

**ESTRATEGIAS GERENCIALES IMPLEMENTADAS PARA EL CONTROL DE
LA MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA –
COLOMBIA 2010 – 2015**

**JAQUELINE ANTONIA GÓMEZ PEREIRA
SANDRA MARCELA LACOUTURE GONZÁLEZ**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD
MONTERÍA – CÓRDOBA
2016**

**ESTRATEGIAS GERENCIALES IMPLEMENTADAS PARA EL CONTROL DE LA
MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA –
COLOMBIA 2010 – 2015**

**JAQUELINE ANTONIA GÓMEZ PEREIRA
SANDRA MARCELA LACOUTURE GONZÁLEZ**

**ASESOR
PhD. ÁLVARO ANTONIO SÁNCHEZ CARABALLO**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD
MONTERÍA – CÓRDOBA
2016**

**TRABAJO DE GRADO A OPTAR PARA EL TÍTULO DE GERENTE
ADMINISTRATIVO DE LA SALUD**

DEDICATORIA

De manera especial dedico éste trabajo de investigación principalmente a Dios, porque cada día me demuestra su bondad y su gran amor; a mis padres, quienes han dado todo su apoyo para mi superación y su incesante comprensión, me han proveído como ejemplo la responsabilidad y deseo de progreso, y a mi novio por su agradable y amorosa compañía.

SANDRA

Dedico éste trabajo de investigación a DIOS, quien inspira cada paso en mi andar, a mis hijos; la razón de ser de mi existir y mi motivación más grande, a mi esposo por apoyar y valorar mi proyecto de vida, a mis familiares, amigos, compañeros de estudio y maestros, quienes fueron parte fundamental en el desarrollo de éste trabajo. Por último y no menos importante a mis ángeles, que con voces de silencio me impulsan cada día.

JACQUELINE

AGRADECIMIENTOS

A nuestros compañeros que sin esperar nada a cambio nos compartieron su conocimiento y experiencia

A nuestros docentes, por su interés y dedicación.

A la Universidad de Córdoba, por la oportunidad de formarnos

A la secretaria de Salud Departamental por su aporte a nuestro trabajo de investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 GENERAL	12
2.2 ESPECÍFICOS	12
3. REFERENTE TEÓRICO	13
3.1 ANTECEDENTES	13
3.2 MARCO TEÓRICO	20
3.3 MARCO CONCEPTUAL	25
3.4 MARCO LEGAL	27
4. DISEÑO METODOLÓGICO	28
4.1 Diseño de investigación clase y tipo	28
4.1.1 Lugar del estudio	28
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	28
4.2.1 Población	28
4.2.2. Muestra	28
4.2.3. Criterios de inclusión	28
4.2.4. Criterios de Exclusión	29
4.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
4.3.1 Instrumentos	30
4.3.2. Operacionalización de variables	31
4.4 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	32
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	32
5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
6. CONCLUSIONES	44
7. RECOMENDACIONES	46
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	50

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Total de casos reportados de mortalidad materna en Colombia	14
Tabla 2. Razón de mortalidad materna en Colombia, 2010 – 2015	16
Tabla 3. Departamentos en Colombia con índices de muertes maternas superiores a la media nacional	18
Tabla 4. Total de casos reportados de muertes maternas en el departamento de Córdoba, Colombia, 2010 – 2015	22
Tabla 5. Efectividad de estrategias implementadas en Córdoba para el control de la morbi – mortalidad materna . 2010 – 2015	39
Tabla 6. Grado de impacto de las estrategias gerenciales implementadas en cada variable relacionada	40
Tabla 7. Grado de impacto positivo de las variables sobre la efectividad de las estrategias gerenciales implementadas en el departamento de Córdoba. 2010 – 2015	41
Tabla 8. Grado de impacto negativo de las variables sobre la efectividad de las estrategias gerenciales mplementadas en el departamento. 2010 – 2015	42

RESUMEN

El objetivo de éste trabajo de investigación tuvo como interés determinar la efectividad de las estrategias gerenciales implementadas en el control de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba, período 2010- 2015, se identificó las estrategias implementadas, se describió el impacto, y se concretaron estrategias como propuesta, para el control de muertes maternas evitables de acuerdo a los resultados. Se presenta a continuación un estudio Descriptivo, retrospectivo, con enfoque cualicuantitativo, se incluyeron los dos investigadores y cuatro participantes, representantes de entes públicos de salud, invitados a responder el instrumento diseñado (Matriz Cualicuantitativa) con el objetivo de evaluar su concepto sobre las estrategias gerenciales implementadas, efectivas y de impacto, para hacer propuesta sobre las estrategias que controlarían las muertes maternas evitables. Se puede observar que la efectividad de las diferentes estrategias osciló entre el 41% de la estrategia: Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las Empresas Promotoras de Salud y el 50% obtenido por la estrategia: Coordinación y articulación interinstitucional para el análisis de casos de mortalidad materna, ésta última relacionada con los Comités de Vigilancia Epidemiológica y enfocada en la prevención mediante la vigilancia de la morbilidad materna extrema, el departamento ha logrado mediante éstas estrategias bajar el indicador pero la probabilidad de muerte materna continúa siendo el doble que en otras zonas del país y 7.5 veces mayor que en los países en desarrollo. Se puede decir que las estrategias están bien fundamentadas, se han definido algunas mundialmente y han ayudado para el control de muertes maternas, pero la efectividad depende del manejo, control y seguimiento que le realizan los directos responsables de la aplicación de los mismos.

Palabras claves: muertes maternas, estrategias gerenciales, control.

SUMMARY

The objective of this research was to determine the effectiveness of management strategies implemented in the control of maternal mortality in the department of Cordoba, period 2010- 2015, the strategies implemented were identified, the impact was described and it was materialized strategies as proposal for the control of preventable maternal deaths according to the results.

It is presented below a descriptive, retrospective, with quality-quantitative approach study , the 2 researchers and 6 participants, representatives of public bodies health, invited to answer the instrument designed (Matrix quali-quantitative) were included, in order to assess their concept on strategies they included management implemented, effective and impact, to make proposal on strategies that would control preventable maternal deaths.

It can be seen that the effectiveness of different strategies ranged from 41% of the strategy: Monitoring and control of process-induced demand for Health Promotion Companies and 50% obtained by the strategy: coordination and articulation for analysis cases of maternal mortality, this last one is related to the Committees of Epidemiological surveillance and focused on prevention through monitoring of extreme maternal morbidity, the department has been achieved through these strategies lower the indicator but the probability of maternal death remains double that in other parts of the country and 7.5 times higher than in developing countries.

It can be said that strategies are well founded, they have defined some of them in the world and they have helped to control maternal deaths, but the effectiveness depends on the management, control and monitoring made by the direct responsible for implementing them.

Keywords: Maternal deaths, management strategies, control.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación hace referencia a las estrategias gerenciales implementadas para el control de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba, Colombia 2010 – 2015, la característica principal de éste tema es la relevancia en temas de salud pública y control departamental, las causas serían de mayor interés, ya que, de ellas depende el análisis para aporte que se requiere para el tema en estudio el cual es de interés público.

En respuesta al mejoramiento de la salud materna en Colombia desde el año 2008, se desarrolla el proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, buscando que la información sobre muertes maternas sea activa, prospectiva y casi en tiempo real, entendiéndose que disponer de información confiable y oportuna es un paso necesario para mejorar la salud y la calidad de vida de la mujer gestante.

En Córdoba, durante el año 2015 se presentaron un total de 12 casos de Mortalidad materna, la edad promedio de las pacientes fue de 28 años en un intervalo de edades entre los 17 y los 54 años, se presentaron dos casos procedentes de Tierralta, el resto fueron con un caso cada uno de: Ayapel, Montelibano, Montería, Planeta Rica, San José de Ure, San Pedro de Urabá.

Se obtuvo un aporte para el control de los índices de mortalidad materna en el Departamento de Córdoba, se realiza ésta investigación como resultado de la inquietud sobre las muertes maternas evitables, ocurridas en el departamento.

El desarrollo de la motivación de investigar éstas estrategias, principalmente nace, como aporte al ámbito social o comunitario, del interés de conocer la gestión administrativa realizada para evaluar y controlar la calidad del servicio asistencial brindado a las gestantes, y académicamente para el fortalecimiento de

conocimiento y formación a la gestión administrativa centrada en el compromiso social.

Los objetivos de éste trabajo investigativo llevaran a determinar la efectividad de las estrategias gerenciales implementadas en el control de la mortalidad materna en el Departamento de Córdoba, durante el período 2010- 2015, se logra identificar las estrategias gerenciales implementadas para aplicar en el control de las muertes maternas en el Departamento de Córdoba, se describe el impacto de las estrategias gerenciales en los resultados de las muertes maternas en el Departamento, lo que lleva a contar con propuestas de estrategias gerenciales de acuerdo a los resultados de muertes maternas en el Departamento de Córdoba, que garanticen control de las muertes materna evitables.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar la efectividad de las estrategias gerenciales implementadas en el control de la mortalidad materna en el Departamento de Córdoba, durante el período 2010- 2015.

- Identificar las estrategias gerenciales implementadas para aplicar en el control de las muertes maternas en el Departamento de Córdoba.
- Describir el impacto de las estrategias gerenciales en los resultados de las muertes maternas en el Departamento de Córdoba
- Proponer estrategias gerenciales de acuerdo a los resultados de muertes maternas en el Departamento de Córdoba.

3. REFERENTE TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. La mortalidad materna es considerada un grave problema en salud pública a nivel mundial ya que genera un gran impacto social, familiar y económico¹.

También se encuentra que “las muertes maternas en la mayoría de sus casos es evitable, al ocurrir este evento se presenta un debilitamiento de la estructura social de una nación. Las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares”¹. En relación con lo anterior, “nuestro país cuenta con un alto número de mujeres cabeza de familia quienes son las encargadas de llevar la economía de un hogar; la muerte de estas generará en sus hijos no solo carencias económicas sino también de protección y afectivas”¹.

