Otros argumentan que tal vez la gestante no quiere realizarse la prueba presuntiva para VIH. La mujer estaría en su derecho de no hacerlo, pero si es así, ¿por qué no queda anotado en la historia clínica el disentimiento informado? En el documento *"Calidad de la atención prenatal en Colombia. Evaluación de historias clínicas en veinticuatro entidades territoriales, 2009-2011"* que se incluye en este compendio se observa que de 2.651 historias clínicas revisadas en gran parte de la geografía nacional solo el 78% de las gestantes fueron tamizadas para VIH, y se encontró evidencia de asesoría pre prueba, consentimiento o disentimiento informado y asesoría post prueba en 57%, 67% y 27% de las gestantes respectivamente [14]; lo que hace evidente que hay deficiencias importantes en la implementación de estos procedimientos. De hecho, las cifras de APV son más bajas que las reportadas por las participantes en este estudio, pero es de anotar que todas ellas tienen VIH y se esperaría que las asesorías post prueba fueran más frecuentes en las personas que tienen VIH.

La evidencia científica disponible señala al menos cinco intervenciones clave para eliminar la transmisión materno infantil, tres para la gestante con VIH (TAR anteparto, cesárea y TAR intraparto) y dos para la hija o hijo expuesto (profilaxis con antirretrovirales y fórmula láctea exclusiva durante los primeros seis meses), todas ellas incluidas en el plan obligatorio de salud y claramente detalladas en el manual de procedimientos de la estrategia [15]; pero que no se están realizando a cabalidad. De acuerdo con el reporte de transmisión materno infantil de 2012 [12], ninguno de los 38 casos de transmisión perinatal recibió las cinco intervenciones claves recomendadas por la estrategia y solo 3% de los niños expuestos al VIH recibió las intervenciones completas para la prevención de la TMI del VIH.

En relación con la prevención secundaria, los hallazgos demuestran que las actividades educativas y los servicios prestados son deficientes en los controles prenatales y durante la atención al VIH. Posterior al diagnóstico de la infección, 86 mujeres encuestadas quedaron embarazadas, siendo estas gestaciones no planeadas en el 80% de los casos. Si se reflexiona que son mujeres que debido a su diagnóstico, de una forma u otra, estuvieron en un contacto relativamente frecuente con el sector salud, ¿por qué no recibieron asesoría y métodos de planificación? Los hallazgos sugieren que los servicios de planificación familiar no están siendo ofertados sistemáticamente dentro del paquete de atención integral al VIH. Usualmente la planificación familiar se brinda en el primer nivel de atención, lo que puede traducirse en oportunidades perdidas para que estas mujeres accedan a estos servicios. Es crítico que a través de los servicios de atención integral al VIH se incorpore de manera sistemática el tema de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo los aspectos relacionados con la regulación de la fecundidad y la doble protección.

Los resultados de la encuesta muestran que 70% de las mujeres que planifica lo hace con un método quirúrgico definitivo y, de ellas, solo un 6% utiliza también el preservativo. ¿Cómo explicar el bajo uso de preservativo? La Organización Mundial de la Salud ha insistido en que el sector salud apoye el uso del condón:

> El conocimiento de la propia infección por VIH puede no provocar un cambio individual en su conducta sexual para apoyar la prevención del VIH; por lo tanto, se requiere apoyo adicional. La mayoría de personas con VIH permanecen sexualmente activas y los proveedores de salud deben respetar su derecho a hacerlo y apoyarlos a ellas y ellos y a sus parejas en la prevención de una posterior transmisión del VIH, incluso a través de la provisión de preservativos [16].

Esa es la recomendación internacional que pareciera se sigue con dificultades en las entidades territoriales Colombianas involucradas en este proceso. De la misma manera, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, el alto porcentaje de mujeres con métodos definitivos de planificación genera inquietudes sobre la calidad de la asesoría en métodos de regulación de la fecundidad que están recibiendo y sobre la libertad de elección que tienen para seleccionar los mismos. Cabe anotar que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, la proporción de mujeres que planifica con método quirúrgico en el país no supera el 25% [17]. Estas grandes diferencias entre la proporción de mujeres esterilizadas en la ENDS y en esta encuesta generan la necesidad de realizar una investigación que permita aclarar este panorama y arroje recomendaciones sobre las mejores formas de proceder con respecto a este tema en Colombia.

El compendio de hallazgos resalta la relevancia de que la estrategia enfatice no solo en las medidas disponibles para evitar nuevas infecciones de madre al hijo, sino en ofrecer atención integral a las mujeres para preservar y mejorar su salud, con el fin de promover su supervivencia y el pronóstico favorable de sus hijas e hijos expuestos o infectados por el VIH [18-23]. Para que la estrategia de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH sea exitosa debe implementarse dentro de un sistema de salud fuerte [2, 18-20, 23-26] y se deben seguir y corregir las barreras de acceso identificadas [2, 27-37].

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra la situación de un tercio de la población de mujeres, niños y niñas con pérdidas de seguimiento en la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. La representatividad de su muestra hace que sus hallazgos se constituyan en insumo crítico para orientar acciones futuras encaminadas al mejoramiento de la estrategia, de manera que esta realmente garantice la atención integral y el ejercicio del derecho a la salud de este grupo poblacional.

A través de la encuesta se identificaron los servicios a los que han accedido las madres y sus hijas e hijos, desde el tamizaje hasta el seguimiento en servicios de atención integral para el VIH, las medidas de prevención secundarias que han recibido y las barreras de acceso que han enfrentado para acceder a los servicios de salud. En el panel que se presenta a continuación se sintetizan las conclusiones del estudio, de acuerdo con estos ejes temáticos abordados en la encuesta.

PANEL DE CONCLUSIONES

- El análisis de la encuesta permitió identificar diferentes **factores sociodemográficos** asociados a las pérdidas de seguimiento de las madres y sus hijos e hijas expuestos al VIH. La pertenencia a un grupo étnico diferenciado es un factor determinante del acceso a los servicios de VIH de calidad y oportunos, sobre todo en áreas rurales. La mayoría de madres contactadas son altamente vulnerables —la mayor proporción de mujeres y niñas y niños sin seguimiento eran afroColombianas, pertenecían a los estratos más bajos, no tenían aseguramiento o estaban afiliadas al régimen subsidiado— y su problemática desborda el sector salud.

- Los hallazgos sugieren la necesidad de generar soluciones que conlleven al mejoramiento económico de la mujer con VIH como aspecto fundamental para lograr una mejor adherencia de ella y sus hijas e hijos a los cuidados ofrecidos en el marco de la estrategia. Ciertamente, el abordaje de esta problemática desborda el sector salud, por lo que es necesario considerar estrategias intersectoriales en donde se articulen acciones que mitiguen condiciones estructurales, pues estas son en gran medida las responsables de las pérdidas de seguimiento de esta población.

- El **tamizaje de VIH y APV** tienen dificultades en términos de cobertura —A un tercio de las mujeres no se les realizó asesoría pre prueba y casi una quinta parte no tuvo asesoría posterior a la prueba presuntiva—. Se encontraron barreras específicas en estos procesos, principalmente atribuidas a trámites administrativos, dificultades económicas de las mujeres, barreras geográficas y de aseguramiento.

PANEL DE CONCLUSIONES

- Los servicios que las madres reportaron con mayores dificultades para la **atención integral del VIH** de sus hijas e hijos fueron los de crecimiento y desarrollo y la consulta de pediatría, seguidos de los cuidados de VIH. Al igual que las pruebas presuntivas de VIH, las principales dificultades que enfrentaron las mujeres estaban relacionadas con los costos adicionales en los que tienen que incurrir para llegar a los servicios y los procesos administrativos dentro de la institución para acceder a los mismos.

- Las IPS responsables de la atención de esta población no tienen información actualizada de los datos de contacto de las y los pacientes. Dada la alta movilidad observada en esta población, se hace necesario que esta información sea actualizada constantemente. El personal de enfermería que realizó la búsqueda activa tuvo que trabajar arduamente para obtener datos que llevaran al encuentro de las mujeres y sus hijas e hijos indagando en diferentes fuentes —bases de datos del Fosyga, Sisben, municipios, EPS, IPS, Registraduría Nacional del Estado Civil, programa ampliado de inmunizaciones y el validador de derechos de los departamentos, entre otros—, lográndose actualizar la información de la mayoría de mujeres, niños y niñas sin seguimiento en estas entidades territoriales. Las madres fueron receptivas a atender al personal que realizó las visitas domiciliarias y la gran mayoría de ellas dio su consentimiento para realizar las encuestas. Lo anterior nos permite concluir que mantener actualizadas las bases de datos con la información de contacto de las mujeres y niños, a pesar de ser una tarea dispendiosa, se puede realizar, y es una función ineludible que las aseguradoras, al igual que las instituciones prestadoras de servicios, deben garantizar.

- Las mujeres que viven fuera de las ciudades capitales tienen que desplazarse a estas para recibir atención para el VIH. Esto implica una barrera de acceso importante a los servicios de salud, ya que si la paciente no tiene recursos económicos para gastos secundarios como el transporte y los costos de estadía y alimentación en la ciudad donde está el servicio especializado, no puede obtener un tratamiento adecuado y oportuno, lo que sugiere una reflexión sobre posibles alternativas como entrega de los medicamentos en los centros de salud locales. Si bien las normas y diferentes sentencias constitucionales han determinado que el transporte y la estadía no se constituyen en un derecho a la salud sí son un medio para acceder a estos servicios cuando en el lugar de residencia no se cuenta con los servicios necesarios para determinada condición de salud, por lo que si se cumplen unos parámetros específicos las aseguradoras deben asumir estos costos.

- Solo la mitad de las mujeres está en tratamiento antirretroviral, y una de cada cinco de ellas considera que no ha recibido los medicamentos de manera continua y oportuna, lo que debe invitar a la reflexión sobre las cifras de acceso

PANEL DE CONCLUSIONES

al tratamiento que muestra el país, que en ocasiones no tienen en cuenta la oportunidad y la continuidad en la toma de los medicamentos. Este factor es un riesgo en términos de salud pública, en la medida que se está exponiendo a una altísima proporción de la población en TAR a generar resistencia a los antirretrovirales.

- Con relación a la **prevención secundaria**, es prioritario dar una mirada al contexto que está determinando el que una proporción tan elevada de mujeres con VIH tome la decisión de realizarse la ligadura de trompas como método de planificación. Es necesario determinar si el procedimiento quirúrgico de esterilización surgió de una decisión informada y consentida por estas mujeres o si, por el contrario, fue inducida por los profesionales de salud con base en prejuicios sobre la reproducción de las mujeres con infección de VIH, por lo que se constituiría en una violación grave de sus derechos sexuales y reproductivos.

- Teniendo en cuenta los hallazgos, se evidencia la necesidad de realizar **ajustes a nivel sectorial y trabajo coordinado intersectorial** que permitan superar las barreras anotadas, de otra manera será muy difícil para el país lograr el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE LA ENCUESTA

La información solicitada es estrictamente confidencial.

Nota para la persona entrevistadora: No lea las respuestas salvo cuando se indique lo contrario. Marque con una **X** las casillas correspondientes a la(s) respuesta(s) señalada(s) o escriba los números correspondientes. En los espacios abiertos escriba respuestas concisas. Cuando vea una flecha, salte al número de pregunta indicado. En caso de dudas o comentarios, anótelos en el margen.

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Nota para la entrevistadora: Esta sección (preguntas 1 a 15) deben ser diligenciadas para todas las madres-hija/os sin seguimiento, independientemente de si las encuentra o no. Las fuentes de esta información pueden ser las bases de datos de la Estrategia a nivel territorial, bases de datos de Sisben, aseguramiento, EPS, IPS (historias clínicas y prestadores de servicios), ICBF, certificados de defunción, las pacientes y/o acudientes.

1. Código Entrevista ___|___|___|___|___|___|	Día Mes Año **2. Fecha Entrevista** ___|___|___|___|_2_|_0_|_1_|_1_|	3.Departamento_____ 4.Municipio _____
5. Entrevistador(a): _____		
6	¿Cuál es el estado actual de la madre? 1. Viva ☐ 2. Falleció ☐ 3. No sabe ☐ Si **falleció** pase a la pregunta 11	
7	¿Fue posible localizar a la madre? 1. Sí ☐ 2. No ☐ Si **NO** localizó a la madre pase a la pregunta 9	
8	Si pudo localizar a la madre o a un(a) acudiente leer el consentimiento informado. ¿Acepta hacer la entrevista? 1. Sí ☐ 2. No ☐ Si la respuesta es **SÍ** pasa a la pregunta 13 y proceda a realizar la entrevista Si la respuesta es **NO**, canaliza a la mujer y a sus hijos/as para que reciban atención integral. Diligencia hasta la pregunta 15 y termina la entrevista	
9	Si no fue posible localizar a la madre ¿por qué? 1. Cambió de residencia ☐ 2. No hay datos de localización (después de consultar todas las fuentes) ☐ 3. No coinciden los datos de localización ☐	
10	Si cambió de residencia ¿sabe la razón? 1. Económicas ☐ 2. Familiares ☐ 3. Amenazas por su condición de VIH ☐ 4. No sabe ☐	
11	Si la madre falleció ¿sabe la causa? 1. Asociada a VIH ☐ 2. No asociado a VIH ☐ 3. No sabe ☐	
12	Si la madre falleció ¿fue posible localizar al/la niño/a expuesto? 1. Sí ☐ 2. No ☐	
13	2. ¿Cuál es el estado actual de la niña o el niño? 1. Viva/vivo ☐ 2. Falleció ☐ 3. No sabe ☐ Si **falleció** pase a la pregunta 15	

14	Si la madre falleció y el/la niño/a vive, quién es el cuidador? 1. Familiar de primer grado ☐ 2. Familiar de segundo o mayor grado ☐ 3. Institución ☐ 4. Otro _____ Si la madre **falleció pero el niño o la niña vive** y fue identificado/a pase a la pregunta 63
15	Si el/la niño/a falleció cual fue la causa? 1. Asociada a VIH ☐ 2. No asociada a VIH ☐ 3. No sabe ☐ Si la madre y el/la niño/a **fallecieron** o la madre falleció y no fue posible localizar al/la niño/a después de verificar todas las fuentes de información termina el cuestionario

Nota para la persona entrevistadora: En caso de identificar a la madre iniciar la entrevista con esta sección después de garantizar que la entrevistada está plenamente informada y ha firmado el consentimiento informado

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA DE LA MADRE

16	¿En qué año nació? _____	17	¿Cuántos embarazos ha tenido? ___	18	¿Cuántos hijos vivos tiene? ___

19 a	¿Cuál es el estrato socioeconómico de su vivienda? 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ (si no sabe, ver recibo de servicios públicos):
19 b	¿Cuántos son los ingresos mensuales de su familia? _____
20	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted (**APROBADO**)? 1. Ninguno ☐ 2. Primaria incompleta ☐ 3. Primaria completa ☐ 4. Secundaria incomp. ☐ 5. Secundaria completa ☐ 6. Técnico/tecnológico ☐ 7. Universidad ☐ 8. Postgrado ☐
21	¿Cuál es su composición familiar? 1. Familia nuclear ☐ 2. Mujer cabeza de familia ☐ 3. Familia extensa ☐ 4. Otra composición ☐
22	¿Cuál es su pertenencia étnica? 1. Indígena ☐ 2. Rom ☐ 3. Raizal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Afrocolombiano ☐ 6. Ninguno de los anteriores ☐
23	¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales? 1. Desplazada ☐ 2. Migratoria ☐ 3. Carcelaria ☐ 4. Habitante de la calle ☐ 5. Ninguno de los anteriores ☐ 6. Otra ☐ ¿Cual? _____
24	¿Cuál era su afiliación al SGSSS en el momento que le diagnosticaron el VIH? 1. Contributivo ☐ 2. Subsidiado ☐ 3. Régimen especial ☐ 4. Régimen de excepción ☐ 5. No afiliado ☐
25	¿Cuál es su afiliación actual al SGSSS? 1. Contributivo ☐ 2. Subsidiado ☐ 3. Régimen especial ☐ 4. Régimen de excepción ☐ 5. No afiliado ☐

DIAGNÓSTICO DE VIH DE LA MADRE

26	¿En qué año le hicieron el diagnóstico de VIH? _____
27	¿Le hicieron el diagnóstico de VIH cuando estaba embarazada? 1. Sí ☐ 2. No ☐
28	¿Le realizaron asesoría antes de hacerse la prueba para VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐

29	¿Tuvo dificultades para realizarse la prueba del VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐ Si responde **NO**, pase a la pregunta 31
30	¿Qué dificultades fueron? (No lea las respuestas y marque todas la que aplican después de escuchar a la madre)

1. El lugar es muy lejano ☐
2. No tiene medio de transporte ☐
3. No tiene recursos económicos para llegar ☐
4. Le cobran por el examen ☐
5. Horarios no le sirven ☐
6. Se demora mucho la atención ☐
7. Mucho trámite en EPS ☐
8. Mucho trámite en IPS ☐
9. El seguro no cubre o no le autorizaron ☐
10. No confía en el equipo de salud ☐
11. No cree que sea necesario ☐
12. No ha sacado el tiempo para hacerlo ☐
13. No puede ir por enfermedad ☐
14. Se siente bien ☐
15. No quiere que la vean ☐
16. Su familia no sabe el diagnóstico ☐
17. Su familia no la autoriza ☐
18. No tiene con quien dejar los otros niños ☐
19. Cambio de aseguradora ☐
20. Cambio de IPS ☐
21. Cambio profesionales de salud ☐
22. No sabía que tenía derecho ☐
23. No tiene aseguramiento ☐
24. Discriminación por su orientación sexual, identidad de género, ocupación, etnia ☐
25. Tuvo que ir varias veces al laboratorio ☐
26. No había confidencialidad ☐
27. ¿Otra? ☐
Cuál _____

31	¿Recibió asesoría cuando le entregaron los resultados de la prueba? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
32	Cuando le dieron el resultado de VIH ¿recibió asesoría sobre planificación familiar? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
33	¿Ha tenido embarazos posteriores al diagnóstico de VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐ Si **NO** ha tenido embarazos posteriores pase a la pregunta 36
34	Si ha tenido embarazos posteriores al diagnóstico de VIH, ¿cuántos embarazos han sido? _____
35	¿Planeó los embarazos posteriores al diagnóstico de VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐

MANEJO INTEGRAL MADRE

36	¿Actualmente asiste a controles para el manejo del VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐ Si responde **NO** pase a la pregunta 43
37	¿El lugar donde asiste a los controles está en su ciudad? 1. Sí ☐ 2. No ☐
38	Nombre de la institución: _____
39	¿Si no es en su municipio en cuál? _____
40	¿Desde qué año ingresó al programa de VIH? _____
41	¿Cada cuánto tiene cita en el programa de VIH? Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐
42	¿Asiste usted a todas las citas? 1. Sí ☐ Si responde **SÍ** pase a la pregunta 44 2. No ☐
43	Si no ha iniciado sus controles o no asiste a todas las citas ¿por qué? (No lea las respuestas y marque todas la que aplican después de escuchar a la madre)

1. El lugar es muy lejano ☐
2. No tiene medio de transporte ☐
3. No tiene recursos económicos para llegar ☐
4. Le cobran por la consulta ☐
5. Horarios no le sirven ☐
6. Se demora mucho la atención ☐
7. Mucho trámite en EPS ☐
8. Mucho trámite en IPS ☐
9. El seguro no cubre o no le autorizaron ☐
10. No confía en el equipo de salud ☐
11. No cree que sea necesario ☐
12. No ha sacado el tiempo para hacerlo ☐
13. No puede ir por enfermedad ☐
14. Se siente bien ☐
15. No quiere que la vean ☐
16. Su familia no sabe el diagnóstico ☐
17. Su familia no la autoriza ☐
18. No tiene con quien dejar los otros niños ☐
19. Cambio de aseguradora ☐
20. Cambio de IPS ☐
21. Cambio profesionales de salud ☐
22. No sabía que tenía derecho ☐
23. No tiene aseguramiento ☐
24. Discriminación por orientación sexual, identidad de género, ocupación, etnia ☐
25. No había confidencialidad ☐
26. Otra? ☐
Cuál _____ ☐

➔➔ Si no ha iniciado los controles pase a la pregunta 50

44	¿Ha tenido consultas de psicología? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐

45	¿Ha tenido consultas de nutrición? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
46	¿Recibe algún apoyo nutricional? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
47	¿Ha tenido consultas de trabajo social? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
48	¿Ha tenido consultas de odontología? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
49	¿Le hacen pruebas de CD4 y carga viral cada 6 meses? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
50	¿Tomó antirretrovirales durante el embarazo? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
51	¿Le aplicaron antirretrovirales durante el parto? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
52	¿Toma antirretrovirales en este momento? Si responde **SÍ** pase a la pregunta 54 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
53	Si no recibe tratamiento ARV actualmente ¿por qué? 1. Indicación médica ☐ 2. Decisión voluntaria ☐ 3. Problemas con el sistema de salud ☐ 4. Otro? ☐ ¿Cual? _____ Si **NO toma ARV** pase a la pregunta 56
54	¿En qué año inició el tratamiento con antirretrovirales? _____
55	Desde que inició el tratamiento antirretroviral, ¿ha recibido los medicamentos de manera continua y oportuna? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
56	¿Ha tenido infecciones oportunistas? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐
57	¿Ha tenido hospitalizaciones relacionadas con el VIH en el último año (últimos 12 meses)? 1. Sí ☐ 2. No ☐
58	¿Está usted satisfecha con los servicios que recibe para la atención del VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐ ¿Por qué sí o no? _____
59	¿Ha tenido problemas para recibir o acceder a los servicios de salud? 1. Sí ☐ 2. No ☐ Si responde **NO** pasar a la pregunta 61
60	Si ha tenido problemas ¿cuáles? (marcar todas las que aplican) 1. El lugar es muy lejano ☐ 2. No tiene medio de transporte ☐ 3. No tiene recursos económicos para llegar ☐ 4. Le cobran por la consulta ☐ 5. Horarios no le sirven ☐ 6. Se demora mucho la atención ☐ 7. Mucho trámite en EPS ☐ 8. Mucho trámite en IPS ☐ 9. El seguro no cubre o no le autorizaron ☐ 10. No confía en el equipo de salud ☐ 11. No cree que sea necesario ☐ 12. No ha sacado el tiempo para hacerlo ☐ 13. No puede ir por enfermedad ☐ 14. Se siente bien ☐ 15. No quiere que la vean ☐ 16. Su familia no sabe el diagnóstico ☐ 17. Su familia no la autoriza ☐ 18. No tiene con quien dejar los otros niños ☐ 19. Cambio de aseguradora ☐ 20. Cambio de IPS ☐ 21. Cambio profesionales de salud ☐ 22. Falta continuidad entrega medicamentos ☐ 23. No sabía que tenía derecho ☐ 24. No tiene aseguramiento ☐ 25. Discriminación por orientación sexual, identidad de género, etnia ☐ 26. No había confidencialidad ☐ 27. ¿Otro? ☐ ¿Cuál? _____
61	¿Cómo llega hasta el lugar donde le hacen la atención en salud? 1. Caminando ☐ 2. En transporte público ☐ 3. Transporte privado ☐ 4. Otro ☐

62	¿Quién paga los gastos relacionados con su transporte/estadía para la atención en VIH? 1. EPS ☐ 2. Secretaría de salud ☐ 3. Ella misma o alguien de su familia ☐ 4. Patrón o empleador ☐ 5. No se requirió pago ☐ 6. Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) ☐ 7. Otro ☐

MANEJO INTEGRAL NIÑA/O

63	¿Cuál es la afiliación actual de la niña o el niño al SGSSS? 1. Contributivo ☐ 2. Subsidiado ☐ 3. Régimen especial ☐ 4. Régimen de excepción ☐ 5. No afiliado ☐
64	¿Cuál fue el sexo del/de la hijo/a producto del embarazo con el cual ingresó a la Estrategia? 1. Femenino ☐ 2. Masculino ☐
65	¿En qué año nació? _____
66	¿Le dio leche materna a este/a hijo/a? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe (cuidador) ☐
67	¿Su hija/o recibe o recibió fórmula láctea en la Estrategia? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe (cuidador) ☐ Si responde **NO o NO SABE** pasa a la pregunta 69
68	¿La entrega de fórmula láctea fue continua y oportuna? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda/No sabe (cuidador) ☐
69	¿Después de los seis meses su hijo recibió algún apoyo nutricional de alguna institución? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐ 4. No aplica (menor de seis meses) ☐ Si es menor de de seis meses o la respuesta es **NO**, pase a la pregunta 71
70	Si recibió apoyo nutricional ¿de cuál institución? 1. ONG ☐ 2. EPS ☐ 3. Secretaría de salud ☐ 4. IPS ☐ 5. ICBF ☐ 6. Otra ☐
71	¿Le dieron medicamentos desde el momento del nacimiento para prevenir el paso del VIH a su hijo/a (profilaxis con antirretrovirales)? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda/No sabe ☐ Si responde **NO o NO SABE** pasa a la pregunta 73
72	Si le dieron tratamiento ¿por cuánto tiempo? 1. Una semana ☐ 3. Seis semanas ☐ 5. Dos semanas ☐ 4. No recuerda ☐
73	¿Ya le hicieron la primera carga viral a su hijo? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐ 4. No aplica (menor de un mes) ☐ Si responde **SI**, ¿a qué edad? _____ meses Si responde **NO** pasa a la pregunta 77 Si **NO APLICA** pasa a la pregunta 79
74	¿Conoce el resultado? 1. Sí ☐ 2. No ☐
75	¿Ya le hicieron la segunda carga viral a su hijo? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda ☐ No aplica(menor de seis meses) ☐ Si responde **NO** pasa a la pregunta 77 Si **NO APLICA** pasa a la pregunta 79
76	¿Conoce el resultado? 1. Sí ☐ 2. No ☐
77	¿Ya le hicieron la prueba de ELISA a su hijo (verificar)? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No recuerda/No sabe ☐ Si responde **SÍ**, a qué edad? _____ meses Si responde **NO o NO RECUERDA/NO SABE** pasa a la pregunta 79
78	¿Conoce el resultado de la prueba de ELISA? 1. Sí ☐ 2. No ☐
79	¿Cuál es la condición actual de su hijo respecto al VIH?