Cabe resaltar que estadísticamente se evidencia que a nivel mundial al año se dan 536.000 muertes a causa de eventos relacionados con el embarazo y el parto; cada año, de los casos mencionados anualmente el 99% ocurre en países en vía de desarrollo; se ha logrado disminuir el 1% anual a nivel mundial de éstos, la incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas”^{1, 2}.

En los últimos 5 años para la finalización de los ODM, se doblaron los esfuerzos a nivel mundial para reducir este indicador, Colombia, como miembro de las Naciones Unidas, efectuó acciones encaminadas a lograr la meta propuesta desde la OMS.

Tabla 1. Total de casos reportados de mortalidad materna en Colombia, 2010 – 2015.



Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de datos tomados de SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Durante este sexenio, a nivel nacional se observa avance en la notificación de los casos, el país cuenta con un sistema de información y vigilancia en salud pública estructurado y mejorado, con notificación rutinaria a través del reporte individual de casos al igual que cuenta con una plataforma web que permite una respuesta automatizada de alerta a las diferentes regiones del país.

Los datos analizados muestran un comportamiento fluctuante durante el período en estudio, que se puede relacionar con los nacidos vivos en todo el territorio nacional y las defunciones.

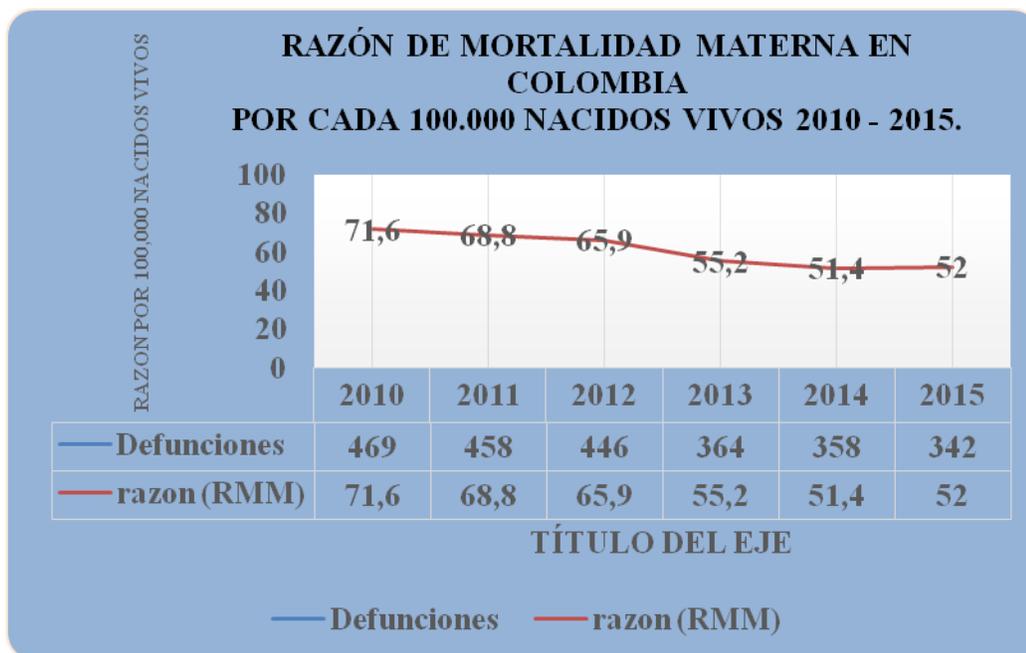
Según la OMS en su informe de mortalidad materna publicado en el año 2004, informó que menos del 1% de las muertes maternas ocurren en países desarrollados y concluye que la mortalidad materna pudiera ser evitada si se dispone de recursos y servicios de salud adecuados para la atención prenatal, cabe resaltar que en muchos países en vía de desarrollo las complicaciones del embarazo y parto son la causa más frecuente de muerte entre mujeres en edad reproductiva.¹

Mediante la información obtenida sobre la mortalidad reportada para Colombia por el DANE en el año 2005, fue de 68 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, y en comparación con el año 2000 que evidencia una reducción del 30%; debido en parte a la ampliación en el acceso a los servicios de salud para las gestantes, el incremento en la atención oportuna del parto institucional con una cobertura del 80,6% en 1990 a 86,4% en 2000 y 90,7% en 2005, además por la mejora en el funcionamiento de los registros de información (Sistemas de vigilancia epidemiológica). Por otra parte, aunque la aparición de este fenómeno haya disminuido considerablemente para el año 2005 en comparación con el 2000, no deja de ser un factor predeterminante que requiere de la acción rápida de programas y estrategias de salud pública¹.

Mediante el planteamiento de pautas realizadas por la ONU, se identifican estrategias para la prevención de la mortalidad materna, en donde el mayor compromiso depende del estado, de las instituciones de salud y de la sociedad, en éste orden, las acciones se pueden puntualizar de la siguiente manera, desde el mejoramiento de la infraestructura de las instituciones de salud, en referencia a servicios obstétricos especializados, también realizar control y vigilancia a las instituciones prestadoras de salud, elaborar programas de capacitación al personal de salud que atiende mujeres gestantes, hasta el mejoramiento del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y la planificación familiar; tras ésta recomendación es importante tener en cuenta que el riesgo de muerte materna es

el doble cuando se trata de partos en adolescentes en comparación con mujeres adultas, lo anterior indica la necesidad de fortalecer el programa de educación sexual y planificación familiar para garantizar métodos anticonceptivos seguros¹.

Tabla 2. Razón de mortalidad materna en Colombia, 2010 – 2015.



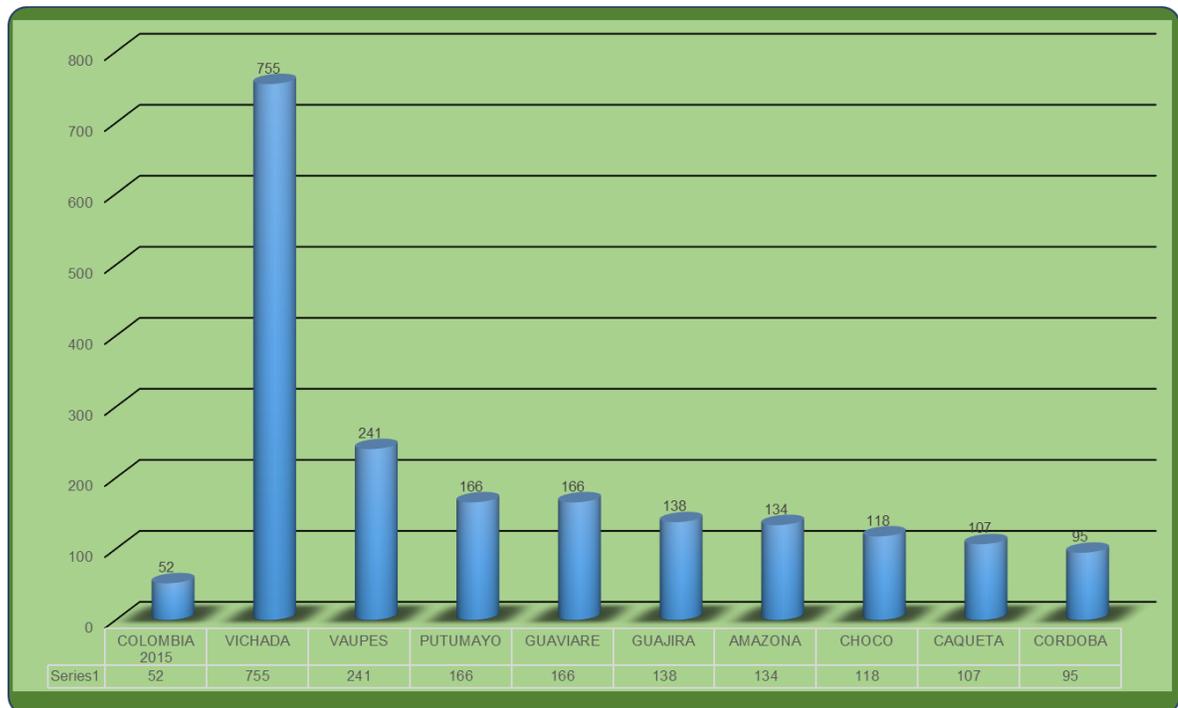
Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de datos tomados de SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

La tabla 2 refleja el comportamiento de la razón de mortalidad materna en Colombia, la cual ha tendido al descenso a través del tiempo. Se observa que en el período 2010 – 2015, el indicador osciló entre 71.6 y 51.4 siendo estadísticamente significativo el descenso, pero distante de la meta propuesta (45 por cada 100.000 NV), lo cual da un sello de importancia ante los resultados vistos actualmente en los sistemas de vigilancia acerca de la mortalidad materna.

Según la guía de práctica clínica Colombiana, es necesario realizar énfasis en la educación que se entrega a la gestante y su familia, con el objetivo de fortalecer los factores protectores de la salud, igualmente, se busca integrar al padre durante el proceso y de ésta manera prestar un acompañamiento a su pareja, también dice que las citas de control prenatal hacen parte de las actividades realizadas por el médico o el profesional de enfermería a la gestante sin factores de riesgo, y a las gestantes con factores de riesgo se comprometen a ser vistas por especialista, lo cual permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación.¹

En ésta investigación se encontró que en las guías prenatales únicamente no es el componente asistencial, se proyecta hacia una guía gerencial, que permita una mejor gestión financiera, de procesos, de clientes, y aprendizaje destinados para prestar un servicio de calidad, proceso asistencial integrado, bajo el interés de todos los participantes, la gestante, la familia, la pareja y el personal asistencial esperan del mismo¹.

Tabla 3. Departamentos en Colombia con índices de muertes maternas superiores a la media nacional.



Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de datos tomados de SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Según los datos provisionados por Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones de Vichada alcanzando valores de 755, seguido de Vaupés con 241, Putumayo y Guaviare con 166, Guajira 138, amazona 134, Chocó 118, Caquetá 107 y Córdoba 95 RMM por cada 100.000 nacidos vivos, aunque es de aclarar que estos valores están influenciados por el bajo denominador del indicador; por lo tanto, una muerte tiene gran peso⁷.