	1. Con VIH ☐ 3. Aún no se puede determinar ☐ 2. Sin VIH ☐ 4. No sabe ☐
80	¿La niña o el niño está en consulta de crecimiento y desarrollo? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐
81	¿El niño o la niña tiene el esquema de vacunación completo para la edad? (revisar carné de vacunación) 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No se puede verificar ☐
82	¿Cómo está la situación nutricional de su hijo(a)? (revisar ficha de crecimiento y desarrollo) 1. Talla adecuada para la edad ☐ 2. Riesgo talla baja para la edad (< 1 DS) ☐ 3. Talla baja para la edad (< 2 DS) ☐ 4. No sabe ☐ 5. No está en crecimiento y desarrollo ☐

***Nota para la persona entrevistadora**: Las preguntas 83 a 104 solo deben ser respondidas en caso que el niño/a tenga diagnóstico de VIH.*

83	¿El niño o la niña está inscrito(a) en un programa regular de VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐ Si responde **NO** pasa a la pregunta 90
84	¿El lugar donde el niño o la niña asiste a los controles está en su ciudad? 1. Sí ☐ 2. No ☐
85	Nombre de la institución _____
86	¿Si no es en su ciudad en que municipio? _____
87	¿En qué año ingresó el niño o la niña al programa regular de VIH? _____
88	¿Cada cuanto el niño o la niña tiene consulta? Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐
89	¿Asiste a todas las citas? 1. Sí ☐ 2. No ☐
90	¿Si el niño o la niña no asiste a todas las citas o no está inscrito/a en un programa regular de VIH por qué? (marcar todas las que aplican) 1. El lugar es muy lejano ☐ 2. No tiene medio de transporte ☐ 3. No tiene recursos económicos para llegar ☐ 4. Le cobran por la consulta ☐ 5. Horarios no le sirven ☐ 6. Se demora mucho la atención ☐ 7. Mucho trámite en EPS ☐ 8. Mucho trámite en IPS ☐ 9. El seguro no cubre o no le autorizaron ☐ 10. No confía en el equipo de salud ☐ 11. No cree que sea necesario ☐ 12. No ha sacado el tiempo para hacerlo ☐ 13. No puede ir por enfermedad ☐ 14. Se siente bien ☐ 15. No quiere que la vean ☐ 16. Su familia no sabe el diagnóstico ☐ 17. Su familia no la autoriza ☐ 18. No tiene con quien dejar los otros niños ☐ 19. Cambio de aseguradora ☐ 20. Cambio de IPS ☐ 21. Cambio de profesionales de salud ☐ 22. No sabía que tenía derecho ☐ 23. No tiene aseguramiento ☐ 24. Discriminación por orientación sexual, identidad de género, ocupación, etnia ☐ 25. No había confidencialidad ☐ 26. Otro ☐ ¿Cuál? _____ ☐
	Si el niño o la niña **no está inscrito/a** en un programa regular de VIH pasar a la pregunta 102
91	¿Ha tenido consultas con psicólogo? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No aplica ☐
92	¿Ha tenido consultas con nutricionista? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐
93	¿Recibe algún apoyo nutricional? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐
94	¿Ha tenido consultas con trabajo social? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐
95	¿Ha tenido consultas con odontología? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No aplica ☐
96	¿Le hacen pruebas de CD4 y carga viral al menos cada 6 meses? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐
97	¿Toma antirretrovirales en este momento? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐ Si responde **SÍ** pasar a la pregunta 99

98 Si no recibe tratamiento ARV actualmente ¿por qué?

1. Indicación médica ☐
2. Decisión de los cuidadores ☐
3. Problemas con el sistema de salud ☐
4. Otro ☐

¿Cuál? _____

Pase a la pregunta 102

99 ¿En qué año inició el tratamiento con antirretrovirales el niño o la niña? _____

100 ¿Cuáles son los antirretrovirales que toma? _____

_____

101 ¿Desde que el niño/a inició el tratamiento antirretroviral ha recibido los medicamentos de manera continua y oportuna?
1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐

102 ¿El/la niño/a ha tenido infecciones oportunistas? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐

103 ¿Ha tenido hospitalizaciones relacionadas con el VIH en el último año? 1. Sí ☐ 2. No ☐

104 ¿Está usted satisfecha con los servicios que la/el niña/o recibe para la atención del VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐
¿Por qué sí o no? _____

105 ¿Ha tenido problemas para que el/la niño/a reciba o acceda a los servicios de salud? 1. Sí ☐ 2. No ☐
Si responde **NO**, pase a la pregunta 107

Si responde sí ¿a cuáles servicios? (marcar todos los que aplican)
1. Programa regular de VIH ☐ 2. Control de crecimiento y desarrollo ☐ 3. Vacunación ☐ 4. Pediatría ☐
5. Otro ☐ 6. Cual _____

106 ¿Si ha tenido problemas cuales? (marcar todas las que aplican)

1. El lugar es muy lejano ☐
2. No tiene medio de transporte ☐
3. No tiene recursos económicos para llegar ☐
4. Le cobran por la consulta ☐
5. Horarios no le sirven ☐
6. Se demora mucho la atención ☐
7. Mucho trámite en EPS ☐
8. Mucho trámite en IPS ☐
9. El seguro no cubre o no le autorizaron ☐
10. No confía en el equipo de salud ☐
11. No cree que sea necesario ☐
12. No ha sacado el tiempo para hacerlo ☐
13. No puede ir por enfermedad ☐
14. Se siente bien ☐
15. No quiere que la vean ☐
16. Su familia no sabe el diagnóstico ☐
17. Su familia no la autoriza ☐
18. No tiene con quien dejar los otros niños ☐
19. Cambio de aseguradora ☐
20. Cambio de IPS ☐
21. Cambio de los profesionales de salud que la atienden ☐
22. Falta de continuidad en entrega de medicamento ☐
23. No sabía que tenía derecho ☐
24. No tiene aseguramiento ☐
25. Discriminación por orientación sexual, identidad de género, ocupación, etnia ☐
26. No había confidencialidad ☐
27. ¿Otro? ☐
¿Cuál? _____ ☐

107 ¿Cómo llega hasta el lugar donde le hacen los controles/seguimiento/tratamiento al/la niño/a?

1. Caminando ☐
2. En transporte público ☐
3. Transporte privado ☐
4. Otro: ☐

108 ¿Quién paga los gastos relacionados con el desplazamiento del/de la niño/a para la atención en salud?

1. EPS ☐
2. Secretaría de salud ☐
3. Ella misma o alguien de su familia ☐
4. Patrón o empleador ☐
5. No se requirió pago ☐
6. Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG) ☐

***Nota para la persona entrevistadora**: Estas preguntas están dirigidas y serán contestadas únicamente por la madre que fue diagnosticada con VIH en la Estrategia, no se dirigirán a otros cuidadores.*

PREVENCIÓN SECUNDARIA

110	En caso que tenga una pareja sexual ¿esta persona se ha hecho la prueba de VIH? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐ 4. No aplica ☐ Si responde que **NO** o que **NO SABE**, pase a la pregunta 112
111	¿Cuál fue el diagnóstico de su pareja? 1. Con VIH ☐ 2. Sin VIH ☐ 3. No sabe ☐
112	¿Le hicieron la prueba a sus otros hijos e hijas? 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No aplica (no tiene más hija/os) ☐ Si **NO APLICA** pase a la pregunta 115
113	¿Tiene otros hijos o hijas viviendo con VIH? Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sabe ☐
114	Si tiene hijos o hijas viviendo con VIH: 1. ¿Cuántos viviendo con VIH? ____ 2. ¿Cuántos en tratamiento?___ 3. ¿Cuántos en observación? _____
117	¿Actualmente utiliza algún método de planificación? 1. Sí ☐ 2. No ☐ Si responde **NO** pase a la pregunta 119
118	Si planifica, ¿qué método utiliza? _____
119	¿Utiliza preservativos cuando tiene relaciones sexuales (marque una sola alternativa)? 1. Siempre ☐ 3. Nunca ☐ 2. Algunas veces ☐ 4. No aplica ☐

Muchas gracias por su colaboración

Conductas a seguir:

Asegúrese que da a las madres las recomendaciones necesarias para que reciban la atención que necesitan según su situación:

1. **La madre no está inscrita** en un programa regular de VIH **o no asiste regularmente a los controles:** Canalizó a su administradora de planes de beneficios para garantizar el acceso a los servicios de atención integral 1. Sí ☐ 2. No ☐
2. **La niña(o) no tiene el diagnóstico de VIH o tiene VIH y/o no está inscrita(o) en un programa regular de VIH:** Canalizó a la administradora de planes de beneficios para garantizar el acceso al diagnóstico y a los servicios de atención integral 1. Sí ☐ 2. No ☐
3. **El/la/los compañero(s) u otros hijos no se han hecho pruebas de VIH:** Canalizó a la APB para garantizar el acceso a los servicios de asesoría y diagnóstico 1. Sí ☐ 2. No ☐
4. Reportó el resultado de la visita y entrevista a las DTS (local y departamental) para garantizar el seguimiento de los casos según sea pertinente 1. Sí ☐ 2. No ☐
5. **La niña(o) no tiene esquema completo de vacunación o no asiste a controles de crecimiento y desarrollo:** Canalizó a su administradora de planes de beneficios 1. Sí ☐ 2. No ☐

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Base de datos del Sistema de Información de la Estrategia. 2012.
2. Farmer P, Leandre F, Mukherjee JS, Claude M, Nevil P, Smith-Fawzi MC, et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. Lancet; 2001 4 358(9279):404-9.
3. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. California: University of California Press; 2003.
4. Farmer P, Connors M, Simmons JE. Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence. Common Courage Press; 2011.
5. Kim JY, Millen J, Irwin A, Gershman J. Dying for Growth: Global inequality and the health of the poor. Monroe: Common Courage Press; 2002.
6. Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. Aids; 2000 14(1):S22-32.
7. Singer M. The political economy of AIDS. New York: Baywood Publishing Company; 1998.
8. Arrivillaga M, Hoyos PA, Tovar LM, Varela MT, Correa D, Zapata H. HIV testing and counselling in Colombia: evidence from a national health survey and recommendations for health-care services. Int J STD AIDS; 2012 23(11):815-21.
9. UNICEF, OPS, Centro Latinoamericano de Perinatología. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH en América Latina y el Caribe. Documento conceptual Publicación CLAP/SMR n.° 1569 Documento disponible en: URL http://www.unicef.org/lac/Documento_Conceptual_-_Eliminacion_de_la_transmision_maternoinfantil_del_VIH_y_de_la_sifilis_congenita(2).pdf
10. Lilian RR, Kalk E, Technau KG, Sherman GG. Birth Diagnosis of HIV Infection on Infants to Reduce Infant Mortality and Monitor for Elimination of Mother-to-Child Transmission. Pediatr Infect Dis J; 2013 Apr 9.
11. Sinergias, UNICEF, UNFPA, MSPS. Búsqueda activa de niñas, niños y madres atendidos por la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH entre 2003-2012 en Colombia. Bogotá: Sinergias, MSPS, UNICEF, UNFPA; 2013.
12. Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social. Medición del porcentaje de transmisión materno infantil del VIH. Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia, 2012. Documento oficial. 2012.
13. Sinergias, MSPS, UNICEF, UNFPA. Acceso y utilización de los servicios de atención prenatal con énfasis en la atención a mujeres y niños de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH. Estudio cualitativo en veinte departamentos y tres distritos, Colombia, 2011-2012. Bogotá: Sinergias, MSPS, UNICEF, UNFPA; 2013.
14. Sinergias, Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF, UNFPA. Calidad de la atención prenatal en Colombia. Evaluación de historias clínicas en veinte departamentos y tres distritos, 2009-2011. Bogotá: Sinergias, MSPS, UNICEF, UNFPA; 2013.

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de procedimientos de la estrategia para la eliminación de la trasmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. Colombia. 2009.

16. World Health Organization. WHO. Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-Limited Settings. HIV/AIDS Programme. Documento disponible en: URL:http://wwwwhoint/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_carepdf. 2008.

17. Profamilia, MSPS, ICBF, USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Disponible en: URL:http://wwwprofamiliaorgco/encuestas/Profamilia/Profamilia/indexphp?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9. 2010.

18. WHO. PMTCT strategic vision 2010-2015: Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV to Reach the UNGASS and Millennium Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2010.

19. WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector: Progress Report 2009. Geneva: WHO, UNAIDS, UNICEF; 2009.

20. WHO. Rapid advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Geneva: World Health Organization; 2009.

21. Ooms G. Shifting paradigms: how the fight for 'universal access to AIDS treatment and prevention' supports achieving 'comprehensive primary health care for all'. Global Health; 2008 4:11.

22. Morris K. UN report urges action towards universal HIV treatment access. Lancet Infect Dis. 2008; 8(7):411.

23. Guidance on Global Scale-Up of the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Towards Universal Access for Women, Infants and Young Children and Eliminating HIV and AIDS Among Children. Geneva: WHO; 2007.