En el Plan Decenal De Salud Pública PDSP para el periodo 2012-2021 se encuentra como diseño estratégico y meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables, mediante la orientación de su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes.²

Por medio de la prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos y cumpliendo objetivos específicos, como los siguientes: Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, de aborto seguro, del parto y del puerperio de todas las mujeres gestantes del país, se evidencia la aclaración de que sea una atención prestada por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.²

También se encuentra en el Plan Nacional de Desarrollo del periodo de 2014 a 2018, tras el aseguramiento de los derechos sexuales y reproductivos bajo la dimensión “Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos”, las acciones están orientadas hacia la promoción, generación y desarrollo de medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, se da el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, mediante la obligatoriedad de su cumplimiento por parte de las Instituciones de Prestación de Servicios IPS públicas y privadas.²

Bajo el nombre de estrategia para la reducción de la mortalidad materna, el gobierno nacional, la coordinación del ministerio de salud y protección social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, mediante las acciones integrales de control absoluto para la identificación temprana del embarazo y atención de las embarazadas con enfoque de derecho humano.²

En la revisión bibliográfica realizada cabe resaltar que en el año 2009 la Gobernación del Departamento de Córdoba, realizó estudios sobre la mortalidad materna donde se encuentra la siguiente información sobre la importancia de la asistencia al control prenatal: “El 81,5% de las mujeres reciben atención prenatal por el médico, el 4,2% por enfermería y el 14% no reciben atención, las gestantes asisten en promedio entre 2 y 3 visitas de control evidenciándose un alto riesgo para el binomio madre-hijo en la etapa prenatal y la atención del parto en casa es del 12% mientras que el país es del 7,8%”³.

Entre las intervenciones cabe destacar el desarrollo del modelo de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, en el marco de modelos de seguridad clínica para el cuidado obstétrico de emergencia, y el desarrollo e implementación de protocolos para la atención preconcepcional, principalmente en las zonas rurales que es donde se presenta un rezago en el desempeño del indicador.²

También se puede evidenciar en porcentaje de muertes maternas evitables atribuidas a la primera demora para la atención en salud: “72,4% No reconocen el problema, el 79,3% no reconoce los factores de riesgo y el 86,2% desconoce derechos reproductivos y deberes en salud”⁶.

La demora para la atención en salud a maternas sobresale con los siguientes porcentajes: “100 % Programas de P y P ineficientes, el 44,8% se encuentra en la deficiencia de las historias clínicas, en un 55,2% la falta de un tratamiento y 52% falta de identificación del riesgo”⁶.

En el estudio realizado por la gobernación de Córdoba en 2009, se encuentra como punto crítico lo siguiente: El personal de atención no cumple con la norma 412 de planificación, detección de alteraciones en el embarazo, atención del parto y atención del recién nacido, las historias clínicas son deficientes por su ilegibilidad e incompleta valoración biosicosocial a las gestantes, no se llenan los registros básicos como por ejemplo carnet materna, no se dispone de insumos básicos para la atención: personal suficiente y entrenado en los sitios de atención a gestantes, parto y puerperio, remisiones tardías a niveles de mayor complejidad⁶.

En el año 2011 se inició la construcción del primer protocolo de la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema por el Instituto Nacional de Salud (INS) y se realizó prueba piloto en las entidades territoriales de Huila, Cartagena, Bogotá, Caldas, Meta, Nariño, Santander y Valle y se realizan ajustes con base en el análisis de la información reportada y en los aportes de las entidades territoriales; posteriormente en el año 2012 se entrega el protocolo de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema por el INS a la totalidad de las entidades territoriales y se da inicio al proceso de vigilancia⁷.

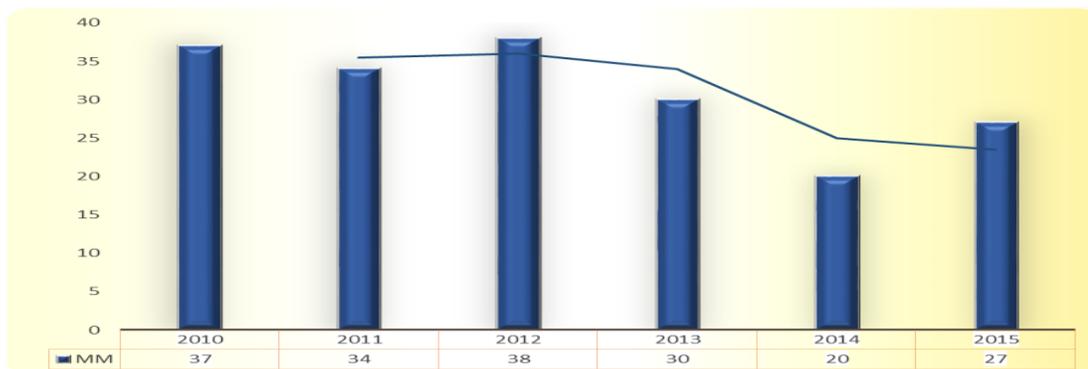
Según el Sistema Nacional De Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), la razón de morbilidad materna extrema para el año 2012, año en el cual se implementó el proceso, fue de 6,9 por mil nacidos vivos, correspondiendo a las principales causas los trastornos hipertensivos (57,7 %) y las complicaciones hemorrágicas (23,1 %). Para el año 2013 se notificaron 8 478 casos con una razón de morbilidad

materna extrema fue de 13,1 por mil nacidos vivos, un índice de mortalidad de 4,1 % y relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna de 24.⁷

La Guajira presentó la razón de morbilidad materna extrema más alta del país con 31,3 casos por mil nacidos vivos (RR=9,3), seguido de Huila con una razón de 20,1 (RR=6,0) y Vichada con una razón de 19,6 (RR=5,8); la edad promedio de las mujeres fue de 26,3 con una mínima de 12 años y una máxima de 52 años, la razón más alta se encuentra en las edades extremas, adolescentes menores de 15 años y mujeres de 35 y más años; las principales causas fueron nuevamente los trastornos hipertensivos (59 %) y las complicaciones hemorrágicas (20 %) (42, 43)⁷.

Recientemente “En el año 2014 fueron notificados un total de 10.499 casos de morbilidad materna extrema en el país, aumentando la notificación de casos en un 35 % frente al año 2013 en donde para la misma fecha se notificaron 7.761 casos. Los departamentos con la mayor razón de morbilidad materna extrema fueron Guajira, Vichada y Cartagena”⁷.

Tabla 4. Total de casos reportados de muertes maternas en el departamento de Córdoba, Colombia, 2010 – 2015.



Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de datos tomados de SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

La tabla 4. Muestra el total de muertes reportadas en el departamento de Córdoba durante el período en estudio, donde según Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA el número de muertes maternas sigue siendo muy alta con una razón de mortalidad materna (RMM) en 2015 de 95 por cada 100.000 nacidos vivos, duplicando la RMM nacional y muy por encima de la RMM de los países desarrollados (12). Una muerte materna en el departamento de Córdoba, en razón a los nacidos vivos, cobra gran importancia local, nacional e internacionalmente.

El equipo investigador no pudo calcular razón de mortalidad materna (RMM) del departamento de Córdoba para el período en estudio, debido a que el denominador de este indicador se obtiene de la base de datos de DANE y actualmente no está depurada, sin embargo, y con base en los datos obtenidos del SIVIGILA, el equipo investigador asumió la tendencia nacional y local como plataforma para evaluar la efectividad de las estrategias ejecutadas en el departamento.

El cumplimiento del objetivo del milenio relacionado con la mejor atención materna es compromiso y responsabilidad de muchos actores implicados en el proceso y no requiere alta tecnología sino voluntad y esfuerzo verdadero por trabajar en pro de la salud de las mujeres¹.

3.2 MARCO TEÒRICO

El concepto de mortalidad materna para la Organización Panamericana de Salud (OPS), la califica como inaceptablemente alta, reporta que cada día mueren en todo el mundo hasta unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, en el año 2013 murieron 289.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, muertes producidas en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado⁵.

Realizando un recorrido por las diferentes teorías relacionadas con la mortalidad materna se resalta que dentro del Plan de acción 2012- 2017 de la (OPS/OMS), para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema se plantea la necesidad del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna en los países de la región, se establecen dentro de los indicadores de monitoreo y evaluación el registro sistemático de la morbilidad materna extrema y la medición de los indicadores del evento⁷.

Ante la implementación de la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema se identifica que contribuye de manera significativa a la evaluación del estado de la salud materna en el país, así como a la formulación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna, una mayor frecuencia de los casos y la posibilidad de entrevistar directamente a las sobrevivientes, se permite la identificación de las características epidemiológicas locales del evento⁴.

La incorporación de los indicadores a los reportes epidemiológicos aporta nuevos conocimientos sobre una base científica del problema y al integrar el análisis de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema, se logra identificar los factores que contribuyen a la presencia de estos eventos, siendo un insumo fundamental para la toma oportuna de correctivos y decisiones frente a la atención materna, ya que además de evitar la muerte de la gestante y su hijo, se disminuyen las repercusiones sociales y económicas en el país⁷.

Se muestra atrayente la idea de implementar mecanismos automáticos de alerta y seguimiento continuo a los casos de morbilidad materna extrema en algunos países, han permitido identificar oportunamente los casos, detener la progresión del continuo de la morbilidad y prevenir la muerte materna través intervenciones terapéuticas o preventivas⁷.

En Colombia, se cuenta con un sistema de información de vigilancia en salud pública estructurado, con una notificación rutinaria a través del reporte individual de casos y enlace de reportes inmediatos a través de plataformas web, lo cual hace que sea viable la implementación de un mecanismo automático de alerta que enlace las instituciones de salud, las entidades territoriales de salud y las empresas administradoras de planes de beneficio, de ésta manera se encuentra que mejoran los tiempos de respuesta en busca de réplicas oportunas hacia la consecución de los mejores resultados en la salud materna y perinatal⁷.

Es fundamental resaltar que, las muertes maternas son solo la parte más visible de la problemática; el análisis debe iniciar desde antes de la presencia de este evento, las pacientes con morbilidades obstétricas severas cuya evolución podría ser hacia la recuperación, pero también a la incapacidad temporal, permanente o la muerte. A nivel mundial, durante las últimas décadas se ha planteado este interrogante y la OPS/OMS propone la vigilancia epidemiológica de los casos como una de las acciones para la disminución de la mortalidad materna en el año 2015⁷.