24. Torpey K, Kabaso M, Kasonde P, Dirks R, Bweupe M, Thompson C, et al. Increasing the uptake of prevention of mother-to-child transmission of HIV services in a resource-limited setting. BMC Health Serv Res; 2010 10:29.

25. Tchendjou P, Same-Ekobo C, Nga A, Tejiokem M, Kfutwah A, Nlend AN, et al. Effectiveness of multidrug antiretroviral regimens to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in routine public health services in Cameroon. PLoS One; 2010 5(4):e10411.

26. Stinson K, Boulle A, Coetzee D, Abrams EJ, Myer L. Initiation of highly active antiretroviral therapy among pregnant women in Cape Town, South Africa. Trop Med Int Health; 2010 18.

27. Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. AIDS. 2000; 14(1):S22-32.

28. Mbonye AK, Hansen KS, Wamono F, Magnussen P. Barriers to prevention of mother-to-child transmission of HIV services in Uganda. J Biosoc Sci. 2010; 42(2):271-83.

29. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc YP, Wright P, Hardon A. Barriers to access prevention of mother-to-child transmission for HIV positive women in a well-resourced setting in Vietnam. AIDS Res Ther; 2008 5:7.

30. Peltzer K, Mosala T, Shisana O, Nqueko A, Mngqundaniso N. Barriers to prevention of HIV transmission from mother to child (PMTCT) in a resource poor setting in the Eastern Cape, South Africa. Afr J Reprod Health; 2007 11(1):57-66.

31. Kebaabetswe PM. Barriers to participation in the prevention of mother-to-child HIV transmission program in Gaborone, Botswana a qualitative approach. AIDS Care. 2007; 19(3):355-60.

32. Bajunirwe F, Muzoora M. Barriers to the implementation of programs for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a cross-sectional survey in rural and urban Uganda. AIDS Res Ther. 2005; 28 2:10.

33. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Bull World Health Organ. 2004; 82(4):299-307.

34. Jones SA, Sherman GG, Varga CA. Exploring socio-economic conditions and poor follow-up rates of HIV-exposed infants in Johannesburg, South Africa. AIDS Care. 2005; 17(4):466-70.

35. Painter TM, Diaby KL, Matia DM, Lin LS, Sibailly TS, Kouassims MK, et al. Sociodemographic factors associated with participation by HIV-1-positive pregnant women in an intervention to prevent mother-to-child transmission of HIV in Cote d'Ivoire. Int J STD AIDS; 2005 16(3):237-42.

36. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. AIDS. 2000; 14(1):S11-21.

37. Castro A. Prevención de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington; 2009.

5.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

ALTERNATIVES TO IMPROVE MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE

Los efectos de las inequidades sobre la salud nos han demostrado hasta qué punto las personas se ven afectadas por aspectos estructurales de nuestra sociedad. Aún más importante que los años que la equidad añadiría a la expectativa de vida, sería mejorar la calidad de vida de las personas. Las desigualdades no sólo son un costo en el que incurrimos sin ningún beneficio económico, sino que además su carga impone una reducción sustancial en la competitividad de toda la sociedad.*

* Richard Wilkinson. Profesor de epidemiología social e investigador en inequidades sociales, 2006.

RESUMEN:

Introducción: Mejorar la salud materno infantil no solo hace parte de los compromisos adquiridos por el Estado a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino que debe ser una motivación fundamental para el país por sí mismo más allá de 2015. A pesar de que Colombia tiene normas amplias y suficientes para asegurar un control prenatal oportuno, continuo e integral, los avances en términos de indicadores nacionales siguen teniendo una distribución altamente inequitativa, manteniendo cifras altas en entidades territoriales en situación de pobreza y con una doble afectación humanitaria de conflicto armado y desastres naturales. **Objetivo:** Difundir los avances de algunas alternativas de solución desarrolladas en el país para mejorar la calidad de la atención materno infantil. **Metodología:** Documento descriptivo que recopila y sintetiza cinco de las alternativas de solución que han generado el Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF, UNFPA, OIM y Sinergias, para abordar las deficiencias en el desempeño de los servicios prenatales, incluyendo la atención brindada en el marco de la estrategia de la eliminación del VIH. **Conclusiones**: La estrategia para el mejoramiento en la calidad de la atención en salud materno infantil en los primeros mil días, la caja de herramientas para mejorar la calidad de la atención prenatal, el normograma de competencias para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, los flujogramas para la atención de la gestante y su hijas e hijos expuestos al VIH y las herramientas de inspección, vigilancia y control para la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita constituyen avances relevantes de probada efectividad en el mejoramiento de la atención prenatal y la atención al VIH, pues sirven como insumos para formuladores de políticas y ejecutores de programas en las áreas mencionadas para preparar planes y estrategias dirigidos a mejorar la salud de las mujeres y los niños.

PALABRAS CLAVE:

Salud materno infantil, atención integral, atención prenatal, primera infancia, prevención de la transmisión materno infantil del VIH, prevención de la sífilis congénita

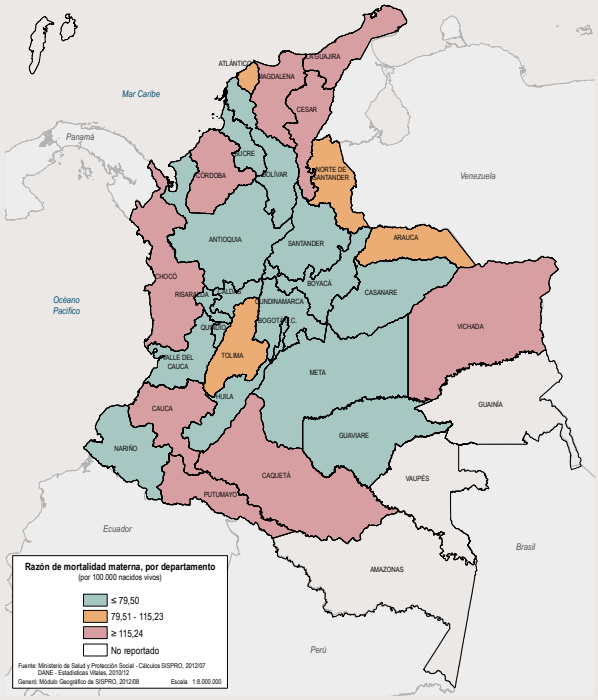
ABSTRACT:

Introduction: Improving maternal and child health is not only one of Colombia´s commitments for the Millennium Development Goals but should be a country key motivation far beyond 2015. Although Colombia has enough regulations to ensure appropriate prenatal care, national health indicators show a persistent inequitable situation, where high figures are found in poor regions that are also affected by the internal armed conflict and natural disasters. **Objectives:** To describe the progress of five alternative solutions developed in Colombia to improve maternal and child health care. **Methodology:** A descriptive document that collects and synthesizes five alternative solutions shaped by the Ministry of Health and Social Protection, UNICEF, UNFPA, IOM and Sinergias to address antenatal services deficiencies, including care provided in the framework of the elimination of mother to child transmission of HIV national strategy. **Conclusions:** The strategies described —a strategy to improve the quality of maternal and child health care during the first thousand days of life, the flow charts of standards and competences of health actors at the PMTCT strategy, a toolbox that helps health care providers to improve the quality of services, the flow charts providing the route to access HIV care for pregnant women and their exposed children and the tools to facilitate the process of inspection, monitoring, evaluation and control of the PMTCT strategy— constitute a significant body of experiences that have proved to be effective in improving prenatal care and HIV care. Moreover, they also serve as input for policy makers and implementers in these areas to prepare plans and strategies aimed at improving the health of women and children.

KEY WORDS:

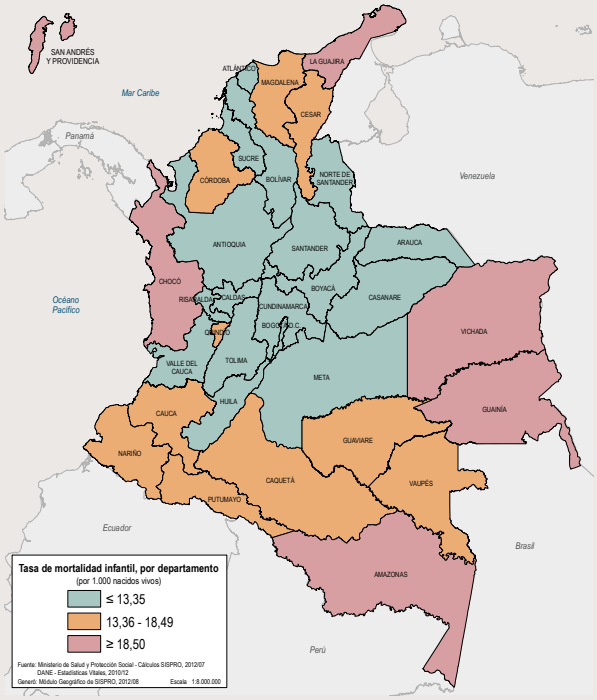
Maternal and child health, integrated care, prenatal care, early childhood, prevention of mother to child transmission HIV, prevention of congenital syphilis

Mapa 1. Razón de mortalidad materna 2010



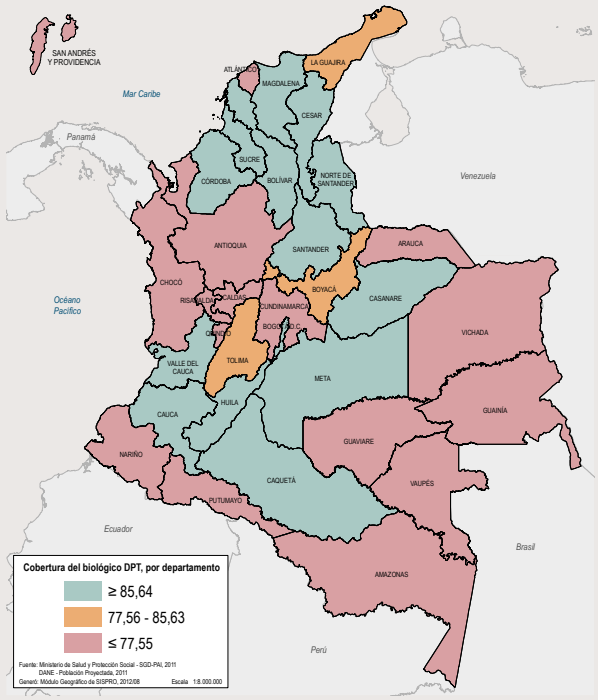
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2012

Mapa 1. Tasa de mortalidad Infantil 2010



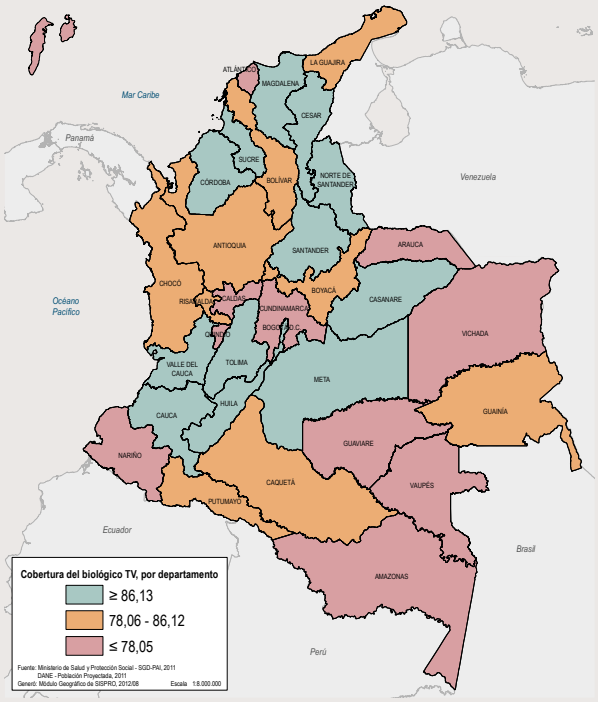
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2012

Mapa 3. Cobertura DPT 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2012

Mapa 4. Cobertura DPT 2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2012

INTRODUCCIÓN:

La salud materno infantil es una prioridad mundial e inaplazable para los países en desarrollo. En el año 2000, Colombia se comprometió dentro de los Objetivos del Milenio (ODM) a alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95% para DPT y triple viral y disminuir la tasa de mortalidad infantil (TMI) a menos de 14 muertes de menores de 1 año por mil nacidos vivos (ODM 4), a reducir su razón de mortalidad materna (RMM) a menos de 45 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (ODM 5) así como lograr una reducción de la transmisión materno infantil del VIH a menos de 2% (ODM 6). Aunque el CONPES 140/2011 ajustó algunas de las metas, la realidad es que los últimos datos disponibles del Ministerio de Salud y Protección Social (ver Mapas 1, 2, 3 y 4) indican que es difícil que se alcancen las metas esperadas para el 2015.

Dentro de los hallazgos preponderantes del presente compendio se pueden destacar:

- Uno de los aspectos más relevantes de los resultados presentados en el documento ha sido evidenciar las múltiples inequidades regionales, étnicas, socioeconómicas y entre los regímenes de afiliación al SGSSS. Tanto en el caso de la atención prenatal como en el de las intervenciones para prevenir la transmisión materno infantil del VIH y obtener cuidados para el manejo del VIH, se encontró que las personas que viven en las regiones de Amazonia y Pacífico, los grupos indígenas, las personas con menor escolaridad y menos ingresos, y las personas que no están afiliadas a ninguna administradora de planes de beneficios (no afiliadas), son las que tienen menos acceso a servicios, cuestión reflejada en que son quienes reciben menos intervenciones completas.

- El marco normativo colombiano en salud es amplio y suficiente en los temas de atención a la población materno infantil. El plan obligatorio de salud cobija los procedimientos e insumos que, de acuerdo con la evidencia, al ser utilizados correcta y oportunamente, pueden impactar en la reducción de la mortalidad materna e infantil y de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita; por tanto, en teoría, toda la población tendría acceso a los mismos. Se evidenció que las personas no están recibiendo los servicios a los que tienen derecho y que hay desconocimiento de competencias y responsabilidades personales e institucionales de procesos ligados a la atención materno infantil por parte de actores clave del sistema.

- A pesar de que el país debería tener cobertura universal de aseguramiento, una de cada seis mujeres registradas en la base de datos de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y una de cada siete mujeres de quienes se revisaron las historias clínicas de control prenatal no tenían afiliación al SGSSS. En este compendio se analiza la situación de población prioritaria para el aseguramiento —embarazadas y enfermedades de alto costo— y, dados los resultados obtenidos, esta

alta proporción de las mujeres no afiliadas tiene mayor posibilidad de recibir menos intervenciones y con menor oportunidad que las afiliadas a otros regímenes por lo cual tienen un mayor riesgo de presentar eventos adversos. Asimismo, se encontró que muchas instituciones no tienen claros los procedimientos para orientar y facilitar la afiliación de estas personas.

- La norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo (control prenatal), vigente en el país desde el año 2000 a través de la resolución 412 incluye todas las intervenciones de probada efectividad en el control prenatal y no está siendo implementada consistentemente. De un total de 2.651 historias clínicas seleccionadas de manera aleatoria en IPS —instituciones que a su vez fueron seleccionadas aleatoriamente en 138 municipios y 3 distritos de veinte departamentos del país— solo el 1,1% [0,7%, 1,6%] tuvo todas las intervenciones establecidas por dicha norma.

- La estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH tiene una eficacia probada en nuestro medio. El porcentaje de transmisión entre las niñas y niños que recibió las cinco intervenciones clave completas (tratamiento antirretroviral en la gestación, profilaxis antirretroviral intraparto, cesárea, profilaxis antirretroviral del recién nacido durante seis semanas y fórmula láctea exclusiva durante 6 meses) fue de 3% [intervalo de confianza de 95%, 1% a 4%], mientras que en quienes no recibieron ninguna de las intervenciones fue de 30% [IC 95, 16% a 43%]. A pesar de esta evidencia, en las 23 entidades territoriales donde se llevó a cabo este trabajo, solo el 66% [IC 95, 63% a 69%] de los binomios madre hijo recibieron estas cinco intervenciones completas.

- Al iniciar el proceso de búsqueda activa de niñas y niños expuestos al VIH, el 76% de las niñas y niños expuestos al virus carecía de información de seguimiento a nivel nacional. En tres fases sucesivas del proyecto que involucraron 20 departamentos y 3 distritos se ha logrado cambiar sustancialmente la situación. En total, se lograron cerrar 2.070 de los 2.456 casos sin información y que fueron objeto de las intervenciones (84%). Con esta experiencia se demostró que es posible cerrar la mayor parte de los casos aunque hay problemas con el flujo de la información en el sistema y, en general, carencia de estrategias institucionales para realizar el seguimiento sistemático de estos binomios madre hijo.

- Con las encuestas realizadas a las mujeres con VIH registradas en la estrategia que carecían de seguimiento se pudieron describir las principales causas que llevan a que ellas y sus hijas e hijos expuestos o infectados tengan problemas para recibir los cuidados que requieren para manejar su condición. Se estableció que esta población es altamente vulnerable en términos socioeconómicos y que es necesario cambiar el esquema actual de centralización de los servicios, ya que si las personas residen fuera de la capital departamental tienen que desplazarse a otros municipios para recibir la atención, lo que tiene claras implicaciones negativas para su acceso a los servicios.

- Las entrevistas a profundidad y las listas de chequeo que se aplicaron permitieron identificar barreras y facilitadores para la atención materno infantil, con énfasis en los servicios de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. El enfoque de este trabajo permitió abordar la problemática desde diferentes perspectivas: el de las usuarias de los servicios, el de las personas que prestan los servicios asistenciales y los tomadores de decisiones en administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicios, y

direcciones territoriales de salud. A través de este ejercicio cualitativo se evidenció nuevamente la situación de vulnerabilidad socioeconómica de las personas con VIH, el estigma y discriminación que persiste alrededor de esta infección, las barreras de acceso generadas por la ausencia de redes de servicios en las poblaciones rurales dispersas y en las más afectadas por el conflicto armado. Se evidenció la falta de capacidad resolutiva, de oportunidad, integralidad y continuidad de los servicios contemplados en los análisis, así como los excesivos trámites administrativos requeridos para acceder a los mismos. Como factores asociados se mencionaron reiterativamente problemas en la formación del talento humano, fraccionamiento de los servicios, deficiencias en la articulación y en el monitoreo y la evaluación de los programas a nivel institucional, interinstitucional y de las propias entidades territoriales, además de deficiencias en los procesos de inspección, vigilancia y control, y problemas financieros que tanta resonancia han tenido recientemente.

OBJETIVO

Difundir las alternativas de solución que se han construido en el marco de las acciones desarrolladas por esta alianza de socios estratégicos para mejorar la calidad de la atención materno infantil, de tal manera que sirvan a los formuladores de políticas y ejecutores de programas en las áreas mencionadas para preparar planes y estrategias dirigidos a mejorar la salud de las mujeres y los niños.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

En los artículos precedentes se describió el desempeño de diferentes actores del sistema de salud con respecto a los programas y servicios de salud materno infantil y de atención integral al VIH analizados, así como las barreras y facilitadores de acceso a los mismos. Es de anotar que dicha información se constituye parte de las soluciones, dado que la identificación y cuantificación de la problemática es uno de los primeros pasos que hay que dar para delinear estrategias que permitan mejorar las situaciones descritas. Esos documentos constituyen un insumo relevante para que los actores del sistema analicen los problemas que les competen y determinen los pasos a seguir para solucionarlos. Durante los procesos de investigación y de búsqueda activa de mujeres con VIH y sus niñas y niños expuestos al virus se han realizado acciones de capacitación y asistencia técnica dirigidas a cerca de dos mil personas que trabajan en DTS, EAPB e IPS de los territorios abarcados por el estudio. De igual manera, se ha hecho acompañamiento a cientos de instituciones en los 305 municipios, 5 corregimientos departamentales, 3 distritos y 20 departamentos del país en donde se ha implementado el trabajo referido en esta publicación, contribuyendo así al fortalecimiento de las capacidades locales para la adecuada implementación de estos programas. Estos procesos de asistencia técnica han contribuido al mejoramiento

del desempeño de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y, de acuerdo con la evidencia, ha mejorado la cobertura y la oportunidad de intervenciones clave, el seguimiento de los binomios madre hijo y la notificación de los casos que deben ser reportados.

Las alternativas de solución incluidas aquí son un aporte para contrarrestar algunas de las dificultades presentadas en el documento. Son propuestas que se pueden aplicar fácilmente desde el sector salud, algunas de ellas han sido probadas y han mostrado efectos positivos en municipios con indicadores de salud materno infantil muy deficientes. Es claro que muchos de los problemas señalados son multicausales, algunos de ellos estructurales y su solución requiere de intervenciones coordinadas entre múltiples sectores e instituciones para que la raíz de los mismos se pueda modificar. Para ello se requiere la voluntad política y la capacidad de liderazgo desde el sector salud, aspecto que se favorece con las disposiciones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública [1], que exigen el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud a nivel territorial. Si el país quiere alcanzar las metas establecidas para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y mejorar el bienestar de la población, es fundamental mejorar la calidad de los servicios de salud y corregir las grandes inequidades señaladas en este documento.

Las siguientes páginas se dedicarán a presentar el resumen de cinco de las alternativas de solución que han generado el Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF, UNFPA, OIM y Sinergias, para abordar parte de la problemática descrita, a saber:

1. ESTRATEGIA PARA EL MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL, PERINATAL E INFANTIL EN MUNICIPIOS VULNERABLES

2. CAJA DE HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

3. NORMOGRAMA DE COMPETENCIAS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA POR TIPO DE ACTOR DEL SGSSS

4. FLUJOGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE Y SU HIJA O HIJO EXPUESTO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA, CON ÉNFASIS EN LOS PROCESOS DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

5. HERRAMIENTAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA FORTALECER LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN COLOMBIA.

1. ESTRATEGIA PARA EL MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MATERNO INFANTIL EN LOS PRIMEROS MIL DÍAS

Con la finalidad de lograr que las mujeres y las niñas y niños reciban atención integral y de calidad en los servicios de atención prenatal, parto, puerperio y crecimiento y desarrollo durante los primeros dos años de vida, favorecer el goce de derechos de la población materno infantil y disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, UNICEF y Sinergias desarrollaron el proyecto de mejoramiento de la calidad de la atención en los primeros mil días de vida, en armonía con la estrategia nacional "De cero a siempre". El proyecto contó con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y desde Junio de 2013 con apoyo financiero de la Agencia Presidencial de Cooperación.

Este proyecto tiene como objetivo mejorar, desde una perspectiva sistémica, la capacidad de respuesta técnica, funcional y organizativa de prestadores de servicios, administradores de planes de beneficios y direcciones de salud departamentales y municipales, mediante la asistencia técnica en la elaboración y ejecución de los planes de mejoramiento de la calidad para los servicios de control prenatal, atención del parto, puerperio, y cuidado de las niñas y niños en sus primeros dos años de vida.

Con esta intervención se pretende contribuir con los siguientes aspectos: 1) fortalecer las capacidades técnicas locales tanto en aspectos clínicos como de gestión; 2) mejorar la comunicación e interacción entre actores del sistema a nivel municipal y departamental; 3) mejorar las capacidades de realizar monitoreo y evaluación por parte de los actores del sistema frente a sus competencias en salud materno infantil; 4) mejorar el cumplimiento de los protocolos y guías técnicas de atención prenatal, parto, recién nacido y crecimiento y desarrollo; y 5) impactar en la morbimortalidad materno infantil, específicamente en los ODM 4, 5 y 6.

La implementación de esta propuesta inició en septiembre de 2012 en diez municipios de Bolívar, Cauca, Córdoba y La Guajira (Mapa 5), y a partir de Julio de 2013 se implementa en cuatro municipios adicionales de los departamentos de Chocó y Putumayo (Mapa 6). En los siguientes mapas se presentan los municipios seleccionados que, a su vez, hacen parte de las entidades territoriales priorizadas por UNICEF en su plan de cooperación con el país. Esta priorización se hizo con base en la evaluación de siete indicadores sobre la situación de niñas, niños y adolescentes, y cinco indicadores de contexto.

Mapa 5. Municipios de implementación del proyecto, septiembre de 2012

Mapa 6. Municipios de implementación del proyecto, julio de 2013

Fuente: elaboración propia.

El proyecto está planteado para un periodo de 36 meses por cada entidad territorial, dentro del cual se construyen dos fases de trabajo, cada una de 18 meses de duración.

LA FASE I O FASE MUNICIPAL- inicia con la autoevaluación conjunta de la situación de la atención materno infantil en el municipio y la construcción de un plan de mejoramiento municipal que involucra a todos los actores (organismos de control, empresas aseguradoras y prestadores de servicios) en el desarrollo de acciones claras, medibles y limitadas en el tiempo. Se incorporan también procesos institucionales, incluyendo la revisión y ajuste de las competencias del personal, modelos y redes de atención, procesos de monitoreo y evaluación, y la toma de decisiones territoriales. El trabajo continúa con procesos periódicos de capacitación a los equipos de salud en los temas de atención a gestantes, niñas y niños, y al personal administrativo en temas de mejoramiento continuo de la calidad. De forma paralela se realiza periódicamente la evaluación de indicadores a través de la revisión de historias clínicas, encuestas de satisfacción y seguimientos a los planes de mejoramiento.

LA FASE II O FASE DEPARTAMENTAL- se enfoca en el acompañamiento y fortalecimiento de capacidades de los actores del nivel departamental para que puedan liderar, de manera escalonada, el proceso de mejoramiento en otros municipios del departamento, con el fin de consolidar una alta calidad de atención a gestantes, niñas y niños. Es prioridad para el proyecto que las entidades territoriales se apropien del modelo de mejoramiento de manera que este continúe indistintamente de los cambios organizacionales o políticos que se presenten.