Se encuentra como recomendación aplicar la gestión de calidad, al contar con un mapa de gestión por competencias para que el personal asistencial que labore en el programa cumpla con los perfiles más altos en aptitudes, habilidades y conocimientos para ejecutar el programa de control prenatal¹.

En ésta revisión realizada, se acierta notablemente con la siguiente sensibilización para los responsables de éste proceso, enmarca la no aceptación de la mortalidad materna en un país que se preocupa por la salud de su población y que se esfuerza para cumplir con los objetivos del milenio en bien de su sociedad, además, tampoco acepta permitir la desintegración de las familias y comprometer el desarrollo familiar, personal y social de los huérfanos que quedan diariamente

por las muertes maternas, importante no seguir contando cuando ya no se puede hacer nada las embarazadas con morbilidad materna extrema⁷.

Según Garrido et al, “como estrategias gerenciales se toma el planteamiento de la formación de un comité de cumplimiento del programa de control prenatal que vele por la ejecución del cuadro de mando integral y que evalúe el impacto de los indicadores planteados en el transcurso del tiempo. Recomiendan que el comité esté capacitado en todas las estrategias planteadas en el medio sobre seguridad del paciente para dar valor agregado a la calidad del programa”¹.

De otra parte, como recomendación se determina que el dinamismo de abordar la situación de la salud materna perinatal en los comités de política social. A nivel municipal deberán ser liderados por el Consejo de política social municipal, que deberá disponer del diagnóstico de la situación de mujer e infancia suministrado por las entidades responsables (el sector salud aporta la información de indicadores disponibles y de barreras para la atención materna detectadas). El Consejo de política social municipal define las políticas municipales intersectoriales para la mujer y la infancia en cuanto a la garantía de sus derechos referenciadas en la ley 1098 del 2006, en la cual se expide el código de infancia y adolescencia⁷.

En relación a lo anterior, a nivel Departamental “serían liderados por el Consejo de política social Departamental, que deberá disponer del diagnóstico de la situación de la mujer y la infancia suministrado por las entidades responsables (el sector salud aporta la información de indicadores disponibles y de barreras para la atención materna detectadas). El Consejo de política social departamental define las políticas municipales intersectoriales para la mujer y la infancia en cuanto a la garantía de sus derechos”⁷.

Las acciones colectivas, deben estar integradas con las acciones en maternidad segura de la dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos del Plan Decenal de Salud Pública. Como determinante se encuentra que “los planes de mejoramiento permitirán generar acciones que incidirán en el nivel colectivo; por lo tanto, se deberán plantear acciones a desarrollar en los diferentes aspectos hallados con base en el análisis situacional de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y la mortalidad perinatal y neonatal tardía de acuerdo con el nivel donde se haya realizado”¹¹, igualmente, denota la necesidad de “realizar evaluación del cumplimiento de los planes de mejoramiento periódicamente en los Comité De Vigilancia Epidemiológica (COVE) y Comité De Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) a nivel IPS, municipal y departamental”⁷.

Como estrategia recomendada por el comité de Información, Comunicación y Educación (ICE), se encuentra con “la importancia de estar siempre listos para la emergencia obstétrica y garantizar los derechos en salud sexual y reproductiva, maternidad e infancia: fomentar la calidad y calidez en la atención integral e integrada en salud sexual y reproductiva, materno infantil y garantía de derechos, para que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) cumplan sus responsabilidades garantizando los servicios requeridos por su población a cargo en todo el territorio nacional y la calidad de las IPS de su red de servicios contratada”⁷.

Se ha dicho que entre las entidades territoriales municipales, distritales y departamentales vigilen que la población de su jurisdicción acceda a los servicios requeridos y las IPS públicas y privadas cumplan con la garantía de la calidad en sus servicios en el ámbito comunitario y en los niveles de atención de baja, mediana y alta complejidad⁷.

A nivel de administración local, lo que se espera por cuanto aparece en la investigación, comprometer a las autoridades locales para que desarrollen la gestión intersectorial necesaria con el fin de optimizar recursos y aglutinar todos los esfuerzos posibles en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, a través de herramientas tales como los planes de choque para la disminución de la mortalidad materna en donde una de las áreas de acción prioritarias se encuentra enfocada hacia la comunicación y movilización social para sensibilizar a la comunidad frente al tema⁷.

En éste sentido, las acciones de comunicación y movilización social deberán estar enfocadas por medio del uso de estrategias para la prevención de la Indiferencia social ante la mortalidad materna, barreras administrativas al control prenatal adecuado integral y la atención, Adecuada e integral del parto con y sin complicaciones, dentro de las acciones de ICE se encuentra la elaboración y difusión institucional y comunitaria de boletines trimestrales y anuales del comportamiento de los eventos objeto de vigilancia en maternidad segura, los cuales se constituirán en un insumo para la construcción y seguimiento a planes de acción territorial en maternidad segura⁷.

A pesar de hallar pocos estudios relacionados con las estrategias gerenciales o administrativas utilizadas para el control de muertes maternas, se ha logrado conocer que si existen, y que aunque existan, continúan a nivel Mundial, Nacional y Departamental ocurriendo casos fatales.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

3.3.1. Mortalidad Materna

La Mortalidad Materna (MM) no es un concepto rígido, sino que se ha ido transformando acorde a la nueva visión social, económica, tecnológica y del

conocimiento. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, según la OMS define la Muerte Materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación de la gestación, independiente de su duración y tipo del embarazo, por cualquier causa relacionada con él o agravada por el embarazo o su manejo, que no sea debida a causas accidentales o incidentales⁸.

Teniendo en cuenta los 8 objetivos del Milenio (ODM), se cuenta con el apoyo y el compromiso de cada país para aportar a las estadísticas en cuanto a disminución de cifras, revisando antecedentes ha disminuido en un 45% entre 1990 y 2015.

3.3.2 Estrategias gerenciales

La estrategia gerencial puede definirse como la formulación, ejecución y evaluación de acciones que permitirán que una organización logre sus objetivos, según ésta definición se observa que cualquiera que sea la organización, ya sea pública o privada, pequeña o grande, lo significativo es que en el proceso de gerencia y administrativo, el cual incluye los factores antes mencionados, se logren los objetivos; es importante considerar que una de las herramientas más utilizadas en la planificación estratégica es la matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas); Al respecto, éste está diseñado para ayudar al estratega a encontrar el mejor acoplamiento entre las tendencias del medio, las oportunidades y amenazas y las capacidades internas, fortalezas y debilidades del sector⁹.

3.3.3 Control

Desde el entorno de control se establece la forma en la que una organización opera, e influye en la forma de actuar de las personas; es el contrafuerte básico del control interno, y proporciona disciplina y estructura, si no existiera la política

de un entorno de control adecuado se daría la causa de enormes fracasos empresariales, para el sistema financiero ha sido uno de los sectores más perjudicados, aunque no el único, también se han visto casos similares en el sector tecnológico y en multinacionales implicados en casos de soborno y corrupción, el logro de un entorno de control sólido es elemental en la organización, es lo que esperan los grupos de interés, como lo son los accionistas, clientes, reguladores, empleados, proveedores de cualquier organización, lo que exigen los reguladores y, sobre todo, a lo que aspira cualquier compañía¹⁰.

Para los modelos de control se han establecido 5 componentes relevantes y relacionados entre sí como lo es el entorno de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, la información y comunicación y, por último, la supervisión. El entorno de control marca la pauta del comportamiento en una organización, la disciplina, los valores éticos, la capacidad y estructura organizativa, la segregación de funciones y el desarrollo profesional, siendo la base de todos los demás componentes del control interno. Es el entorno de control el componente más intangible y, por tanto, el más difícil de evaluar¹⁰.

3.3 MARCO LEGAL

A continuación se presenta una serie de normas al respecto de la mortalidad materna, se realizó un recorrido sobre el soporte legal para lo apropiado a cerca de las muertes maternas a nivel nacional, se establece por medio de la ley 100 de 1993, que existe una protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, y más específicamente para la atención materno infantil en el artículo 166¹¹; en cuanto a salud pública en la ley 1122 de 2007, en el artículo 33 se exige cobertura mínima obligatoria en servicios e intervenciones de salud, metas para control de morbilidades maternas y control de la mortalidad materna evitable¹², como soporte a la promoción y prevención para las adolescentes en la

ley 1098 de 2006 se encuentran los derechos y libertades protegiendo la calidad de los adolescentes y de ésta manera aportando a la prevención de embarazos no deseados¹³; en éste orden de ideas la línea de política número 4 en el decreto 3039 de 2007 determina la materna e infantil y por ende es de cumplimiento obligatorio¹⁴.

Ante la necesidad de gestión de seguimiento al riesgo se determinó en el año 2000 la resolución 412, en el capítulo II, cumplimiento de guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública¹⁵, en éste sentido se considera importante la garantía del acceso a los servicios de salud que requieren las gestantes durante su embarazo establecido en la ley estatutaria en salud 1751 de 2015, sujeto de especial protección¹⁶.

DISEÑO METODOLÒGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo.

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

4.2.1 Universo

Conformado por todas muertes maternas en el Departamento de Córdoba.

4.2.2 Muestra

Para la selección de la muestra se escogieron mujeres que durante el embarazo, parto o puerperio (determinado hasta los 45 días después del parto) hayan fallecidos por causas relacionadas con el embarazo en el departamento de Córdoba, y notificadas ante el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA para el análisis estadístico y para aspectos del análisis cualitativo se escogieron 4 funcionarios responsables del manejo administrativo y asistencial de la atención a gestantes.

4.2.2.1 Métodos de muestreo

El tipo de muestreo a utilizar no probabilístico por conveniencia, según información suministrada por la secretaría de salud departamental

4.2.3 Criterios de inclusión

Mujeres fallecidas durante el embarazo, parto y puerperio, por causas relacionadas con el embarazo y notificadas por el SIVIGILA

Maternas fallecidas en Córdoba, aunque su lugar de procedencia sea de departamentos aledaños.