EL PROYECTO PRESENTA VARIOS ELEMENTOS INNOVADORES QUE HAN SIDO CLAVES PARA OBTENER RESULTADOS POSITIVOS:

1. **ENFOQUE SISTÉMICO BASADO EN NECESIDADES SENTIDAS:** se parte de reconocer que todos los actores del SGSSS responsables de la atención de gestantes, niñas y niños son un sistema único que se agrupa en torno a un fin: el bienestar del binomio madre hijo. Este planteamiento busca superar las acusaciones mutuas y la falta de apropiación del tema. Una vez reunidos durante la primera visita se trabaja en construir el estado actual del municipio en cuanto a la salud materno infantil basándose en una autoevaluación fundada en el análisis de estándares derivados del sistema único de acreditación, habilitación y las normas técnicas de la Resolución 412 del año 2000 para la atención materno infantil. Una vez hecha esta autoevaluación, se establecen prioridades y se construye un plan de mejoramiento en el cual todos los actores participan y son responsables de una o varias acciones de mejora.

EL PROYECTO PRESENTA VARIOS ELEMENTOS INNOVADORES QUE HAN SIDO CLAVES PARA OBTENER RESULTADOS POSITIVOS:

2. **ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE EN TERRENO Y ASISTENCIA TÉCNICA PERMANENTE CON ENCUENTROS REGULARES:** Una de las dificultades que se han observado en los municipios es lograr que los responsables de la atención del binomio madre hijo trabajen juntos. Es por ello que el proyecto contempla una persona (enfermera/o) con experiencia de trabajo en el municipio, la cual acompaña permanentemente la implementación de las acciones de mejora y funciona como vínculo de comunicación entre actores facilitándoles información técnica, explicaciones y apoyo cuando se presenta alguna dificultad. El personal de enfermería está a su vez apoyado por el equipo multidisciplinario de Sinergias constituido por los siguientes profesionales: ginecóloga, experto en calidad, salubrista público, y enfermera con especialidad en salud sexual y reproductiva. Este equipo está atento a las necesidades técnicas pero también a las dificultades operativas y de comunicación que se puedan presentar. De manera conjunta se desplaza bimensualmente durante los 6 primeros meses a cada uno de los municipios y luego trimestralmente durante el año siguiente. En la primera visita se construye la autoevaluación y el plan de mejora, y en la segunda y tercera se brindan procesos de capacitación. Reforzando el concepto de responsabilidad de todos y todas las capacitaciones se brindan hacia los equipos de salud en los temas de control prenatal, parto, puerperio, adaptación y reanimación neonatal, y consulta de crecimiento y desarrollo mientras que el personal administrativo se forma en los procesos de mejoramiento continuo y en evaluación de procesos con enfoque de riesgo, análisis causal y toma de decisiones.

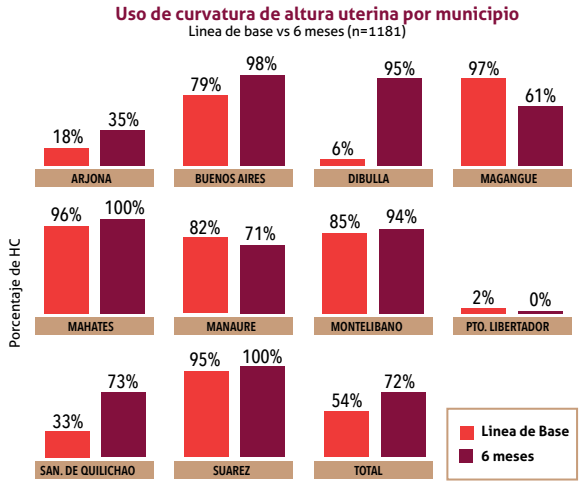
3. **RETROALIMENTACIÓN PERIÓDICA DE LOS HALLAZGOS COMO INSUMO PARA LOS AJUSTES EN TERRENO:** el proyecto establece encuentros de seguimiento mensual o bimensual del plan de mejoramiento en el cual los diferentes actores evalúan los avances y dificultades que se han presentado, y proponen alternativas de ajuste de manera que se puedan realizar las acciones que se habían establecido conjuntamente. Por otro lado, de forma periódica se realiza una evaluación de la calidad de la atención materno infantil utilizando los siguientes instrumentos:

    - Revisión de historias clínicas de control prenatal, atención de parto y consulta de crecimiento y desarrollo, seleccionando aleatoriamente una muestra representativa del número de consultas de cada uno de esos programas ocurridas el mes inmediatamente anterior.
    - Encuestas de satisfacción a gestantes, puérperas y cuidadores de niñas y niños de dos años o menos que asisten a las consultas respectivas, evaluando su percepción de la calidad de la atención.
    - Lista de chequeo en las IPS que realizan consulta prenatal, atención de parto y consultas de crecimiento y desarrollo, evaluando si cuentan con los equipos e insumos mínimos necesarios para la prestación de tales servicios.

La información recolectada en estos instrumentos es analizada y socializada a los actores y, en las visitas técnicas, se presenta en reunión y se analiza en conjunto.

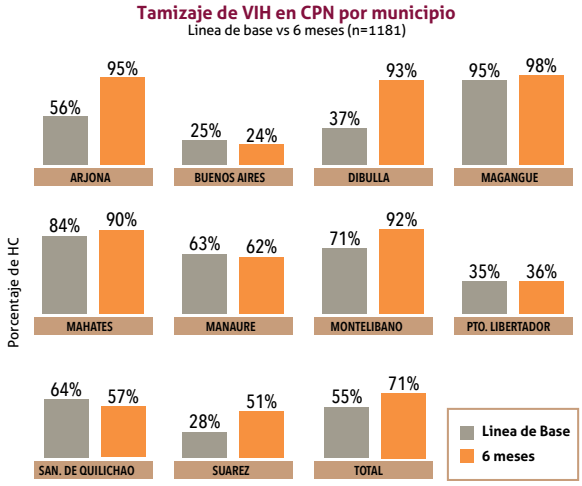
En las siguientes Figuras (ver Figuras 1 a 8) se da cuenta de los resultados obtenidos en el seguimiento de algunos indicadores trazadores del proyecto por municipio a través de la revisión de historias clínicas. Todas las gráficas muestran la comparación de los indicadores obtenidos como línea de base al iniciar el proyecto (n=584) con la medición que se realizó a los seis meses de implementación del mismo (n=598). Estos indicadores fueron seleccionados por su demostrada efectividad en la prevención de condiciones que pueden afectar la morbilidad y la mortalidad materno infantil, y por estar incluidos en la normatividad y los planes de beneficios como parte de las acciones de obligatorio cumplimiento. Las primeras seis figuras hacen referencia a intervenciones del control prenatal y las dos siguientes a acciones que deben ocurrir durante la atención del parto. Se observan diferencias significativas ($p<0.001$) entre las dos mediciones que se comparan, lo cual da cuenta de la mejora consistente en el desempeño global y de la mayoría de los municipios después de seis meses de implementación del proyecto.

Figura 1. Uso de la curva de altura uterina por municipio



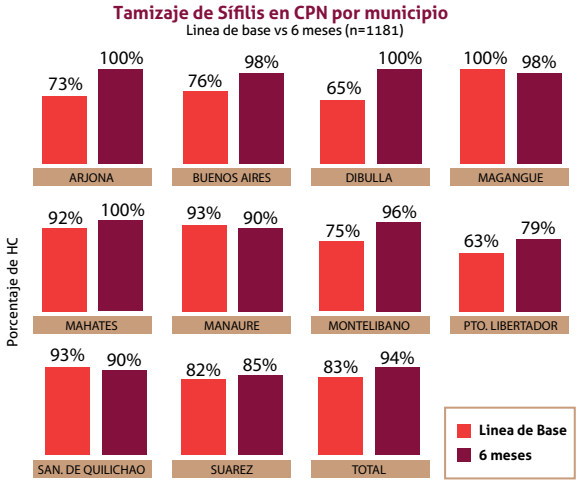
Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Tamizaje de VIH en CPN por municipio



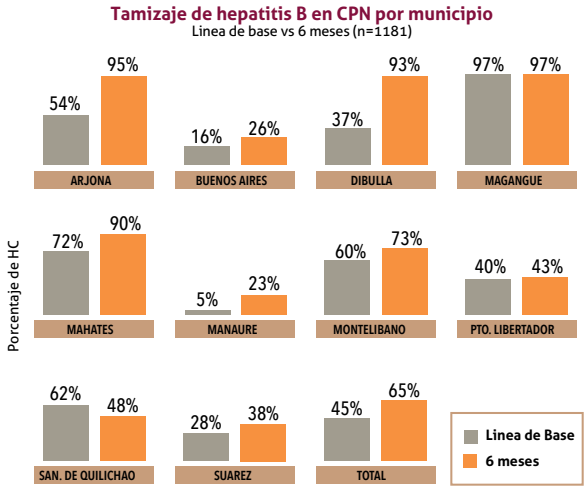
Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Tamizaje de sífilis en CPN por municipio



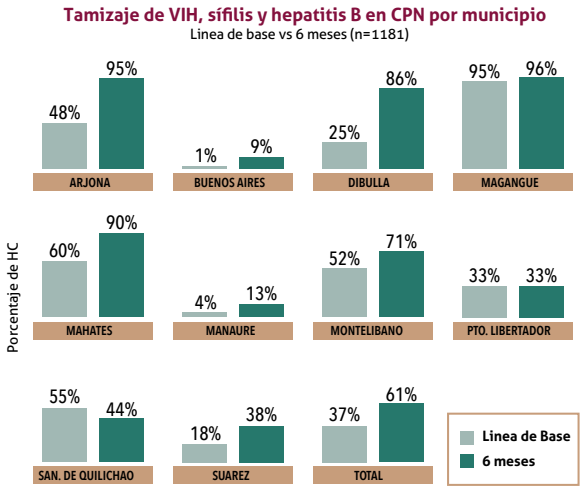
Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Tamizaje de hepatitis B en CPN por municipio



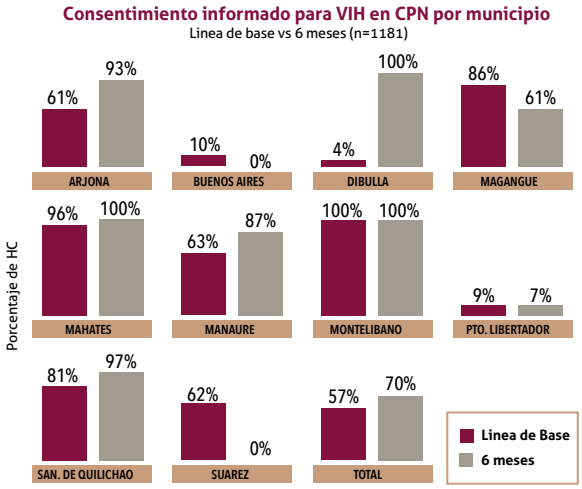
Fuente: elaboración propia.

Figura 5. Tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B en CPN por municipio



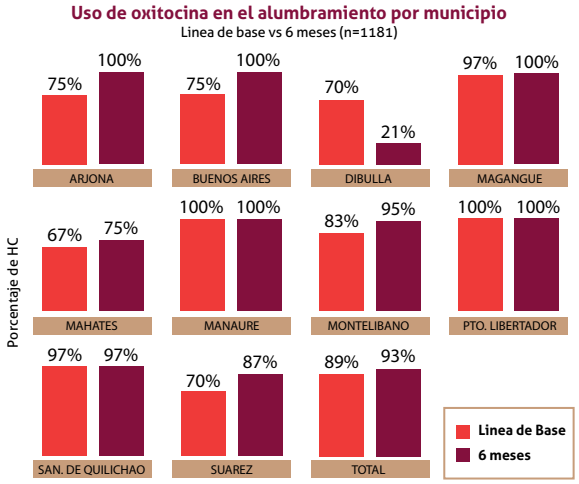
Fuente: elaboración propia.

Figura 6. Consentimiento informado para VIH en CPN por municipio



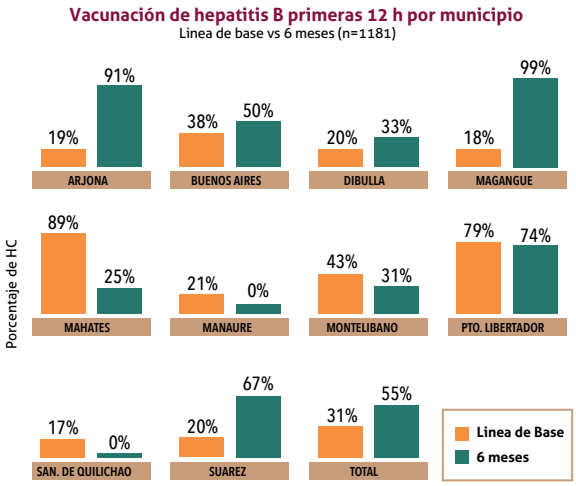
Fuente: elaboración propia.

Figura 7. Uso de oxitocina en el alumbramiento por municipio



Fuente: elaboración propia.

Figura 8. Vacunación de Hepatitis B primeras 12h por municipio



Fuente: elaboración propia.

Es claro que aún queda mucho por mejorar, pero se demuestra que es posible lograr cambios positivos en corto tiempo, involucrando a todos los actores clave y sin la necesidad de hacer grandes inversiones.