4.2.4 Criterios de exclusión

Maternas fallecidas en Córdoba, cuya causa de muerte no esté relacionada con el embarazo.

4.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda de publicaciones y datos referenciales sobre el control de la Mortalidad Materna, mediante un conjunto de estrategias que incluye la búsqueda a las páginas web de: OMS/OPS, en la literatura indexada nacional e internacional y en las publicaciones no indexadas de salud colombianas, como Ministerio de protección social, Secretaría de salud del Departamento de Córdoba y del Municipio de Montería; en total, después de varios procesos de revisión y selección se construyó una base de datos con más de 15 referencias, a partir de las cuales se hizo la selección de las publicaciones utilizadas para éste trabajo de investigación, se consultaron bases de datos de sivigila, Instituto Nacional de Salud, en el reporte estadístico de vigilancia rutinaria, DANE, a través de páginas web, se diseñó instrumento evaluador (matriz), con el objetivo de aplicar a participantes, las investigadoras debido a su experiencia emitieron su concepto al respecto, para que la desarrollaran sobre parámetros establecidos, una vez calificada, se realizó la tabulación y consolidación de resultados, se graficaron y se analizaron, los datos se registraron en una tabla de estadística referencial que sirvió de base de datos para la tabulación y análisis de la información.

El análisis cuantitativo tuvo en cuenta las variables de estudio pertinentes a: Capacitación en atención de la emergencia obstétrica, al curso de atención

psicoprofiláctica del embarazo, formación de agentes comunitarios en detección temprana de riesgos de la embarazada, seguimiento control del proceso de demanda inducida a las EPS, coordinación y articulación interinstitucional para el análisis de casos de mortalidad materna y sensibilización a los adolescentes por municipio a través de conversatorios para la promoción de los derechos y deberes para el ejercicio responsable de la sexualidad.

Durante la búsqueda activa de los datos estadísticos locales se realizaron visitas a Secretaria de Salud del Departamento de Córdoba, Secretaria de Salud Municipal de Montería.

4.3.1 Instrumento

Con el fin de analizar las diferentes acciones implementadas en el Departamento de Córdoba, para controlar los índices de mortalidad materna en el departamento, se elaboró e implementó a matriz cuantitativa que evalúa las estrategias, confrontándolas con los aspectos relevantes determinados en una análisis FODA previo, ponderando la calificación específica y globalizada. Ver anexo 1.

4.3.2 Operacionalización de variables

OBJETIVO GENERAL: Determinar la efectividad de las estrategias gerenciales implementadas en el control de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba, durante el período 2010- 2015.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES (Variables en la definición conceptual)	INDICADORES
ESTRATEGIA 1 : Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Mayor o menor grado de efectividad de la estrategia 1 para impactar cada aspecto relevante en el control de las muertes maternas en el departamento de Córdoba Colombia.	ALTO= 5 MEDIO = 3 BAJO = 1 NO IMPACTÓ = 0	Porcentaje de efectividad de la estrategia implementada en el departamento de Córdoba Colombia para controlar la mortalidad materna. sumatoria de todas las calificaciones y porcentualizar. numerador= sumatoria de las calificaciones *100 denominador= ponderación (100)
ESTRATEGIA 2: Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Mayor o menor grado de efectividad de la estrategia 2 para impactar cada aspecto relevante en el control de las muertes maternas en el departamento de Córdoba Colombia.	ALTO= 5 MEDIO = 3 BAJO = 1 NO IMPACTÓ = 0	Porcentaje de efectividad de la estrategia implementada en el departamento de Córdoba Colombia para controlar la mortalidad materna. sumatoria de todas las calificaciones y porcentualizar. numerador= sumatoria de las calificaciones *100 denominador= ponderación (100)
ESTRATEGIA 3: Formación de Agentes Comunitarios en detección temprana de riesgos en la embarazada.	Mayor o menor grado de efectividad de la estrategia 3 para impactar cada aspecto relevante en el control de las muertes maternas en el departamento de Córdoba Colombia.	ALTO= 5 MEDIO = 3 BAJO = 1 NO IMPACTÓ = 0	Porcentaje de efectividad de la estrategia implementada en el departamento de Córdoba Colombia para controlar la mortalidad materna. sumatoria de todas las calificaciones y porcentualizar. numerador= sumatoria de las calificaciones *100 denominador= ponderación (100)
ESTRATEGIA 4: Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las EPS	Mayor o menor grado de efectividad de la estrategia 4 para impactar cada aspecto relevante en el control de las muertes maternas en el departamento de Córdoba Colombia.	ALTO= 5 MEDIO = 3 BAJO = 1 NO IMPACTÓ = 0	Porcentaje de efectividad de la estrategia implementada en el departamento de Córdoba Colombia para controlar la mortalidad materna. sumatoria de todas las calificaciones y porcentualizar. numerador= sumatoria de las calificaciones *100 denominador= ponderación (100)
ESTRATEGIA 5: Coordinación y articulación interinstitucional para el análisis de casos de mortalidad materna.	Mayor o menor grado de efectividad de la estrategia 5 para impactar cada aspecto relevante en el control de las muertes maternas en el departamento de Córdoba Colombia.	ALTO= 5 MEDIO = 3 BAJO = 1 NO IMPACTÓ = 0	Porcentaje de efectividad de la estrategia implementada en el departamento de Córdoba Colombia para controlar la mortalidad materna. sumatoria de todas las calificaciones y porcentualizar. numerador= sumatoria de las calificaciones *100 denominador= ponderación (100)
ESTRATEGIA 6: Sensibilización a los adolescentes por municipio a través de conversatorios para la promoción de los derechos y deberes para el ejercicio responsable de la sexualidad en los adolescentes y promoción del modelo de servicios amigables para la atención de integral de los adolescentes.	Mayor o menor grado de efectividad de la estrategia 6 para impactar cada aspecto relevante en el control de las muertes maternas en el departamento de Córdoba Colombia.	ALTO= 5 MEDIO = 3 BAJO = 1 NO IMPACTÓ = 0	Porcentaje de efectividad de la estrategia implementada en el departamento de Córdoba Colombia para controlar la mortalidad materna. sumatoria de todas las calificaciones y porcentualizar. numerador= sumatoria de las calificaciones *100 denominador= ponderación (100)

4.4 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.4.1 FASE I

Los datos recolectados se organizaron en una base de datos en Excel 2010 con las variables predeterminadas que mostraron la prevalencia e incidencia de la morbimortalidad de las mujeres en embarazo, parto y puerperio. Los resultados se clasificaron de acuerdo a las diferentes variables estudiadas, resultados que se muestran cuantitativamente y que expresan información confiable de acuerdo a lo encontrado.

4.4.2 FASE II

Se realizó el análisis, concordancia e impacto de las estrategias implementadas durante el período en estudio, y se definieron estrategias gerenciales de acuerdo al impacto encontrado en base a la problemática en estudio.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación se ejecutará enmarcado en la normatividad vigente en salud, la resolución 8430 de 1993 en el artículo 11, la investigación se clasifica sin riesgo.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se consideraron los lineamientos internacionales expuesto por los países miembros de las Naciones Unidas, los cuales se comprometieron a trabajar para lograr una serie de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre ellos estaba contemplado la meta de reducir en un 75%, para el 2015, la razón de mortalidad materna (RMM; muertes materna por cada 100.000 nacidos vivos)⁴.

Tomando como punto de partida la meta establecida, se identificaron las acciones tomadas en el departamento para tal fin, identificando en primera instancia las estrategias accionadas y los aspectos relevantes a considerar. Se elabora una matriz FODA, donde se definen, además, los criterios que pudiesen repercutir en el control de la morbi – mortalidad materna y las estrategias planteadas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo y la disminución el número de defunciones. (Ver ANEXO 1).

Éste instrumento evaluador es aplicado a 6 participantes incluyendo al equipo investigador, los cuales evalúan y califican cuantitativamente las estrategias, frente a cada criterio o variable relacionada siguiendo los siguientes parámetros:

PARAMETROS DE CALIFICACIÓN		
Que tanto las estrategias están impactando en cada una de las variables de forma positiva.		% de Efectividad
Alto	5	100
Medio	3	60
Bajo	1	20
Nada Importante	0	0

Después de analizar los datos estadísticos provistos por Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA y corroborar la problemática incuestionable sobre el índice de mortalidad Materna en Colombia y específicamente en el Departamento de Córdoba, se realiza un estudio conductual de las estrategias que se accionaron durante el período 2010 – 2015.

Tomando como referencia las 6 estrategias más relevantes y su aplicación en el instrumento evaluador. Las estrategias definidas son:

Estrategia 1: Capacitación en Atención de la emergencia Obstétrica⁷, es una acción propuesta para mejorar la calidad de la atención, con personal altamente calificado, enfocados en los partos institucionales.

Estrategia 2: Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo: Indicar el curso de psicoprofilaxis a la pareja y promoción de la lactancia materna a partir del sexto control o 30 semanas de embarazo¹⁷.

Estrategia 3: Formación de Agentes Comunitarios en detección temprana de riesgos en la embarazada¹⁸. Funciona como estrategia para disminuir la morbilidad materna y los embarazos en la adolescencia.

Estrategia 4: Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las EPS: acciones direccionadas el control de la oferta de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que minimicen los riesgos y Detección temprana de las alteraciones del embarazo¹⁵.

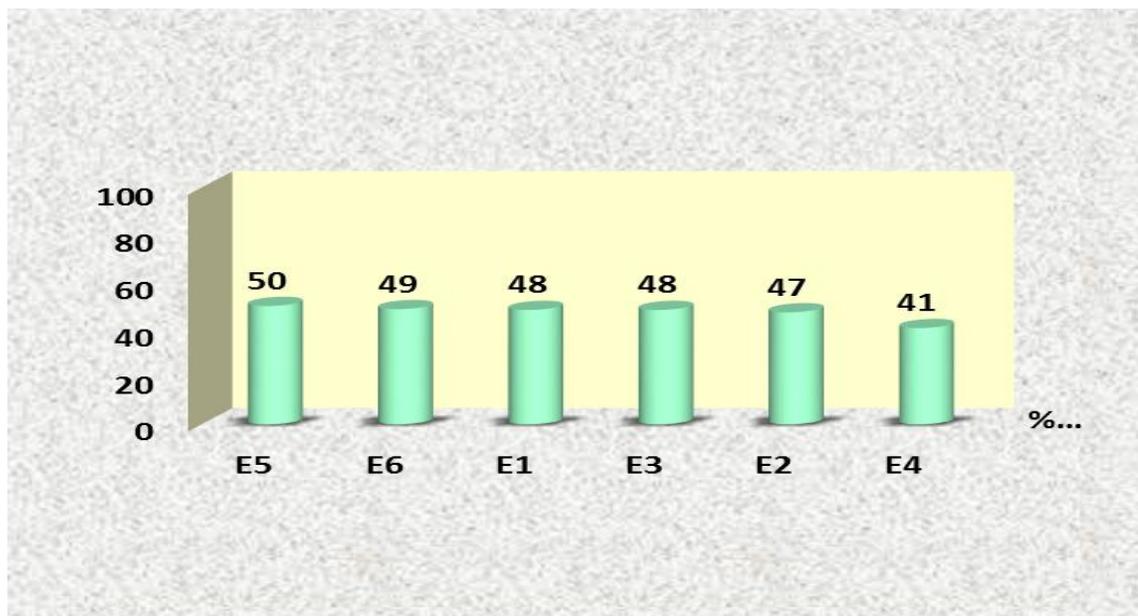
Estrategia 5: Coordinación y articulación interinstitucional para el análisis de casos de mortalidad materna. La implementación de la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema, a través de los COVES, contribuyendo al control del embarazo, salud de la madre y del producto⁷.

Estrategia 6: Sensibilización a los adolescentes por municipio a través de conversatorios para la promoción de los derechos y deberes para el ejercicio responsable de la sexualidad en los adolescentes y promoción del modelo de

servicios amigables para la atención de integral de los adolescentes a través de talleres, encuentros y entrega de un CD con contenidos relacionados con la temática¹⁷.

Una vez realizado el ejercicio de calificación, (VER ANEXOS 2 – 7) con participantes de amplia experiencia, criterios y conocimientos, del sector médico y gerencial, se pone de manifiesto que las acciones ejecutadas en el departamento han tenido una efectividad relativa y con tendencia a la media.

Tabla 5. Efectividad de estrategias implementadas en Córdoba para el control de la morbi – mortalidad materna . 2010 – 2015



Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de datos tomados de SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

La efectividad de las diferentes estrategias osciló entre el 41% de la estrategia 4: Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las EPS y el 50% obtenido por la estrategia 5: Coordinación y articulación interinstitucional para el análisis de casos de mortalidad materna. Esta última relacionada con los COVES y enfocada en la prevención mediante la vigilancia de la morbilidad materna

extrema. Las E6 (49%), E1 (48%), E3 (48%), E2 (47), evidencian un comportamiento similar, lo que indica que en general todas las estrategias tuvieron una efectividad relativa sin superar el 50%.

Estos resultados son congruentes con los expuestos en la Tabla 4. Total de casos reportados de muertes maternas en el departamento de Córdoba, Colombia, 2010 – 2015, que expresa la fluctuación del indicador de mortalidad materna y aunque se han reportado un menor número de casos con respecto al quinquenio anterior, el índice de MM, pero la probabilidad de muerte materna continua siendo el doble que en otras zonas del país y 7.5 veces mayor que en los países en desarrollo.

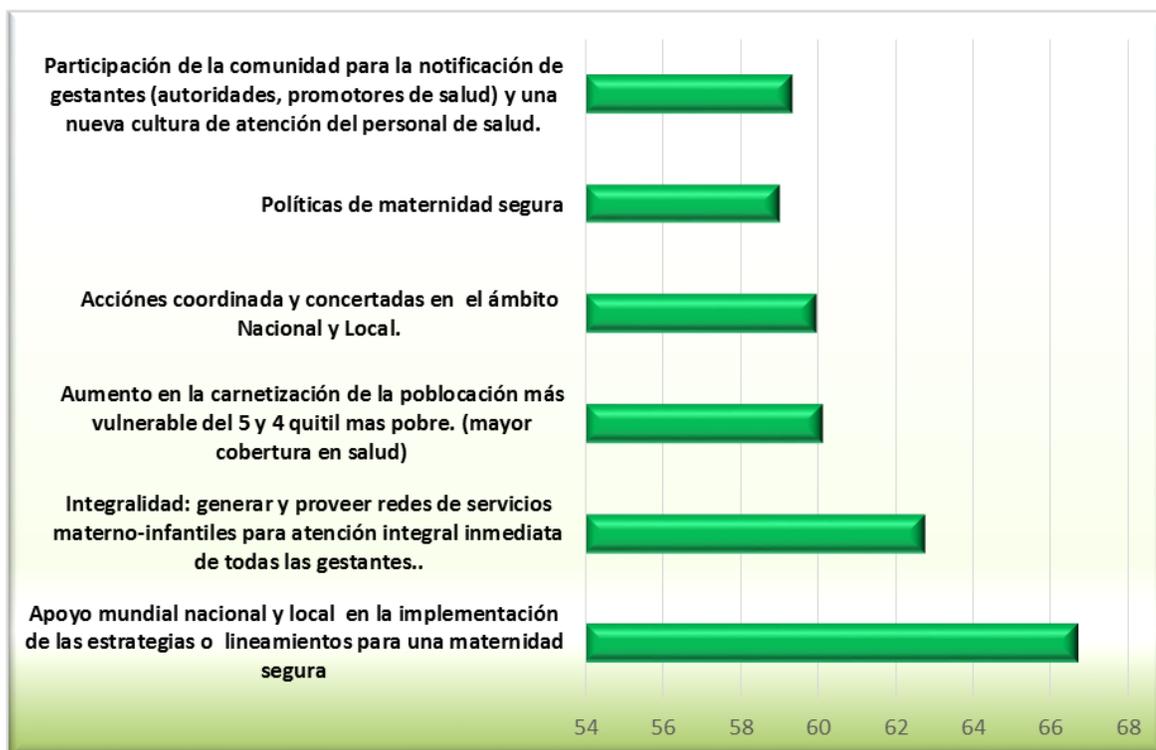
Tabla 6. Grado de impacto de las estrategias gerenciales implementadas en cada variable relacionada.

VARIABLE O CRITERIO A CONSIDERAR	GRADO DE IMPACTO PONDERADO						PGIP
1. Talento humano calificado	⇒ 59	↓ 39	↓ 38	↓ 35	⇒ 58	↓ 34	↓ 44
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura	↓ 54	⇒ 47	⇒ 54	↑ 82	↑ 79	↑ 85	↑ 67
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.	⇒ 59	↓ 35	↓ 37	⇒ 53	⇒ 53	↓ 41	↓ 46
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)	⇒ 57	↑ 56	⇒ 61	⇒ 55	↑ 67	⇒ 66	↑ 60
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	⇒ 54	↑ 56	↑ 63	⇒ 59	⇒ 58	⇒ 53	⇒ 57
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..	↑ 68	↑ 61	⇒ 62	⇒ 59	⇒ 61	⇒ 66	↑ 63
3. participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.	⇒ 60	↑ 59	↑ 63	⇒ 64	⇒ 57	⇒ 53	↑ 59
4. Políticas de maternidad segura	⇒ 63	↑ 59	↑ 77	↓ 46	⇒ 49	⇒ 59	↑ 59
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.	↓ 52	↑ 61	⇒ 61	⇒ 59	↑ 64	⇒ 63	↑ 60
2. Debil cultura del autocuidado	↑ 76	↑ 53	↓ 45	↑ 78	⇒ 52	↓ 47	↑ 58
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.	↑ 67	↑ 53	⇒ 56	↓ 41	↑ 64	⇒ 63	⇒ 57
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	↓ 42	↑ 53	↓ 38	⇒ 66	⇒ 53	⇒ 53	⇒ 51
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.	⇒ 58	↑ 61	⇒ 58	⇒ 65	↑ 65	⇒ 57	↑ 61
2. inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.	⇒ 59	↑ 61	↓ 47	⇒ 53	⇒ 49	⇒ 53	⇒ 54
3. transparencia en uso de recursos	↓ 42	⇒ 46	↓ 33	↓ 41	↓ 25	↓ 43	↓ 38

Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de la implementación del instrumento evaluador.

Dentro del análisis de datos realizado, se tuvieron en cuenta cada una de las variables y el grado de impacto ponderado de estas sobre los resultados de las estrategias, en un enfoque cuantitativo que refleja los aspectos más relevantes a resaltar para promover o dilatar el logro de los objetivos.

Tabla 7. Grado de impacto positivo de las variables sobre la efectividad de las estrategias gerenciales implementadas en el departamento de Córdoba. 2010 – 2015.



Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de la implementación del instrumento evaluador.

Las acciones que fomentan la efectividad de las estrategias gerenciales de manera positiva, lo hacen de manera equilibrada y están directamente relacionadas entre sí como acciones grupales, destacando el hecho de que el éxito de las mismas depende de todos y no de alguien en particular.

El apoyo mundial, nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura, fue el aspecto más relevante para el logro de los objetivos señalados, con un grado de impacto de 67%, seguido de la

Integralidad (63%) o acciones para generar y promover redes de servicios materno – infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes.

La carnetización de la población más vulnerable y las acciones coordinadas y concertadas en el ámbito nacional y local muestran grado de impacto del 60% y las políticas de maternidad segura y la participación de la comunidad muestran un impacto del 59%.

Tabla 8. Grado de impacto negativo de las variables sobre la efectividad de las estrategias gerenciales implementadas en el departamento. 2010 - 2015



Fuente: Elaborado por grupo investigador, a partir de la implementación del instrumento evaluador.

La efectividad de las estrategias se vio seriamente afectada por la transparencia en el uso de los recursos con un grado de efectividad del 38%, la falta de personal calificado (44%), en especial en comunidades aisladas, la falta de referenciación e implementación de modelos exitosos (46%), los pobres controles prenatales y atención del parto institucional (51%), fomentado además por razones socio culturales, las fallas en el sistema de salud pública (54%) en el departamento, son aspectos que impactan negativamente la efectividad de las estrategias expuestas.

De acuerdo al trabajo de investigación realizado, las estrategias gerenciales propuestas por el grupo investigador teniendo en cuenta las estrategias con sobresaliente resultado en la evaluación de efectividad se sugiere principalmente y con mejoramiento continuo, permanecer con la realización de los comité de vigilancia epidemiológica para el análisis de muertes maternas.

También el equipo investigador propone, que los entes gubernamentales destinen recursos económicos amplios y suficientes que aceleren la aplicación de medidas para lograr efectividad en las intervenciones de salud mental y reproductiva de manera continua, igualmente se recomienda la creación de una unidad “Maternidad es vida”, que cuente con un grupo interdisciplinario de atención, con representantes del Gobierno, personal de salud y de la comunidad, con responsabilidades que garanticen cobertura a nivel Departamental, con accesibilidad, efectividad en la oportunidad y en la ejecución de las estrategias establecidas, que los integrantes de la unidad “Maternidad es vida”, reciban sensibilización y capacitación de estricto cumplimiento.

Que dentro de sus facultades y competencias se encuentre: a. Identificación de riesgos en la implementación de cada una de las estrategias, b. Identificación temprana de obstáculos como barreras administrativas por parte los prestadores de servicios de salud, c. Análisis de los eventos en tiempo real con reacciones inmediatas, d. Elaboración y ejecución de acciones proactivas y reactivas puntuales, enfocadas en el control de la morbi – mortalidad materna, e. Establecer metas y elaborar mecanismos de seguimiento, acompañamiento, vigilancia y control, para medir los avances a corto, mediano y largo plazo, en el cumplimiento de los objetivos propuestos, f. Monitorear permanente las acciones programadas y ejecutas en Córdoba, con apoyo nacional y lineamientos internacionales, igualmente se recomienda mejorar la calidad y exhaustividad de la información. Los datos obtenidos de los registros civiles y otros datos en encuestas en los hogares, siguen siendo incoherentes.

6. CONCLUSIONES

De manera general, se puede conceptualizar que las estrategias implementadas han impactado medianamente el control de la mortalidad materna, derivación que resulta congruente con los datos estadísticos antes estudiados, donde el Departamento de Córdoba ha logrado mediante éstas estrategias bajar el indicador de acuerdo a lo investigado, queda en evidencia que las estrategias propuestas para los entes encargados del control de las muertes maternas son las que han mostrado mayor efectividad para el control de las mismas, las cuales son el análisis de casos a través de COVES y la promoción de servicios amigables, para ésta investigación las estrategias con los dos porcentajes sobresalientes con un 50% y un 48%, serían las estrategias propuestas para destacar en el control de la mortalidad materna, sin abandonar las estrategias encomendadas por el Ministerio de Salud, se propone igualmente, seguimiento al riesgo, ya que se demostró en la teoría revisada que recientemente desde el año 2013, se ha aumentado el seguimiento al riesgo de las morbilidades en las gestantes que en el número en sí de las muertes ocurridas.

Desde el hecho que las estrategias gerenciales depende de todos o varios y no de un solo responsable, al medir el impacto las acciones que fomentan la efectividad de las estrategias gerenciales de manera positiva, lo hacen de manera equilibrada y están directamente relacionadas entre sí como acciones grupales, lo que se evidencia en la aplicación de cada variable en las estrategias.

Existen estrategias de tipo administrativo fundamentas a nivel mundial, y nacional, aunque aislado al instrumento evaluador, se pudo identificar que a nivel departamental existen retrasos en las contrataciones realizadas a los profesionales que brindan asistencia técnica a los municipios del departamento.

Se evidencia que se cuenta con estrategias estudiadas, validadas, que aportan al control pero que el seguimiento a las mismas se encuentra en riesgo. Se resalta que el apoyo brindado por los participantes, hizo un aterrizaje a la realidad del cumplimiento de las estrategias, en comparación a lo que se encontró en las investigaciones realizadas; las muertes maternas es una problemática real que necesita interesados para su control, lo cual aporta notablemente al control de las mismas, interesados en estudiar más de su vigilancia, sus riesgos, la atención con calidad, los implicados en su prevención, que no se olvide que en cada familia hay mujeres en riesgo y tu puedes aportar a su prevención.

Como propuestas por el grupo investigar se identifica la destinación de recursos económicos amplios y suficientes que aceleren la aplicación de medidas para lograr efectividad, creación de una unidad de gestión administrativa de atención a gestantes por un grupo interdisciplinario, con representantes de todas las partes interesadas: gobierno, personal de salud y comunidad en general, que los integrantes de la unidad “Maternidad es vida”, reciban capacitación exhaustiva y concientización sobre el tema.

Los parámetros aplicados al control de muertes maternas, se han centrado y fundamentado más en la morbilidad para hacer gestión al riesgo, de forma sistemática, lo que podría alcanzar grandes logros en el futuro, pero que como medida sistemática y cultural presenta dificultades en su desarrollo y fortalecimiento, eso sin contar que con muchas las variables que afectan directa e indirectamente la efectividad de las estrategias.

7. RECOMENDACIONES

Una vez terminado el trabajo de investigación, se considera pertinente continuar estudios asociados al tema de la mortalidad materna, igualmente se propone lo siguiente:

- Socializar resultados con entes y/ participantes y recomendaciones
- Elaborar plan de mejoramiento a nivel departamental para el control y seguimiento de la aplicación de las estrategias gerenciales activas.
- Generar tácticas en compañía de instituciones responsables de las gestantes que den cumplimiento a las estrategias gerenciales de control de muertes maternas.
- Crear proyectos para aumento en la cobertura en la prestación de servicios para las emergencias obstétricas.
- Ejecutar proyectos de servicios obstétricos especializados para toda la población gestante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido Machado MI, Tabares Grisales DM, Vásquez Correa MM, *Elementos gerenciales para un programa prenatal exitoso*. Monografía para título especialización. 2011.
2. Organización Panamericana de la salud. *Maternidad Saludable*, Mortalidad materna en cifras mundiales. Sección 1. 1998. [Internet] <http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm> (Último acceso 31 de mayo 2016).
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estrategia De Unicef En América Latina Y El Caribe Para Contribuir A La Reducción De La Morbimortalidad Materna, Neonatal E Infantil*. Panamá: República de Panamá; 2011-2015 [Internet] http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal.pdf (Último acceso 26 de mayo 2016).
4. Organización de las Naciones Unidad. *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015*. 1ª ed. Nueva York, 2015. [Internet] http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg_2015_s_summary_web.pdf (Último acceso 26 de mayo 2016).
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estrategia Y Plan de Acción Regionales Sobre La Salud Del Recién Nacido En El Contexto Del Proceso Continuo De La Atención De La Madre Del Recién Nacido Y Del Niño*. Washington, D.C., EUA; 2008. [Internet] http://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/MatNeoNat-Estrategia_plan_accion_salud_recien_nacido-2008.pdf?ua=1 (Último acceso 26 de mayo 2016).
6. González de Paco M, Las mujeres que dan Vida... caminan por los andamios de la Muerte. *Mortalidad Materna Gobernación de Córdoba*. 2008; [Internet] <http://www.saludcordoba.gov.co/portal/descargas/sivigila2010/mama.pdf>. (Último acceso 31 de mayo 2016).
7. Equipo Maternidad Segura Subdirección de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública Instituto Nacional de Salud INS. *Protocolo de vigilancia en salud pública. MINSALUD, morbilidad materna extrema*. Colombia; 2016.

[Internet] <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf> (Último acceso 31 de mayo 2016).

8. Henderson, B. D., El concepto de estrategia. *Manual de Administración Estratégica*. 1984. [Internet] <http://www.virtual.sepi.upiicsa.ipn.mx/mdid/concestrate.pdf> (Último acceso 31 de mayo 2016).
9. Peraza A. *La estrategia gerencial y su aplicación en la gestión de los gobiernos locales*, Trabajo de investigación. Universidad de Carabobo: 2012.
10. Armendariz J. Alloza A. Diaz J. Entorno de control: siete preguntas que cualquier consejero debe plantearse. Instituto de auditores internos de España; 2014.
11. LEY NÚMERO 100 DE 1993, *Sistema De Seguridad Social Integral*. 23 de diciembre de 1993, 100: 73-74-75-76. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%200100%20de%201993.Pdf (último acceso 06 de octubre 2016).
12. LEY NÚMERO 1122 DE 2007, *Disposiciones Generales*. 09 de enero de 2007. 112: 12-13-14-15. <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1122%2007.pdf> (último acceso 06 de octubre 2016).
13. LEY 1098 DE 2006, *Disposiciones Generales*. 8 de noviembre 2006. 1098: 21. <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201098%20DE%202006.pdf> (último acceso 06 de octubre 2016).
14. DECRETO 3039 DE 2009, *Por El Cual Se Adopta El Plan De Salud Pública 2007-2010*. 10 de agosto de 2007. 3039: 5-6-7-8-9-10-11-12-13. http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO%203039_2007%20Plan%20Nacional%20SP%202007-2010.pdf (último acceso 06 de octubre 2016).
15. RESOLUCIÓN NÚMERO 412 DE 2000, *Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de*

atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, 25 de febrero de 2000. 412: 1-2-3-4-5-6. <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf> (último acceso 06 de octubre 2016).

16. LEY ESTATUTARIA NÚMERO 1751, *Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes.* 16 de febrero de 2015. 1751: 6-7-8. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf (último acceso 06 de octubre 2016).
17. Aguila S.I, Álvarez M, Breto A, Carbonell I.C, Delgado J, Díaz J, González G, Gutierrez A, López R, Oviedo R, Perez A, Ramos I, Salvador S. *La Morbilidad materna Extremadamente Grave, Un Reto Actual Para La Reducción De La Mortalidad Materna.* Editorial: Molinos trade S.A; 2012. http://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf (última fecha de acceso 09 de octubre de 2016)
18. Ardila Delgado A. Arango González S. www.equidadmujer.gov.co Editor: Santiago Arango. <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf> (última fecha de acceso 09 de octubre de 2016).

ANEXOS.

Anexo 1.

MATRIZ CUALI- CUANTITATIVA PARA VALORAR ESTRATEGIAS							
NOMBRE: Representante Secretaría de Salud departamental.							
ANALISIS FODA	Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Formación de Agentes Comunitarios	Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las EPS	COVE	Sensibilización a los adolescentes por municipio.	IMPACTO PONDERADO
Factores Críticos para el logro de los objetivos.	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	
FORTALEZAS							
1. Talento humano calificado							
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura							
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.							
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)							
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.							
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..							
3. Participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.							
4. Políticas de maternidad segura							
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.							
2. Débil cultura del autocuidado							
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.							
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.							
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.							
2. Inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.							
3. Transparencia en uso de recursos							
Subtotal							
TOTAL	0	0	0	0	0	0	
	% de efectividad						
Que tanto las estrategias están apalancando cada una de las variables de forma positiva.	Alto	100					
	Medio	60					
	Bajo	20					
	Nada Importante	0					

Anexo 2.

MATRIZ CUALI- CUANTITATIVA PARA VALORAR ESTRATEGIAS							
NOMBRE: Representante Secretaria de Salud departamental.							
ANALISIS FODA	Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Formación de Agentes Comunitarios	Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las EPS	COVE	Sensibilización a los adolescentes por municipio.	IMPACTO PONDERADO
Factores Críticos para el logro de los objetivos.	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	
FORTALEZAS							
1. Talento humano calificado	5	6	6	9	6	8	→ 59
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura	5	6	2	5	10	8	↓ 54
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.	5	6	6	9	6	8	→ 59
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)	9	6	6	9	2	8	→ 57
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	5	6	6	5	10	5	→ 54
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..	9	9	6	9	6	8	↑ 68
3. participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.	5	6	9	5	10	5	→ 60
4. Políticas de maternidad segura	9	6	9	9	6	5	→ 63
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.	9	6	6	5	6	5	↓ 52
2. Debil cultura del autocuidado	5	9	9	9	10	8	↑ 76
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.	5	9	9	5	6	8	↑ 67
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	5	6	6	2	6	5	↓ 42
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.	9	6	9	9	6	2	→ 58
2. inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.	5	9	6	5	6	8	→ 59
3. transparencia en uso de recursos	5	6	6	2	6	5	↓ 42
Subtotal							869
TOTAL	100	100	100	96	100	100	58

Anexo 3.

MATRIZ CUALI- CUANTITATIVA PARA VALORAR ESTRATEGIAS							
NOMBRE: Representante Secretaria de Salud departamental.							
ANALISIS FODA	Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Formación de Agentes Comunitarios	Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las	COVE	Sensibilización a los adolescentes por municipio.	IMPACTO PONDERADO
Factores Críticos para el logro de los objetivos.	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	
FORTALEZAS							
1. Talento humano calificado	8	3	2	3	7	7	↓ 39
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura	8	3	2	10	7	7	→ 47
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.	3	3	2	10	7	2	↓ 35
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)	3	8	7	10	7	7	↑ 56
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	3	8	7	10	7	7	↑ 56
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..	8	8	7	10	7	7	↑ 61
3. participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.	8	8	12	3	7	7	↑ 59
4. Políticas de maternidad segura	8	8	12	3	7	7	↑ 59
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.	8	8	7	10	7	7	↑ 61
2. Debil cultura del autocuidado	8	8	7	3	7	7	↑ 53
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.	8	8	7	3	7	7	↑ 53
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	8	8	7	3	7	7	↑ 53
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.	8	8	7	10	7	7	↑ 61
2. inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.	8	8	7	10	7	7	↑ 61
3. transparencia en uso de recursos	8	8	7	3	7	2	→ 46
Subtotal							799
TOTAL	100	100	100	100	100	100	53

Anexo 4.

MATRIZ CUALI- CUANTITATIVA PARA VALORAR ESTRATEGIAS							
NOMBRE: Representante de los profesionales de la salud (ginecólogo) .							
ANALISIS FODA	Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Formación de Agentes Comunitarios	Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las	COVE	Sensibilización a los adolescentes por municipio.	IMPACTO PONDERADO
Factores Críticos para el logro de los objetivos.	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	
FORTALEZAS							
1. Talento humano calificado	6	2	3	3	6	8	↓ 38
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura	6	7	3	10	6	8	→ 54
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.	6	7	3	3	6	3	↓ 37
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)	6	7	9	10	6	8	→ 61
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	2	7	9	10	10	8	↑ 63
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..	2	7	9	3	10	14	→ 62
3. participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.	10	12	9	3	6	8	↑ 63
4. Políticas de maternidad segura	10	12	14	3	10	8	↑ 77
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.	6	12	9	10	6	3	→ 61
2. Debil cultura del autocuidado	6	7	3	3	6	8	↓ 45
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.	10	2	9	3	10	8	→ 56
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	6	2	9	3	6	3	↓ 38
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.	10	7	3	10	6	8	→ 58
2. inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.	6	2	9	10	6	3	↓ 47
3. transparencia en uso de recursos	6	2	3	10	2	3	↓ 33
Subtotal							793
TOTAL	100	100	100	100	100	100	53

Anexo 5.

MATRIZ CUALI- CUANTITATIVA PARA VALORAR ESTRATEGIAS							
NOMBRE: REPRESENTANTE DE LA SALUD (ENFERMERA JEFE SERVICIO DE MATERNIDAD)							
ANALISIS FODA	Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Formación de Agentes Comunitarios	Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las	COVE	Sensibilización a los adolescentes por municipio.	IMPACTO PONDERADO
Factores Críticos para el logro de los objetivos.	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	
FORTALEZAS							
1. Talento humano calificado	9	2	2	2	6	6	↓ 35
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura	14	9	9	7	10	9	↑ 82
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.	3	9	9	7	6	2	→ 53
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)	3	6	5	12	6	6	→ 55
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	3	6	5	7	10	9	→ 59
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..	9	6	9	7	6	6	→ 59
3. participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.	9	9	9	2	6	9	→ 64
4. Políticas de maternidad segura	3	6	9	2	6	6	↓ 46
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.	9	6	9	7	6	6	→ 59
2. Debil cultura del autocuidado	9	9	5	12	10	9	↑ 78
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.	3	6	5	2	6	6	↓ 41
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	9	6	9	12	6	6	→ 66
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.	9	9	5	7	6	9	→ 65
2. inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.	9	6	5	7	6	6	→ 53
3. transparencia en uso de recursos	3	6	5	2	6	6	↓ 41
Subtotal							855
TOTAL	100	100	100	100	100	100	57

Anexo 6.

MATRIZ CUALI- CUANTITATIVA PARA VALORAR ESTRATEGIAS							
NOMBRE: Jaqueline Gómez Pereira							
ANALISIS FODA	Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Formación de Agentes Comunitarios	Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las	COVE	Sensibilización a los adolescentes por municipio.	IMPACTO PONDERADO
Factores Críticos para el logro de los objetivos.	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	
FORTALEZAS							
1. Talento humano calificado	8	6	6	7	9	6	58
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura	5	9	9	12	9	10	79
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.	8	6	6	7	5	6	53
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)	5	9	9	7	9	6	67
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	8	9	6	7	5	6	58
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..	5	6	6	7	9	10	61
3. participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.	8	9	9	2	5	6	57
4. Políticas de maternidad segura	5	6	6	7	5	6	49
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.	8	6	6	7	9	10	64
2. Debil cultura del autocuidado	8	6	9	2	5	6	52
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.	8	6	9	7	5	10	64
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	8	6	6	7	5	6	53
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.	8	6	6	12	9	6	65
2. inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.	5	6	6	7	5	6	49
3. transparencia en uso de recursos	5	6	2	2	2	2	25
Subtotal							855
TOTAL	100	100	100	100	100	100	57

Anexo 7.

MATRIZ CUALI- CUANTITATIVA PARA VALORAR ESTRATEGIAS							
NOMBRE: SANDRA LACOUTURE							
ANALISIS FODA	Capacitación en Atención de la Emergencia Obstétrica	Curso de Atención psicoprofiláctica del embarazo	Formación de Agentes Comunitarios	Seguimiento y control del proceso de demanda inducida a las	COVE	Sensibilización a los adolescentes por municipio.	IMPACTO PONDERADO
Factores Críticos para el logro de los objetivos.	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	CALIFICACIÓN PONDERADA	
FORTALEZAS							
1. Talento humano calificado	6	2	2	2	6	6	↓ 34
2. Apoyo mundial nacional y local en la implementación de las estrategias o lineamientos para una maternidad segura	6	11	10	12	11	10	↑ 85
3. Referenciación en el Sector salud nacional e internacional.	6	2	2	7	6	6	↓ 41
4. Aumento en la carnetización de la población más vulnerable del 5 y 4 quintil mas pobre. (mayor cobertura en salud)	6	11	10	7	6	6	→ 66
OPORTUNIDADES							
1. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	6	7	6	7	6	6	→ 53
2. Integralidad: generar y proveer redes de servicios materno-infantiles para atención integral inmediata de todas las gestantes..	6	7	6	12	6	10	→ 66
3. participación de la comunidad para la notificación de gestantes (autoridades, promotores de salud) y una nueva cultura de atención del personal de salud.	6	7	10	2	6	6	→ 53
4. Políticas de maternidad segura	6	7	10	7	6	6	→ 59
DEBILIDADES							
1. Falta de acciones coordinada y concertadas en el ámbito Nacional y Local.	10	7	6	7	6	10	→ 63
2. Debil cultura del autocuidado	6	7	6	2	6	6	↓ 47
3. Centros de atención insuficientes y poco accesibles.	10	7	6	7	6	10	→ 63
4. Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.	6	7	6	7	6	6	→ 53
AMENAZAS							
1. Cambios en las políticas gubernamentales , perdiendo continuidad en la implementación de los lineamientos del ministerio.	10	7	6	7	6	6	→ 57
2. inadecuado control de otros indicadores de salud pública: Salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, control de la pobreza.	6	7	6	7	6	6	→ 53
3. transparencia en uso de recursos	2	7	6	7	6	2	↓ 43
Subtotal							835
TOTAL	100	100	100	100	100	100	56