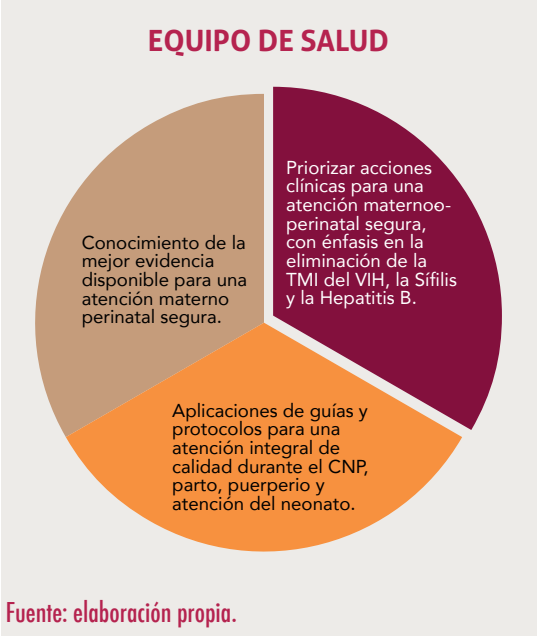
Aunque ha sido satisfactorio encontrar que en un corto tiempo se han mejorado varios indicadores de la calidad de atención, es claro que este proceso necesita continuidad, no solo manteniendo el esfuerzo en los municipios que ya están en el proceso de mejoramiento sino logrando que esta actitud y compromiso de cambio hacia la mejoría se expanda hacia otros municipios de los departamentos en los que ya se trabaja, y hacia otros departamentos con altas cifras de morbimortalidad materna e infantil. Un esfuerzo franco y continuado en el tiempo es necesario para encaminar a estas regiones hacia el logro de las metas de los ODM.

2. CAJA DE HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL: "GUÍA DE ATENCIÓN PRENATAL INTEGRAL"

Se desarrolló una ***Guía de atención prenatal integral*** a modo de caja de herramientas con el propósito de ofrecer elementos técnicos y normativos para que las personas interesadas puedan acceder a la información necesaria para realizar una atención integral y de calidad de la gestante y el recién nacido, con contenido fácil de navegar e implementar, basado en la evidencia científica disponible en este campo [2,3,4]

La caja de herramientas tiene como objetivos principales apoyar a los actores del sistema de salud para ofrecer un control prenatal integral y de calidad, y fortalecer la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita, así como la prevención de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.

Figura 9. Temática de la caja de herramientas para equipo de salud



Fuente: elaboración propia.

Su construcción tuvo en cuenta tres elementos: 1) La norma técnica vigente para la detección temprana de alteraciones del embarazo formulada en la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud y Protección Social [5]; 2) la estrat gia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social [6]; y 3) las recomendaciones actuales de atención prenatal basadas en la evidencia. Reconociendo la importancia de la evidencia en la práctica médica, se analizaron diferentes guías nacionales e internacionales de control prenatal utilizando la estrategia AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) [7] de manera que se pudieran evaluar de forma sistemática los beneficios, riesgos y costos de las recomendaciones propuestos en las diferentes guías de práctica clínica seleccionadas.

El formato utilizado parte de un texto base que permite al lector el acceso práctico y ágil a la información, de manera que se optimice su tiempo de lectura. Para aquellas personas que desean profundizar el conocimiento, el texto base ofrece un vínculo iconográfico a archivos en formato PDF y páginas de internet de libre acceso con datos actualizados o con material que sustenta el paso del control prenatal especificado en el texto base. La información de la

Guía de atención prenatal integral está dirigida principalmente a cuatro tipos de lectores y se organizó priorizando para cada uno de ellos los temas que se identificaron como prioridad de acuerdo con los hallazgos que arrojaron las investigaciones incluidas en este compendio, las cuales se destacan en las siguientes figuras:

- **EQUIPO DE SALUD** encargado directamente de la atención prenatal en los diferentes niveles de atención de salud, especialmente médicas/os y enfermeras/os que realizan el control prenatal y estudiantes de estas disciplinas (Figura 9). Para este público la herramienta brinda información que proviene de guías y protocolos basados en la mejor evidencia disponible para la evaluación prenatal integral de las gestantes con embarazo de bajo riesgo, ofrece información para identificar las situaciones de alto riesgo que obligan al prestador a remitir a esta gestante a un nivel de atención de mayor complejidad, así como para el abordaje de mujeres con VIH. El tema priorizado para este lector es la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH y de la sífilis congénita, así como la reducción de la transmisión vertical de la Hepatitis B. Aquí encontrará material listo para imprimir, escrito en un lenguaje sencillo y con ayudas visuales de manera que la información llegue a todas las mujeres, incluyendo aquellas con baja o ninguna escolaridad.

- **DIRECTIVAS** de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que ofrecen atención en salud sexual y reproductiva, incluyendo la consulta de control prenatal (Figura 10). Ofrece información sobre la adecuación de los servicios de atención materno perinatal de manera que, además de cumplir con los requisitos de calidad en la IPS, se logren los estándares superiores de calidad mediante el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). El tema priorizado es el monitoreo, evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención.

- **TOMADORES DE DECISIONES** en entidades administradoras de beneficios (EAPB) y en direcciones departamentales y distritales de salud (DTS), responsables de las medidas en salud pública que puedan afectar la atención prenatal, del parto, del puerperio y primeros cuidados del neonato (Figura 11). Ofrece información sobre monitoreo de la atención materna y perinatal en la red de servicios de las entidades administradoras de planes de beneficios, de manera que se realice

Figura 10. Temática de la caja de herramientas para directivos de IPS

Fuente: elaboración propia.

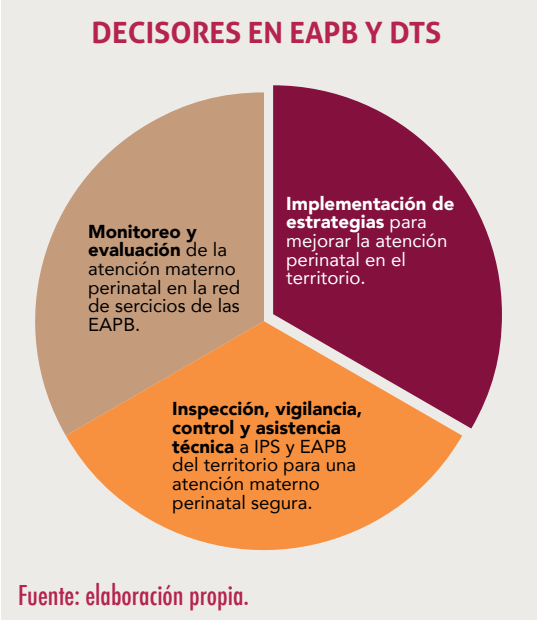
inspección, vigilancia, control y asistencia técnica a las IPS y EAPB del territorio con el fin de lograr una atención integral y segura de la gestación, parto y puerperio. El tema priorizado es la implementación de estrategias para mejorar la atención materno perinatal del territorio.

- **GESTANTES** que acuden a los servicios de salud de diferentes niveles de complejidad para recibir los cuidados de salud pertinentes durante el embarazo, el parto y el puerperio (Figura 12). Contiene información sobre el control prenatal de manera que entienda su utilidad, fundamentos y los procedimientos que incluye. Asimismo, información sobre los cambios esperados en el embarazo y reflexiones que permitan abordar el significado que esa gestación tiene para la mujer como para el sistema familiar. El tema priorizado es la apropiación de los derechos y deberes de manera que la gestante pueda ejercer y exigir una atención integral y de calidad para ella y su hijo o hija. Contiene modelos de tutela para contrarrestar por vía judicial las principales barreras encontradas para acceder a los servicios contenidos en la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

Toda la información que se ofrece a cada uno de los actores del proceso de atención al binomio madre hijo está enmarcada en la normativa nacional y los convenios internacionales que vinculan al país, y tiene un enlace en donde se puede encontrar un compendio del marco normativo para la salud sexual y reproductiva en el país. En el enlace **http://www.sinergias.org/cajadeherramientas/prenatal** se puede descargar la caja de herramientas.

Con esta caja de herramientas se pretende facilitar el acceso a información útil, organizada y de calidad contrarrestando los problemas relacionados con: 1) vacíos en la calidad de la formación del recurso humano, especialmente en lo referente a la adherencia a guías y protocolos

Figura 11. Temática de la caja de herramientas para decisores en EAPB y DTS



Fuente: elaboración propia.

Figura 12. Temática de la caja de herramientas para gestante y su familia

Fuente: elaboración propia.

de atención prenatal, y de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita; 2) dar información útil a directivas de DTS, EAPB e IPS para mejorar la calidad de la atención materno infantil; y 3) aportar elementos para enfrentar desde el punto de vista jurídico/normativo las principales barreras identificadas en los trabajos de investigación presentados en los artículos precedentes.

Además de lo anterior se han construido otros dos componentes de la caja de herramientas: uno ofrece información actualizada con respecto a la atención del parto y otro al manejo del recién nacido y el menor de 2 años, con énfasis en el minuto de oro, el programa de crecimiento y desarrollo, y el programa ampliado de inmunizaciones en el marco de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). En los siguientes enlaces se pueden descargar estos segmentos de la caja de herramientas:

Atención del parto: http://www.sinergias.org/cajadeherramientas/mil dias/

Manejo del recién nacido y el menor de 2 años: http://www.sinergias.org/cajadeherramientas/prenatal/

3. NORMOGRAMA DE COMPETENCIAS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA POR TIPO DE ACTOR DEL SGSSS

Con el fin de identificar las competencias específicas que de acuerdo con la legislación y las normas nacionales se establecen para las DTS, EAPB e IPS en la temática relacionada con la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, el Ministerio de Salud y la Protección Social, OIM, Sinergias y Consultorías y Auditorías Integrales (Consaudit) desarrollaron un normograma de competencias para cada uno de esos actores del sistema. Estos normogramas sirvieron de base para la elaboración de los instrumentos de inspección, vigilancia y control, y de los flujogramas para facilitar los procesos de aseguramiento y atención de las gestantes que se presentan más adelante.

Para su elaboración se partió de la identificación de las normas y documentos técnicos vigentes sobre la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en relación con las competencias de operación de las IPS, EAPB y DTS presentes en múltiples fuentes de información. Para la búsqueda, estudio y organización de las normas vigentes se realizó una exploración de la legislación, inicialmente con enfoque en la atención materna y el recién nacido, y posteriormente clasificada de acuerdo con su relación con los temas de VIH y sífilis. Las competencias identificadas se organizaron para dimensionar el quehacer de cada organización en sus ciclos de operación institucional: para la atención en salud en las IPS, el aseguramiento en salud y la gestión del SGSSS en el nivel territorial para las DTS y la gestión integral de riesgos para las EAPB. Para dicha organización se tuvo en cuenta el enfoque del sistema único de acreditación que propone un ordenamiento lógico de los procesos organizacionales para cada una de estas entidades.

En las tres tablas siguientes se presentan los criterios relacionados con el ciclo lógico de operación para las IPS, EAPB y DTS que se usaron para clasificar las normas incluidas en los normogramas.

Tabla 1.
Clasificación del criterio de acuerdo con el proceso definido como competencias organizacionales para IPS por el Sistema Único de Acreditación

Procesos	Criterios
Atención al cliente asistencial	Derechos de los pacientes
	Seguridad del paciente
	Acceso del paciente
	Registro e ingreso
	Evaluación de necesidades al ingreso
	Planeación de la atención
	Ejecución del tratamiento
	Salida y seguimiento
	Referencia y contrarreferencia
	Sedes integradas en red
Apoyo administrativo-gerencial a los procesos asistenciales	Direccionamiento
	Gerencia
	Gerencia talento humano
	Gerencia de la información
	Ambiente físico
	Gestión de la tecnología
Mejoramiento continuo de la calidad	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2.
Clasificación del criterio de acuerdo con el proceso definido como competencias organizacionales para EAPB por el sistema único de acreditación

Procesos	Criterios
Afiliación y activación de derechos	Derechos de los pacientes
	Seguridad del paciente
	Acceso del paciente
Planeación de la atención	
Red de servicios	
Contacto con prestadores	Solicitud de servicios y validación de derechos
	Monitorización del contacto del usuario con los prestadores
	Auditoria
	Integralidad y continuidad de la atención
	Acciones permanentes en el tiempo
Funciones de apoyo	Direccionamiento
	Gerencia
	Gerencia del recurso humano
	Gerencia de sistemas de información
	Gerencia de ambiente físico
Mejoramiento continuo de la calidad	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Clasificación del criterio de acuerdo con el proceso definido como competencias organizacionales para DTS por el sistema único de acreditación

PROCESOS	Criterios	
Función Política	Direccionamiento del sistema de salud	
	Gerencia del sistema de salud	
	Control al sistema	
	Fortalecimiento del sistema	
	Rendición de cuentas	
	Control de la oferta de servicios y de la tecnología	
Acciones de atención en salud a las personas, la población y el medio ambiente	Gestión del acceso de la prestación de los servicios de salud	Promoción de afiliación al sistema
		Identificación y análisis de la información de afiliación, y estado de la salud de la población en jurisdicción
		Gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en su nivel de competencia
		Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud
		Administración de operadores de subsidio
		Vigilancia y control sobre la atención en salud
	Salud pública	Caracterización de las condiciones de salud para la implementación de las acciones colectivas de salud pública
		Gerencia de las acciones de programas de promoción de la salud, calidad de vida y prevención de riesgos y daños en salud
Gestión de recursos financieros		
Función de inteligencia	Gestión de la información	
Funciones de apoyo a la dirección del sistema	Recursos humanos	
	Gerencia del ambiente físico	
Mejoramiento continuo de la calidad		

Fuente: elaboración propia.

La normatividad revisada se organizó en orden jerárquico: Constitución, ley, decreto, resolución, acuerdo y circular, finalizando con los documentos de referencia no legislativa.

Esta revisión de la normatividad actual aclara las responsabilidades que tiene cada uno de los actores del sistema con respecto a la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, permite identificar la instancia a la que se debe acudir para superar los obstáculos más frecuentes para acceder a los servicios y al aseguramiento, evaluar la gestión de cada actor y facilitar el trabajo conjunto de los mismos. Los normogramas por actor se pueden encontrar en el siguiente vínculo: **http://www.sinergias.org/cajadeherramientas/ivc/**

4. FLUJOGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE Y SU HIJA O HIJO EXPUESTO AL VIH CON ÉNFASIS EN LOS PROCESOS DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las direcciones territoriales de salud, entidades administradoras de planes de beneficios e instituciones prestadoras de servicios de salud deben articularse con el fin de garantizar el acceso en condiciones de calidad de todas y cada una de las actividades, procesos e intervenciones que se encuentran incluidos en el POS, independientemente del tipo de afectación en salud de la población, con énfasis especial en las condiciones de interés en salud pública, como son las relacionadas con la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

Para orientar esta articulación se elaboraron flujogramas a partir de los normogramas para cada uno de los actores con el fin de definir el proceso y las actividades desarrolladas por cada actor con respecto a la atención y el aseguramiento. También se desarrolló un flujograma que consolida el ciclo de atención desde la perspectiva de los procesos de aseguramiento y atención integrando los procesos, procedimientos y acciones de todos los actores. Dado que los flujogramas son una representación gráfica, facilitan la comprensión de los procesos, actores y actividades a realizar por cada uno de ellos; su aplicación permitiría solucionar muchas de las barreras de acceso identificadas en artículos precedentes ya que facilitan la evaluación de la intervención de cada uno de los actores y su influencia en el ciclo de atención de la gestante y su hija o hijo. El uso de los flujogramas contribuye a identificar posibles falencias y/o fortalezas en el desarrollo de la gestión en la atención. Así mismo:

- Muestran de manera global la composición del proceso o procedimiento por lo que favorecen su comprensión al mostrarlo como un dibujo, reemplazando varias páginas de texto.
- Permiten identificar cuellos de botella o posibles duplicidades que se presentan durante el desarrollo de los procedimientos, así como las responsabilidades de cada uno de los actores, los puntos de decisión y los planes de mejoramiento que se deben aplicar.
- Facilitan el análisis de los procedimientos, mostrando gráficamente quién proporciona insumos o recursos y a quién van dirigidos.
- Sirven como herramienta de capacitación y de apoyo para garantizar la adecuada valoración de los criterios a evaluar, toda vez que presenta una conexión directa con el normograma y los criterios determinados para realizar el proceso de evaluación.
- Están disponibles para ser analizados por quienes lo van a utilizar como herramienta de evaluación, por quienes lo llevan a cabo y en general por todas las partes interesadas.

Cada uno de los flujogramas dispone de un instructivo. Se agregaron hipervínculos para dar cuenta de las interrelaciones entre los flujogramas para DTS, EAPB e IPS con el fin de identificar la interacción entre los tres actores. Los flujogramas cuentan con hipervínculos al normograma que contiene la normatividad relacionada para cada uno de los actores teniendo en cuenta sus funciones y competencias dentro del SGSSS y los componentes del Sistemas Obligatorio de Garantía de la Calidad para contar con datos de soporte de criterios, fuentes de evaluación, recomendaciones, entre otros. De igual manera, tienen puntos de control con criterios de evaluación a tener en cuenta en cada uno de los procesos, procedimientos y actividades del ciclo de atención.

A continuación, a modo de ejemplo, se presenta el detalle de las actividades descritas en el flujograma de las instituciones prestadoras de servicios de salud (ver Tabla 4).

Tabla 4. Actividades incluidas en el flujograma de las instituciones prestadoras de servicios

1	Planeación de la atención, garantizando contar con los recursos físicos, administrativos, humanos y científicos que permitan brindar una atención integral a los usuarios dentro del ciclo de atención.
2	Asignación de citas solicitadas por cada uno de los usuarios de acuerdo a los requerimientos en salud y las ordenes médicas generadas por los profesionales de salud, igualmente brindar toda la información de derechos y deberes.
3	Registro e ingreso, apertura y diligenciamiento de historia clínica, solicitud de prueba de embarazo, si es positiva, realizar asesoría para prueba voluntaria de VIH y sífilis a la gestantes, solicitud de paraclínicos de control y consentimiento o disentimiento informado, entrega de información frente al proceso de la gestación y los controles prenatales.
4	Toma de paraclínicos de control (sífilis y VIH) garantizando la toma, procesamiento y entrega de resultados de forma oportuna y prioritaria según el caso.
5	Asesoría post laboratorios para VIH y educación en sífilis al momento de la entrega de los resultados, registrar en la historia clínica de la gestante los resultados de los laboratorios y el tratamiento a continuar de acuerdo con sus necesidades y particularidades.
6	Controles prenatales, prescripción y aplicación del tratamiento (VIH, sífilis) a través de profesionales de salud idóneos y aplicando el tratamiento según las guías clínicas para el manejo adecuado de dichas patologías. De acuerdo a las actividades a realizar dentro del tratamiento la gestante deberá firmar el consentimiento informado o su disentimiento.
7	Generación de orden para la atención del parto brindando todos los cuidados necesarios y la atención integral a la madre y a la niña o niño de acuerdo con las guías de manejo clínico que se deben aplicar, se firma consentimiento informado para la atención del parto y tratamiento a la madre y su hija o hijo.
8	Prescripción y aplicación del tratamiento a la madre y al recién nacido garantizando la continuidad y seguimiento del mismo por parte de los profesionales de salud, firma de consentimiento informado para aplicación de tratamiento.
9	Salida y seguimiento de controles postparto para garantizar que las usuarias continúen con el tratamiento y la atención requerida según las órdenes médicas.

Fuente: elaboración propia.

En el vínculo **http://www.sinergias.org/cajadeherramientas/ivc/** están disponibles los flujogramas y el proceso metodológico empleado para desarrollarlos.

5. HERRAMIENTAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA FORTALECER LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN COLOMBIA

Uno de los hallazgos que surgió reiteradamente en las entrevistas realizadas con directivas de DTS, EAPB e IPS, representantes de la sociedad civil y prestadores de servicios de salud cuyos resultados se presentan en el artículo tres, ha sido el papel secundario de los procesos de inspección, vigilancia y control (IVC), y el desempeño deficiente de las instituciones responsables de ejercer estas funciones en muchos de los procesos de salud. Con la construcción de las *Herramientas de inspección, vigilancia y control para fortalecer la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en Colombia* se ofrecen instrumentos para que las instituciones responsables puedan ejercer estas funciones de acuerdo con criterios técnicos y parámetros de evaluación claros y objetivos. De la misma manera, sirven para que las instituciones interesadas en aplicarlas a manera de autodiagnóstico y seguimiento conozcan y mejoren su desempeño en torno a la salud materno infantil, especialmente en lo referente a la estrategia mencionada.

Las funciones de inspección, vigilancia y control están en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud según el mandato contenido en la Ley 1122 del 9 de enero de 2007 que creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los conceptos de IVC fueron definidos en dicha norma de la siguiente manera:

- **INSPECCIÓN:** es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del SGSSS.

- **VIGILANCIA:** consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de esta entidad cumplan con las normas que regulan el SGSSS para el desarrollo de este.

- **CONTROL:** consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar correctivos tendientes a la superación de la situación crítica irregular de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

El ejercicio de estas tres actividades se desarrolla por medio de la evaluación de las competencias de tipo legal que deben ejecutar los diversos actores del sistema en cumplimento de sus funciones o competencias organizacionales. Estas acciones se pueden desarrollar de manera preventiva, para que las

instituciones identifiquen y mejoren su problemática, o de manera punitiva cuando se ha dado la oportunidad de mejorar y no se han tomado los correctivos pertinentes. La Superintendencia Nacional de Salud ejerce sus funciones de IVC sobre las actividades de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de salud y atención en salud pública, atención al usuario, participación social, información y focalización a cargo de los organismos sujetos de su vigilancia. Los organismos vigilados son el Fondo de Solidaridad y Garantía, las EAPB del régimen subsidiado y contributivo, empresas de medicina prepagada, los regímenes especiales y de excepción establecidos en la Ley 100 de 1993, las DTS e IPS, dadas sus facultades preferentes sobre las demás instituciones, y entidades con competencias de inspección, vigilancia y control en el SGSSS (Ley 1122 de 2007, artículo 37).

Para cada uno de los actores del sistema se elaboró un documento a manera de manual que tiene como objetivo informar, orientar y ofrecer elementos prácticos a los evaluadores para que ejecuten de manera adecuada las actividades de inspección, vigilancia y control sobre el respectivo actor en los aspectos relacionados con el desempeño de sus competencias frente a la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis de acuerdo con unos criterios de evaluación construidos al tenor de las normas que le son aplicables en la materia.

Cada manual comprende una primera parte con los requisitos básicos y las recomendaciones generales para la evaluación y una segunda parte que incluye los instrumentos para llevar a cabo la evaluación y calificación de las instituciones. Los instrumentos técnicos y herramientas que se desarrollaron fueron elaboradas mediante la ejecución de cuatro fases:

1. **ELABORACIÓN DE LOS NORMOGRAMAS** de competencias de los actores vigilados en relación con la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y de la sífilis.

2. **DISEÑO DE LOS CRITERIOS** a evaluar revisando las actividades ligadas a cada competencia, e identificando duplicidades y redundancias para el despliegue de los mismos, y elaboración de la ficha descriptiva de cada uno de ellos determinando los siguientes aspectos en cuanto a su forma de evaluación y medición del desempeño tanto técnico como científico y administrativo: a) código; b) definición del criterio; c) soporte normativo para cada criterio; d) fuentes de evaluación; e) recomendaciones para la evaluación y excepciones de acuerdo con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA) [8] aplicables a la "Evidencia Suficiente y Competente" más pertinentes (indagación, observación, pruebas sumarias y/o sustantivas, pruebas de doble propósito, entre otras); f) observaciones del evaluador; g) resultados; h) definición del tamaño muestral relevante para la evaluación de algunos criterios; y por último, i) la definición de la calificación global del desempeño.

3. **VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA:** para este propósito se realizó: a) una validación por expertos y b) pruebas piloto en tres DTS (Secretaría de Salud del Huila, Secretaría de Salud de Cundinamarca y Secretaría de Salud de Boyacá), cuatro EAPB (Famisanar EPS, Saludcoop EPS, Comfamiliar Huila y Dirección de Sanidad de la Policía Nacional) y tres IPS (Clínica Colombia, Hospital Regional de Sogamoso, Empresa Social del Estado Salud de Sogamoso). Para cada una de estas etapas de validación se usaron herramientas específicas.

4. **AJUSTE DE HERRAMIENTAS:** como consecuencia de las pruebas de validación se realizaron los ajustes a los criterios y variables de cada herramienta, para así obtener la versión final ajustada de las mismas.

Los requisitos básicos y recomendaciones para la evaluación describen aspectos relacionados con la preparación de las visitas de evaluación y dan recomendaciones prácticas generales para que se garantice el cumplimiento de los objetivos de la evaluación. Esta sección se enfoca en: a) las responsabilidades de los evaluadores previas a la evaluación; b) la visita de evaluación; c) la reunión de introducción en la institución a evaluar; d) la evaluación propiamente dicha; e) la visita a las instalaciones; f) la reunión de cierre; g) la calificación de la organización y elaboración del informe; y h) la generación de la base de datos que comprende la ratificación del informe una vez se haya remitido al vigilado.

En el enlace **http://www.sinergias.org/cajadeherramientas/ivc/** se puede acceder a las herramientas de IVC para cada actor, así como al proceso de elaboración de las mismas.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. Disponible en URL:http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf

2. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. CMAJ 1997; 157:408-16mn.

3. Baldwin LM, Raine T, Jenkins LD, Hart LG, Rosenblatt R. Do providers adhere to ACOG standards? The case of prenatal care.ObstetGynecol 1994; 84:549-56.

4. Cheney C, Ramsdell JW. Effect of medical records' checklists on implementation of periodic health measures. Am J Med 1987; 83:129-36.

5. . Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Disponible en: URL:http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf

6. Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010. Disponible en: URL:http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PLAN%20ESTRATEGICO%20ELIMINACION%20TRANSMISION%20MATERNO%20INFANTIL%20%20VIH%20-%20SIFILIS%202011.pdf

7. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. Instrument. London: St George's Hospital Medical School; 2009. Disponible en:URL:http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Users_Manual_and_23-item_Instrument_ENGLISH.pdf

8. Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA), La gran enciclopedia de la economía Disponible en: URL:http://www.economia48.com/spa/d/normas-de-auditoria-generalmente-aceptadas naga/normas-de-auditoria-generalmente-aceptadas-naga.htm.

unicef

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS