



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

EDUARDO JOSE ALVARADO SANTANDER
Viceministro de Salud y Bienestar

ANA CRISTINA GONZALEZ VÉLEZ
Directora General de Salud Pública

LUZ ELENA MONSALVE RÍOS
Coordinadora Grupo de Promoción y Prevención

GRUPO CONSULTOR
CLAUDIA LUCÍA BOADA CHAPARRO
MIRIAM COTES BENÍTEZ

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se conserve intacto su contenido y se dé crédito al Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública

Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna
Primera edición 2004-07-29 ISBN:
Queda hecho el depósito legal

Impreso en Colombia

INDICE

PRESENTACIÓN AGRADECIMIENTOS

PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Consultoras: Claudia Lucía Boada Miriam Cotes Benítez

PRESENTACIÓN

La salud sexual y reproductiva en general, y en particular todos los factores que tienen que ver con la maternidad segura, y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos asociados a ésta, como el derecho a la vida, reflejan de manera directa el nivel de desarrollo de un país y el grado de reducción de las inequidades sociales y económicas que lo afectan. En lo que se refiere a la mortalidad materna, esto puede expresarse de la siguiente manera: mientras menor sea el número de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo y el parto, puede decirse que el nivel de desarrollo de un país es mayor. En este sentido, cualquier conjunto de acciones que apunte a reducir la mortalidad materna tiene un impacto significativo sobre los diferentes factores que condicionan la inequidad y el subdesarrollo de un país.

La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, y legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. A pesar de que desde hace varias décadas en Colombia se ha trabajado con iniciativas para la reducción de la mortalidad materna se siguen teniendo cifras altas que se estiman en 104,9 por 100.000 nacidos vivos¹ con diferencias importantes por departamento, por grupo étnico y por condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población, entre otras.

En el desarrollo de las acciones para la reducción de la mortalidad materna en nuestro país se han involucrado diversos actores gubernamentales y no gubernamentales que, desde sus competencias y responsabilidades, han contribuido a que la mortalidad materna sea parte de la agenda de trabajo del sector salud. Sin embargo, pese a los ingentes esfuerzos realizados pareciera que no hemos dado en el blanco: las cifras de mortalidad materna siguen siendo preocupantes. Por ello, el actual gobierno incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública y en la política nacional de salud sexual y reproductiva se estableció en concordancia la estrategia de maternidad segura. Con el fin de reforzar estas medidas ha decidido movilizar a todos los actores relacionados en torno a un plan de choque que restituya la importancia de la reducción de la mortalidad materna en el país y desencadene acciones que puedan impactarla rápidamente.

El plan de choque que aquí se presenta se formula como una acción prioritaria y para desarrollarse en nueve meses y hace parte de un conjunto de políticas, planes y proyectos de más largo alcance, entre los que se destaca la política nacional de salud sexual y

¹ *Situación de salud en Colombia: indicadores básicos*. Ministerio de la Protección Social. INS. OPS, 2003.

reproductiva. El objetivo último de estas estrategias más generales es reducir en un 50% la mortalidad materna por causas evitables en este gobierno.

Para la elaboración de este plan de choque se revisó la bibliografía más relevante sobre la reducción de la mortalidad materna y se adelantó un proceso de consulta con expertos/as (organismos internacionales, EPS/ARS/IPS, Direcciones Territoriales de Salud, académicos, centros de investigación, universidades, comunicadores, etc.). Esperamos que en este plan de choque se comprometan todos los actores a los que se está convocando, que la mortalidad materna sea tema prioritario en la agenda no sólo del sector salud sino de la sociedad en su conjunto y que esto se traduzca en una mejor atención del embarazo y el parto y la consecuente y necesaria reducción de las muertes maternas en el país.

DIAGNÓSTICO

Cifras y datos de mortalidad materna en Colombia

La estimación de las cifras de mortalidad materna en Colombia presenta serios problemas. Los dos componentes de la razón de mortalidad materna provienen de las estadísticas vitales y constituyen la única fuente de información, aunque con frecuencia estas estadísticas tienen problemas de calidad y cobertura.² Existen dificultades tanto en relación con la identificación de las muertes maternas como imprecisión del certificado de defunción y subregistro de los partos ocurridos en el domicilio.³ De otro lado, las dificultades en el registro obstaculizan el ajuste de las tasas y propician diferencias entre los datos emanados de distintas entidades.⁴ Así mismo, dependiendo de la fuente empleada para establecer el número de nacidos vivos (proyecciones DANE vs. certificados de nacimiento) se producen distintos escenarios en las cifras de la mortalidad materna.

A pesar de lo anterior, para efectos de este plan de choque se utilizan como fuente los datos del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud y de la OPS (2003) consignados en el documento *Situación de salud en Colombia: indicadores básicos 2003* de acuerdo con el cual la razón de mortalidad materna en Colombia es de 104,9 por 100.000 nacidos vivos. Las cifras generales presentan diferencias importantes por departamentos, urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación.

En el análisis de la mortalidad materna para los años 1992-1996, la distribución por departamentos de Nariño, Boyacá, Caquetá, Cauca presentaban las tasas de mortalidad materna más altas. Si se analiza por subregiones, en cinco de éstas el país concentraba más del 90% de la mortalidad materna: Suroccidente Colombiano (Cauca y Nariño), Valles de los ríos Sinú, San Jorge y San Juan (Sucre y Córdoba), Magdalena Medio (Santander, Antioquia, sur del Cesar y sur de Bolívar), pie de monte llanero (Caquetá, Putumayo, Huila

² *La mortalidad materna en Colombia 1998-2001 ¿cuánto ha mejorado su estimación? Versión premilitar.* Magda Ruiz Salguero, 2004.

³ Colombia Médica. *Mortalidad materna en Cali: ¿Una década sin cambios?* Ana Salazar Aristizábal, Martha Lucía Vásquez Truissi. Vol. 27 N° 3-4, 1996.

⁴ Por ejemplo, para 2001 existen 198 muertes (28% del total 714/2001) con diagnóstico de “otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte.” Esta situación evidencia el grado de imprecisión en el registro de las muertes con las consecuencias que esto trae en términos de establecimiento de sus causas para mencionar sólo un aspecto.

y Tolima) y otros municipios pertenecientes a Chocó y Boyacá.⁵ De las 714 muertes maternas reportadas por estadísticas vitales al DANE en 2001, nueve departamentos y un distrito aglutinan el 52% del total. Así, en Bogotá se presentan 97 muertes, en Antioquia 67, en Valle 59, en Cundinamarca 37, en Cauca 36, en Nariño 35, en Atlántico 35, en Santander 30, en Bolívar 29 y en Boyacá 25.⁶ Teniendo en cuenta la distribución de la mortalidad materna en el país, si se despliegan acciones en estos departamentos se impactaría sobre el territorio responsable de la mitad de los casos.

Vale la pena resaltar que en el resto de los departamentos (48%) el primer lugar lo ocupa el Chocó, departamento que ha mantenido tasas de mortalidad materna muy altas en los últimos años.

Causas de la mortalidad materna

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas. Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo.⁷

Las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias.⁸ Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser evitables. Sobre las causas indirectas se tiene poca información consolidada. Es importante resaltar que se encuentra un volumen considerable de muertes que no se clasifica adecuadamente y otras que ocurren después del día 42 del puerperio, pero que se encuentran relacionadas con la maternidad y que no se contabilizan dentro de las primeras causas.

En cuanto al aborto inducido, éste es penalizado en Colombia y en consecuencia la estimación de sus cifras es muy compleja. Su carácter ilegal origina la realización de abortos realizados de manera insegura y en malas condiciones, lo cual desencadena complicaciones que pueden ocasionar enfermedades mayores, secuelas de salud y muerte. Se estima que casi el 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones prestadoras de servicios de salud es inducido.⁹

Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna

⁵ *La mortalidad materna en Colombia, estimaciones departamentales y municipales, 1992-1996*, Magda Ruiz Salguero, DANE, abril 2001

⁶ *Defunciones maternas por grupos de edad, según departamento de residencia y lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 (basada en la lista 6/66 de OPS)*. DANE, 2001.

⁷ *Factores Asociados a la Mortalidad Materna en Medellín 2001-2003*, Gineco-CES, 2004.

⁸ *Mortalidad materna en Colombia: evolución y estado actual*. Elena Prada Salas, 2001.

⁹ *El estancamiento de la mortalidad maternal en Colombia*. Magda Palacio, 2002.

Las condiciones que se han identificado como factores de riesgo asociados a la mortalidad materna son de diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de uso anticonceptivo y las edades extremas. De otra parte, en el contexto del país también vale la pena analizar el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o no contar con afiliación al sistema, y su relación con la mortalidad materna así como condiciones específicas de vulnerabilidad como la situación de desplazamiento.

- Las mujeres con mayor fecundidad presentan tasas más altas de mortalidad materna. Así, las mujeres con cuatro hijos o más presentan tasas por encima de 120 y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64.
- La mortalidad materna se comporta de manera inversamente proporcional a la prevalencia de uso anticonceptivo. Las zonas con prevalencia por encima del 74% presentan mortalidad materna de 74, mientras que donde la prevalencia anticonceptiva es de 62% o menos la mortalidad materna asciende a 111.
- Según los análisis de mortalidad materna para Colombia 1998-1999, el patrón de mortalidad materna indica que los riesgos son más altos en los primeros años del período fértil. Luego disminuyen, observándose el nivel más bajo entre los 20 y los 29 años para volver a aumentar a medida que avanza la edad.¹⁰ También vale la pena mencionar que en los últimos diez años se ha observado un incremento en la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años.
- En el período 1995 a 2000, de la totalidad de las muertes maternas el 27,3% corresponde a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecía la mujer.¹¹

Determinantes económicas, sociales y culturales

En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta de manera definitiva los indicadores de mortalidad materna. A esta falta de garantías se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas, y debilidades en la gestión que se traducen, de manera notoria, en deficiencia para la prestación de servicios de calidad, dificultades para el acceso, e institucionalización de prácticas que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad. Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros. A su vez, todos estos factores se relacionan con aspectos económicos, sociales y culturales que tienen incidencia en los indicadores de mortalidad materna.

A pesar de que de acuerdo con la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000*, la cobertura de atención prenatal por médico o enfermera es de 87% y la de parto institucional es de 91%, se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de muertes maternas, lo cual podría indicar que existen problemas

¹⁰ *La mortalidad materna en Colombia 1998-2001 ¿cuánto ha mejorado su estimación? Versión premilitar*. Magda Ruiz Salguero, 2004.

¹¹ *Panorama de la mortalidad materna en Colombia*. INS, Rodríguez D. y Acosta J., 2002.

relacionados con la calidad de la atención, los cuales, como ya se ha mencionado antes, se relacionan, a su vez, con la falta de garantía de los derechos de la mujer.

Sin dejar de reconocer la importancia de los diálogos interculturales para el mejoramiento de los indicadores de mortalidad materna, también es importante mencionar aquí como determinantes de la mortalidad materna las características étnicas y culturales de algunos grupos sociales discriminados que llevan a cabo los que se ha denominado “prácticas no seguras” tales como permitir el sangrado, realizar procedimientos que no tienen en cuenta recomendaciones de asepsia, atender el parto por personal no capacitado, entre muchas otras, y el posicionamiento de imaginarios y representaciones de determinadas culturas frente al dolor, frente al pudor y frente a la búsqueda de atención adecuada y oportuna, etc.

Los tres retrasos en la atención materna

En la literatura nacional e internacional se han identificado tres demoras o retrasos en la atención materna que aumentan el riesgo de muerte e influyen directamente en los resultados que se obtienen tanto en el estado de la madre como en el del hijo/a. Estas tres circunstancias se han identificado así: retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, retraso para acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud.

Consecuentemente, para reducir estos riesgos los/as expertos/as recomiendan cuatro acciones:¹² proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención, proporcionar las herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud.

Es importante resaltar que previo al embarazo existen medidas altamente efectivas para disminuir la mortalidad materna. Éstas se enfocan en garantizar el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planeados, retrasar la maternidad y espaciar los nacimientos, previniendo las complicaciones de los abortos y de los embarazos no planeados y de alto riesgo, siempre en el contexto de la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, en los que se enfatiza el derecho a la vida.

MARCO NORMATIVO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

El estancamiento (y/o aumento) de las cifras de mortalidad materna en la última década se presenta a pesar de contar con la formulación e implementación de iniciativas concretas para su reducción. En el contexto de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de la Protección Social/MPS (antes Ministerio de Salud) en colaboración

¹² *Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna.* Population Reference Bureau. Elizabeth Ransom, Nancy Yinger, 2001.

con instituciones con responsabilidades en el tema ha establecido directrices para el mejoramiento de la atención obstétrica, la red de prestadores de servicios, el monitoreo y seguimiento y la vigilancia y control de las acciones que permiten la reducción de factores de riesgo y de la mortalidad materna.

A partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención maternoinfantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos técnicos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales). Las normas técnicas establecen las acciones más costoefectivas para realizarse en la población, de manera secuencial y sistemática. Existe una norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, para la atención del parto (incluye la atención del puerperio) y para la detección de las alteraciones del embarazo. De igual manera, se diseñaron guías de atención para patologías de alta frecuencia y que causan importante carga social y económica en el país. Estas son propuestas de abordaje para la hipertensión inducida por el embarazo y las hemorragias asociadas al mismo, patologías que causan un alto número de muertes maternas. El MPS y el FNUAP realizaron un amplio proceso de difusión nacional de estos documentos técnicos en 2001.

Estas normas técnicas y guías de atención cuentan con un sistema de monitoreo y control llamado Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras que tiene indicadores de cumplimiento de las acciones planteadas en las normas. Adicionalmente, se monitorean los casos de muertes maternas como un indicador centinela de calidad. Pese a estos importantes y extensos desarrollos técnico-normativos, en las evaluaciones realizadas al Régimen Contributivo se observan indicadores de cumplimiento (consultas de control prenatal, atención del parto institucional, consulta del puerperio, entre otros) en grado deficiente o muy deficiente en la mayoría de EPS.¹³ Esta situación podría indicar que no se cumplen las directrices de las normas técnicas y las guías de atención y no se hace el énfasis suficiente en la inducción de la demanda hacia los servicios de salud.

En el Régimen Subsidiado, las Administradoras tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio, planificación familiar y atención neonatal. A su vez, deben cumplir de igual manera con los lineamientos técnicos de normas técnicas y guías de atención y con los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad. La vigilancia de estas acciones es función de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Sin embargo, el proceso de monitoreo y seguimiento a las ARS ha tenido dificultades en algunos departamentos y distritos y los indicadores, en general, tampoco han mostrado un desempeño adecuado.

Es preocupante también que a partir de la expedición de la Ley 715 de 2001 y del Acuerdo 229 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), los municipios deben

¹³ *Informe del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras, Régimen Contributivo, versión preliminar.* Ministerio de la Protección Social, 2003.

hacerse cargo de la prestación de las acciones de planificación familiar, vacunación y detección del cáncer de cuello uterino para los/as afiliados/as al Régimen Subsidiado fragmentando de esta manera la atención de estos eventos. En efecto, la evaluación de la gestión de las acciones realizadas por los municipios muestra que cerca del 47% de éstos no reportan realización de actividades de planificación familiar y del 53% que reporta acciones, la mayoría se sitúa en los rangos deficiente y muy deficiente.¹⁴

Las condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de complicaciones, el proceso de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes han sido reglamentadas a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Resolución 2309). Sin embargo, es claro que existen zonas del país en donde estas condiciones de seguridad y calidad no se tienen, lo cual conlleva riesgos para las mujeres que se atienden allí. Las IPS se han habilitado ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, quienes han realizado la verificación de la habilitación a los prestadores de servicios y concertado los planes de mejoramiento consecuentes. No obstante, se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a estos procesos e iniciar una auditoría continua de la calidad enfocada en el mejoramiento de la atención prenatal y obstétrica, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes.

El MPS ha priorizado el ingreso de las mujeres gestantes vinculadas al Régimen Subsidiado (Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud /CNSSS). Esta medida permite que dichas mujeres cuenten con cobertura de servicios de atención prenatal, parto y puerperio, atención en planificación familiar y atención de las complicaciones.

Al inicio del presente gobierno se incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública y en febrero de 2003 se formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en donde uno de los temas de principal interés es la promoción de la maternidad segura con una meta de reducción de la mortalidad materna de un 50%. En esta política, además, se establecen estrategias para el abordaje del tema y acciones concretas que involucran a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En las directrices expedidas para el Plan de Atención Básica (PAB) se incluye la reducción de la mortalidad materna como una de las líneas de acción prioritarias y determina acciones concretas para su intervención así como indicadores para su monitoreo y vigilancia (Circular 52 de 2003 y 18 de 2004).

En relación con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna existen diversos actos administrativos (Resolución de Estadísticas Vitales 1347 de 1997, Resolución 3148 de 1998 sobre Comités de Estadísticas Vitales en las Direcciones Territoriales y Decreto 955 de 2002 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales), que dan las directrices para el proceso de registro y procesamiento de las estadísticas vitales y la vigilancia de la mortalidad evitable en unidades operativas. Las

¹⁴ *Evaluación de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales resultados anualizados, agosto 2002 – diciembre 2003, informe preliminar.* Ministerio de la Protección Social.

muerres maternas son objeto de reporte obligatorio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

PROPÓSITO Y CONTEXTO DEL PLAN DE CHOQUE

Este plan de choque apunta a reforzar la garantía de los derechos humanos de las mujeres con especial énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la vida. Con base en el diagnóstico y los análisis anteriores, su propósito general es contribuir de manera eficaz y eficiente a la reducción de algunas de las causas de la mortalidad materna y de los factores de riesgo y en la modificación de algunos de los efectos de las determinantes sociales y culturales asociadas a la mortalidad materna.

Es importante anotar que si bien en el plan de choque se hace énfasis en acciones de movilización social, comunicación y vigilancia y control, existe un sinnúmero de acciones que deben desarrollarse dentro de las funciones propias de cada sector o institución involucrada y que tienen que realizarse de manera continua y efectiva, ya que su influencia es directa en las condiciones actuales y futuras de la reducción de la mortalidad materna, tal y como se mencionó en el marco normativo. Este es el caso de todas las estrategias que se enfocan en el mejoramiento en las condiciones para el fortalecimiento de las asociaciones y ligas de usuarios, la formación y capacitación del recurso humano en salud, el desarrollo de otras acciones de salud sexual y reproductiva como la planificación familiar, la prevención de las ITS VIH/Sida y la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual, entre otras.

OBJETIVOS DEL PLAN DE CHOQUE

Fundamentalmente este plan de choque tiene tres objetivos relacionados entre sí:

1. Posicionar el tema de la mortalidad materna en la agenda pública.
2. Visibilizar y monitorear las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales en la reducción de la mortalidad materna.
3. Contribuir a que se reduzca la mortalidad materna en el país.

ALCANCE DEL PLAN DE CHOQUE

Este plan de choque se realizará en nueve meses. Como su nombre lo indica, las acciones de corto plazo contempladas en él tienen como finalidad generar un movimiento inicial fuerte que sea un punto de partida para estrategias y acciones de más largo alcance. En otras palabras, este plan busca desencadenar acciones que lleven a un mayor cumplimiento de las normas, a revisar los modelos y a definir y mantener estrategias para el mediano y largo plazo. En este plan, se priorizan acciones viables y factibles en el periodo de tiempo asignado, reconociendo que existen gran cantidad de acciones no incluidas aquí cuyo desarrollo implicaría un periodo de tiempo más extenso que el inicialmente propuesto.

ÁREAS DE ACCIÓN

Se han determinado dos áreas de acción prioritarias para la implementación de este plan. La primera tiene que ver con la comunicación y movilización social para sensibilizar al país

frente al tema y la segunda corresponde a acciones que permiten monitorear las directrices que ya han sido formuladas por los entes rectores y controlar a los actores responsables de su ejecución. Estas dos líneas de acción han sido priorizadas sobre otros temas ya que se considera que pueden impulsar otras acciones que se encuentran en desarrollo y otras que se realizarán en fases posteriores.

TEMAS DEL PLAN DE CHOQUE

En el contexto de las áreas prioritarias del plan de choque, se trabajará fundamentalmente en los siguientes temas:

Comunicación y movilización social:

1. Indiferencia social ante la mortalidad materna, 2. Barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones, 3. Discriminación positiva de la mujer gestante en la vida cotidiana, 4. Falta de reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre el embarazo y 5. Detección de signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo.

Fortalecimiento de las acciones de seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional:

1. Vigilancia intensificada del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en la red de instituciones prestadoras de servicios, 2. Vigilancia del cumplimiento de las acciones de las normas técnicas y guías de atención y de los indicadores de gestión (cumplimiento y centinela de calidad) en relación con la planificación familiar, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y sus complicaciones, 3. Vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y 4. Evaluación de experiencias para el desarrollo de estrategias de reducción de la mortalidad materna.

CONSIDERACIONES

Para la exitosa realización de plan de choque debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Las acciones propuestas apuntan a desarrollar los derechos humanos en general y específicamente en los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de la mujer, cuya garantía se constituye en el fundamento del plan.
- Las acciones propuestas presuponen fuertes alianzas entre el Estado y la sociedad civil (organizaciones sociales y comunitarias, empresa privada, asociaciones de usuarios/as y comunidad, entre otros). Así mismo, presuponen un trabajo coordinado de diferentes instancias estatales del sector salud y de otros sectores y de instancias no gubernamentales y de cooperación que tienen que ver con las acciones propuestas.
- Aunque las acciones se formulan en forma general es indispensable que éstas sean adaptadas y focalizadas de acuerdo con las características de las entidades territoriales y las aseguradoras en el contexto de la descentralización y/o desconcentración.

En cuanto a las acciones del plan que tienen que ver con la comunicación y la movilización social es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Las acciones de comunicación y movilización social propuestas necesariamente están ligadas a las acciones de vigilancia y control formuladas en el plan, ya que sin éstas no tendrían un sentido en términos de transformación de conocimientos, actitudes, prácticas, imaginarios y representaciones sociales.
- Para que la movilización social deseada sea real es indispensable comenzar por acciones de comunicación que sensibilicen al público en general y a los actores involucrados.
- En cuanto a la movilización social, y teniendo en cuenta que este es un plan propuesto para el corto plazo, se hace énfasis en los grupos de interés.

ACTORES INVOLUCRADOS

Las acciones que van a desarrollarse se dirigen a todos los sectores del país con énfasis en el sector de la salud. El Ministerio de la Protección Social y los demás actores del SGSSS son quienes liderarán e impulsarán las acciones del plan de choque y, de conformidad con sus competencias, realizarán las acciones de seguimiento y vigilancia de las estrategias planteadas.

Los protagonistas involucrados de acuerdo con las competencias y responsabilidades estipuladas en la normatividad vigente cumplirán con sus funciones. Dichos protagonistas son:

- La Superintendencia Nacional de Salud (SNS).
- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Las Direcciones Territoriales de Salud (DTS).
- Los gobernadores y alcaldes.

De otra parte, es importante vincular otras instancias que pueden impulsar el trabajo:

- Las Agencias de Cooperación Internacional que trabajan en el tema.
- La empresa privada.
- Las ONG y la sociedad civil.
- La academia y las sociedades científicas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN

En general, se proponen indicadores de proceso que puedan medir la capacidad del plan de concertar voluntades en torno al tema de la reducción de mortalidad materna (por ejemplo, número de entidades que suscriban el pacto por la reducción de la mortalidad materna al que se convocará en ocasión del lanzamiento del plan,¹⁵ número de programas de televisión en el que participaron funcionarios, número de emisoras de radio que se sumaron a las campañas, número de EPS que proporcionaron recursos para la realización de las acciones, número de EPS, ARS y DTS que participan en el plan de choque con acciones concretas al interior de cada una, IPS que se encuentren realizando acciones de

¹⁵ El plan de choque será lanzado masivamente y entre las actividades que se realizarán a propósito de este lanzamiento, se firmará un pacto por la salud pública en el que, obviamente, la maternidad segura será una de las prioridades.

mejoramiento de la calidad en la atención obstétrica, entre muchos otros). Sin embargo, vale la pena anotar que, de hecho, se deben construir muchos más indicadores de acuerdo con cada uno de los proyectos que se formulen a partir de las principales líneas de acción de este plan.

El indicador planteado para medir el impacto en el tema de reducción de mortalidad materna es el número absoluto de muertes maternas en los nueve meses en los que se desarrollará el plan por entidad territorial, por EPS y por ARS. Esto implica establecer una línea de base y hacer un seguimiento y monitoreo por mes a cada una de las entidades vinculadas al plan, en el entendimiento de que en el período de tiempo para el que está planteado el plan este indicador puede no mostrar una reducción muy sensible. En cuanto a la gestión, es importante hacerles seguimiento y evaluación a los actores del SGSSS (EPS, ARS, DTS) que se han comprometido con el plan y han implementado acciones consecuentes con éste en sus entidades.

También es importante recordar que ya existen indicadores para hacer seguimiento a acciones concretas dentro del Plan Obligatorio de Salud como los indicadores de cumplimiento de las normas técnicas, especialmente los enfocados en las actividades de planificación familiar, atención del embarazo, atención del parto institucional y del puerperio. De igual manera, el indicador centinela de calidad, número de muertes maternas en cada una de las EPS o ARS, y el número de recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) como parte del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras permitirán evidenciar la situación en la población asegurada.

En el PAB también existen indicadores que se enfocan en el seguimiento de las acciones de reducción de la mortalidad materna: porcentaje de IPS públicas y privadas en las que se evaluó el cumplimiento de los requisitos esenciales para la atención prenatal, parto y puerperio en su jurisdicción, número de comités de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal establecidos y operando, número y porcentaje de muertes maternas analizadas, número de estrategias de información, educación y movilización social en salud sexual y reproductiva implementadas, número y porcentaje de IPS en las que se han implementado las normas técnicas y guías de atención en salud sexual y reproductiva, y número y porcentaje de gestantes incluidas en las acciones del Plan de Eliminación de la Sífilis Congénita (Circular 18 de 2004).

ACCIONES DE COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL

TEMA: INDIFERENCIA SOCIAL ANTE LA MORTALIDAD MATERNA¹⁶

Estrategia: Realizar campañas de sensibilización frente a la mortalidad en medios masivos de comunicación social (televisión, prensa, radio) de cubrimiento nacional y regional.¹⁷

¹⁶ Este tema se trabaja en dos niveles: el nacional y el territorial/local. Las estrategias, las acciones, los objetivos, y los actores son similares en ambos casos. Sin embargo, en el caso de las regiones se hacen explícitos los actores y sus responsabilidades para este nivel.

¹⁷ Conjunto de esfuerzos generalmente de corta duración realizados para obtener un resultado específico.

Barrera: El público en general tiene un bajo nivel de sensibilidad y conocimiento frente al tema de la mortalidad materna.

Objetivo: Sensibilizar al público en general frente a la mortalidad materna con miras a que cada quien asuma sus responsabilidades frente al tema de la reducción de la misma.

Acción: Realizar una campaña de un mes de duración en los medios masivos de comunicación de cobertura nacional y regional de carácter privado (televisión, radio, prensa) tendiente a aumentar el grado de sensibilidad del público en general frente el tema de la mortalidad materna. Esta campaña se centra en los programas/columnas de opinión, y no implica una campaña de anuncios pagados. Durante estas intervenciones debe darse información explicada sobre las cifras y los datos de mortalidad materna en Colombia y deben darse a conocer crónicas que muestren cómo ocurre la mortalidad materna en nuestro país.

Acciones relacionadas:

- Realizar/conseguir una base de datos de los programas/columnas de opinión que se emiten/publican en los canales de televisión de cobertura nacional y regional, en los periódicos de cubrimiento nacional y regional en las cadenas básicas y regionales de radio.
- Invitar a los directores/ editores / escritores de estos programas/columnas a una presentación liderada por funcionarios de alto nivel del Ministerio de la Protección Social (para el nivel nacional) y de las Direcciones Territoriales de Salud (para el nivel regional) en la que se discuta con ellos el tema de la mortalidad materna. Para esta reunión deben prepararse materiales impresos (tipo boletines de prensa u hojas de hechos) para distribuirles a los medios con el fin de que los participantes puedan llevarse información concreta sobre el tema y preparar los programas/columnas en los que el tema vaya a discutirse. Estos materiales impresos, además de mostrar datos y cifras veraces, confiables y explicados, deben incluir crónicas de muertes maternas tomadas de la realidad.
- Realizar acuerdos con la empresa privada dueña de los medios masivos de comunicación para que apoyen la divulgación del tema en los medios que poseen. Para esto se propone realizar una reunión de trabajo con los directores / dueños de los medios masivos de comunicación de cubrimiento nacional para comprometerlos con el tema de la campaña.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social/ Direcciones Territoriales de Salud:** encargados de liderar la campaña con los medios de cobertura nacional, conseguir los compromisos necesarios por parte de los diversos actores y preparar las reuniones y materiales derivados de esta campaña. En este punto se recomienda revisar materiales que ya se hayan hecho y que estén probados para incluirlos en los paquetes se les entreguen a los medios.
- **Directores / editores de programas/columnas de opinión en medios masivos de comunicación de cobertura nacional y regional (televisión, radio, prensa):** encargados de contribuir en la exitosa realización de la campaña.

- **Empresarios (directores / dueños) de los canales de televisión, cadenas de radio y periódicos de cobertura nacional y regional:** encargados de comprometer a su medio en la campaña.

TEMA: BARRERAS ADMINISTRATIVAS AL CONTROL PRENATAL ADECUADO E INTEGRAL Y LA ATENCIÓN ADECUADA E INTEGRAL DEL PARTO CON Y SIN COMPLICACIONES

Estrategia: Realizar acciones de comunicación al interior de las IPS para que se minimicen las barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.

Barrera: Los actores institucionales de las IPS (personal administrativo, de servicio y médico) tienen un bajo nivel de sensibilidad ante la mortalidad materna, lo cual lleva a que interpongan barreras administrativas a las mujeres que acuden a controles prenatales y atención del parto.

Objetivo: Sensibilizar a los actores institucionales de las IPS frente al tema de los derechos de las mujeres gestantes con miras a minimizar las barreras administrativas que obstaculizan el control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.

Acción A:¹⁸ Posicionar a través reuniones de todo el personal que trabaja en las IPS la noción de que no se deben interponer barreras administrativas al control prenatal y el parto con y sin complicaciones, en el contexto del derecho a la vida. Para estas reuniones debe elaborarse un folleto que contenga los derechos que tienen las mujeres gestantes. Así mismo, debe elaborarse un afiche que contenga estos mismos derechos que debe ser fijado en las salas de urgencia y en los servicios de atención ginecobstétrica.

Acciones relacionadas:

- Sensibilizar a las directivas de las IPS frente al tema del derecho a la vida de las mujeres gestantes y comprometerlas a realizar las reuniones y materiales impresos propuestos.
- Para la elaboración de los materiales impresos con los derechos de las mujeres gestantes se hace necesario elaborar el listado y escribirlo en lenguaje de fácil comprensión.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** encargado de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de las asociaciones nacionales de IPS.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** encargadas de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de IPS regionales y/o locales.

¹⁸ En este caso, la acción A se refiere a la atención obstétrica de urgencia a los embarazos que no terminan en aborto provocado.

- **Personal directivo de las IPS:** encargados de llevar a cabo las reuniones con su personal, de elaborar y distribuir los materiales impresos y de velar porque se cumpla con los compromisos pactados.

Acción B:¹⁹ Posicionar a través de reuniones de todo el personal que trabaja en las IPS, con especial énfasis en médicos/as y enfermeros/as, la noción de que no se deben interponer barreras administrativas ni de ninguna índole a la atención de las complicaciones del aborto. El objetivo de estas reuniones es posicionar la noción de que las mujeres que acuden a los servicios de salud por complicaciones del aborto también deben recibir una atención digna y humanitaria.

Acciones relacionadas:

- Sensibilizar a las directivas de las IPS frente al tema del derecho a la vida de las mujeres que acuden a los servicios por complicaciones del aborto y comprometerlas a realizar las reuniones propuestas. Esta sensibilización puede lograrse a través de reuniones y/o comunicados emitidos por funcionarios de alto nivel tanto del Ministerio de la Protección Social como de las Direcciones Territoriales de Salud.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** encargado de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de las asociaciones de IPS.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** encargadas de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de las IPS regionales y/o locales.
- **Personal directivo de las IPS:** encargados de llevar a cabo las reuniones con su personal y de velar porque se cumplan los acuerdos logrados en éstas.

TEMA: DISCRIMINACIÓN POSITIVA DE LA MUJER GESTANTE EN LA VIDA COTIDIANA

Barrera: No se ha posicionado en la sociedad en general la importancia de la protección en términos de prácticas sociales de la gestante en el contexto de los derechos de las mujeres y las consecuentes acciones de discriminación positiva en la vida cotidiana.

Estrategia: Promover, mediante acciones de comunicación social, acciones de discriminación positiva de la mujer gestante en las actividades de la vida cotidiana, tales como acceso privilegiado a lugares y transporte públicos, establecimientos comerciales, etc.

Objetivo: Sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre los derechos de la mujer embarazada en términos de la discriminación positiva en la vida cotidiana.

¹⁹ En este caso, la acción B se refiere a acciones en torno a embarazos que terminan en aborto.

Acción: Elaborar una señal para ubicar en los medios masivos de transporte (Transmilenio, Metro, buses y busetas de servicio municipal, intermunicipal e interdepartamental) y en las estaciones de transporte, paraderos de buses, centros comerciales y oficinas públicas y/o privadas indicando que se le debe siempre ceder el puesto o el turno a las mujeres gestantes.

Acciones relacionadas:

- Hacer una convocatoria a expertos/as en señalética para que elaboren la señal.
- Comprometer a la empresa privada (transportadores, centros comerciales, corporaciones de ahorro y vivienda, bancos, parques de diversiones, IPS/EPS/ARS, hospitales, etc.) para que fijen la señal en los sitios adecuados y aporten a la financiación de su elaboración y multicopiado.
- Elaborar un tiraje amplio (un millón de ejemplares) de la señal impresa y distribuirla gratuitamente en oficinas/lugares públicos y privados clave. La señal debe quedar posicionada socialmente de tal forma que se siga copiando automáticamente (como la de no fumar, por ejemplo).

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** encargado de contratar el/la experto/a en señalética y de establecer los contactos con empresas de nivel nacional públicas y privadas para la financiación del multicopiado de la señal.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** encargadas de establecer los contactos con empresas privadas del nivel regional y local para la financiación del multicopiado de la señal y de la distribución local de las señales.
- **EPS/ARS:** encargadas de aportar financiación al proyecto.

TEMA: FALTA DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO DE LA MUJER A DECIDIR SOBRE EL EMBARAZO

Barrera: No se ha posicionado en la sociedad en general el imaginario y la representación del derecho que tienen las mujeres a decidir sobre el embarazo.

Estrategia: Realizar acciones de comunicación social tendientes a promover imaginarios y representaciones sociales del embarazo de la mujer como un estado sobre el que ella también puede decidir libremente.

Objetivo: Sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre el derecho que tiene la mujer a decidir sobre el embarazo.

Acción:

Realizar un material impreso (tipo afiche) para ubicar en establecimientos comerciales, oficinas públicas y privadas, IPS/EPS/ARS, salones de acción comunal, entradas de las

iglesias y demás sitios comunitarios (tiendas, cafés Internet) con imágenes de mujeres embarazadas y un mensaje que recuerde que decidir sobre el embarazo es también un derecho de la mujer.

Acciones relacionadas:

- Hacer una convocatoria a agencias de publicidad/comunicación para el diseño del afiche y elaborar los términos de referencia para la contratación.
- Comprometer a la empresa privada (con énfasis en EPS y empresas de medicina prepagada intermunicipal / interdepartamental para que se comprometan en este tema y realicen el material impreso propuesto y lo fijen en lugares visibles.
- Comprometer a empresas de transporte de carga para que se adhieran a la distribución gratuita, o con grandes descuentos, de los afiches.
- Hacer una alianza entre EPS, ARS, empresas aseguradoras de medicina prepagada y DTS para que se imprima un tiraje grande del material impreso propuesto y para que se garantice su distribución.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** encargado de coordinar el diseño y la impresión del afiche y de hacer contactos iniciales con las empresas privadas que van a contribuir a la financiación del diseño/impresión/distribución del afiche.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** encargadas de participar en el proceso de diseño, impresión y distribución del material impreso.
- **Empresas privadas:** encargadas de aportar financiación al proyecto.

TEMA: DETECCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Barrera: Las madres, padres de familia y la comunidad en su conjunto (en sus niveles familiar, vecinal e institucional) no conocen los síntomas y signos más comunes que sugieren que un embarazo y un parto se están complicando y por ello no buscan atención adecuada.

Estrategia: Realizar acciones de comunicación en medios de cubrimiento local/comunitario.

Objetivo: Sensibilizar a las comunidades de estratos populares (1, 2 y 3) urbanas y rurales sobre los signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo.

Acción: Emitir cuñas de radio durante tres meses en emisoras de radio locales/comunitarias sobre los síntomas y signos que pueden sugerir complicaciones en el embarazo. Por supuesto, este tipo de mensajes deben tener en cuenta el lenguaje y las características socioculturales del público al que se quiere afectar (prioritariamente personas de estratos 1, 2 y 3 de las áreas rurales y urbanas).

Acciones relacionadas:

- Realizar/conseguir un inventario de las emisoras comunitarias de radio y las emisoras comerciales locales con mayor sintonía en la localidad.
- Elaborar una lista de los signos y síntomas que sugieren complicaciones del embarazo. Esta lista debe ser “traducida” a un lenguaje que sea fácil de entender por personal no médico.
- Convocar a agencias de publicidad/comunicación para que presenten sus propuestas.
- Realizar contratos con las emisoras comerciales y comunitarias de radio para la emisión de las cuñas propuestas.

Actores:

- **Direcciones Territoriales de Salud:** encargadas de animar la campaña y conseguir la información necesaria sobre emisoras de radio comunitarias y emisoras locales de carácter comercial, de elaborar la lista de los principales signos y síntomas que sugieren complicaciones del embarazo, de “traducirlos” y de elaborar y velar por la ejecución de los contratos con las agencias de publicidad/comunicación.
- **Alcaldías Municipales:** encargadas conjuntas (con las DTS) de animar la campaña. Encargadas de proporcionar la información sobre radio comunitaria.

FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

TEMA: VIGILANCIA INTENSIFICADA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL Y OBSTÉTRICA INTEGRAL EN LA RED DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

Barrera: La red de servicios disponible presenta diferentes condiciones de desarrollo y se encuentran zonas muy desprotegidas, con una red insuficiente y mal aprovisionada para la atención prenatal y obstétrica integral.

Estrategia: Intensificar el proceso de habilitación y auditoría de calidad para los servicios relacionados con la atención prenatal y obstétrica integral, y la referencia y la contrarreferencia dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Objetivo: Garantizar las condiciones y procesos mínimos en las IPS requeridos para la segura atención prenatal y obstétrica integral.

Acción: Verificar los estándares básicos (infraestructura, recurso humano, procesos, referencia y contrarreferencia, transporte, entre otros) para el cuidado prenatal y obstétrico

de acuerdo con el nivel de complejidad y las directrices del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Acciones relacionadas:

- Garantizar el cumplimiento de los estándares necesarios para la adecuada atención prenatal y obstétrica, en el proceso de habilitación de IPS a cargo de las Direcciones Territoriales de Salud en todo el territorio nacional.
- Intensificar el seguimiento a los planes de mejoramiento de las IPS, específicamente en lo relacionado con los estándares de cuidado obstétrico esencial e integral.
- Analizar y evaluar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de la urgencia obstétrica y perinatal.
- Vigilar que las IPS realicen la medición de la calidad centrada en el usuario/a (gestantes y sus familias) a través del conocimiento de su satisfacción frente a la atención obstétrica.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** encargado de verificar el cumplimiento del proceso de habilitación a través de la información proveniente de las Direcciones Territoriales de Salud. Encargado de revisar los estándares determinados en la reglamentación vigente para el cuidado obstétrico esencial e integral, con el fin de garantizar que se encuentren expresos dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** encargadas de realizar la verificación de las condiciones de habilitación de las IPS de su territorio y corroborar el cumplimiento de las acciones determinadas en los planes de mejoramiento. Las DTS deberán establecer vigilancia continua y auditoría de las condiciones mínimas para la habilitación de la atención prenatal y obstétrica, la referencia de pacientes y el traslado de los/as mismos/as.
- **EPS y ARS:** encargadas de garantizar que su red de instituciones prestadoras de servicios, propia o contratada, para servicios prenatales y obstétricos se encuentre habilitada y cuente con los mecanismos necesarios y efectivos para la referencia y la contrarreferencia y para el traslado de pacientes. Adicionalmente deberán contar con los mecanismos administrativos y de autorización más expeditos para que se puedan realizar, sin barreras administrativas, los procedimientos durante las 24 horas.
- **IPS:** deberán cumplir con los estándares necesarios para habilitarse y con las directrices de las DTS de acuerdo con su nivel de complejidad. Deberán, igualmente, cumplir con las condiciones necesarias y efectivas para realizar los procesos de referencia y contrarreferencia y para el traslado de pacientes.

TEMA: VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LAS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN Y DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN (CUMPLIMIENTO Y CENTINELA DE CALIDAD) EN RELACIÓN CON LA

PLANIFICACIÓN FAMILIAR, LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO Y SUS COMPLICACIONES²⁰

Barrera A:²¹ Las EPS y ARS no cuentan con incentivos que fomenten la sana competencia entre ellas.

Estrategia: Crear incentivos para generar acciones de mejoramiento al interior de las aseguradoras.

Objetivo: Generar conocimiento público de la gestión de las aseguradoras en el cuidado prenatal y obstétrico y fortalecer el control social.

Acción: Creación de un galardón en el que se premien las EPS y ARS que presenten mejores estándares de calidad en el proceso de atención materno-perinatal y divulgación de los resultados en medios masivos de comunicación para generar control social.

Acciones relacionadas:

- Consolidar y depurar la información del Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Administradoras para establecer las líneas de base.²²
- Revisar los estándares de calidad de la atención para establecer los criterios a evaluarse.
- Establecer contactos con entidades de la empresa privada que apoyen financiera o técnicamente el proyecto.
- Divulgar ampliamente las condiciones de participación en el galardón.
- Divulgar ampliamente los resultados en medios masivos de comunicación.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** en conjunto con las agencias de cooperación internacional y ONG, impulsará el proceso de creación del galardón y realizará los contactos necesarios con la empresa privada y los medios de comunicación. De otra parte, mantendrá al día la operación del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión que permitirá evaluar los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad elegidos.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** deberán mantener actualizada la operación del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión en el Régimen Subsidiado con el fin de evaluar los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad elegidos. Adicionalmente

²⁰ El objetivo del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras es el de facilitar las herramientas para la evaluación trimestral de las actividades de protección específica y detección temprana a través de los indicadores de cumplimiento y centinelas de calidad, tanto a las mismas IPS, EPS o ARS como para los organismos de control. Esta vigilancia periódica debe conducir al mejoramiento de la gestión a través de la implementación de estrategias que permitan la óptima movilización de recursos financiero, técnico y tecnológico y del talento humano, incluyendo los beneficiarios. Este proceso no se ha realizado de manera sistemática y en la periodicidad establecida, por lo tanto existen condiciones específicas que deben verificarse con el fin de implementar acciones que redundan en la reducción de la mortalidad materna y que corresponden con las competencias de los distintos actores. Este sistema de monitoreo, vigilancia y control requiere de equipos de apoyo y tecnología aplicada que facilite el seguimiento oportuno de las acciones y la toma de decisiones.

²¹ Para este tema, se identifican dos barreras fundamentales y, en consecuencia, las estrategias, objetivos, acciones y actores son diferentes.

²² Mantener operando el Sistema de Fortalecimiento de las Administradoras trimestralmente de acuerdo con las directrices de la Resolución 412 de 2000 y 3384 de 2000.

realizarán los contactos con los medios de comunicación, regionales y locales, para divulgar las condiciones del galardón y los resultados.

- **EPS y ARS:** deberán participar en las reuniones de contacto en donde se divulguen las condiciones del galardón y deberán realizar el reporte trimestral de los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad elegidos.

Barrera B:²³ No se cumplen las acciones establecidas en las normas técnicas de protección específica (atención del parto y de la planificación familiar a hombres y mujeres) y detección temprana (alteraciones del embarazo) de manera sistemática y secuencial en la población.

Estrategia: Impulsar el proceso de seguimiento y monitoreo del Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Administradoras a realizar por el nivel nacional y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.

Objetivo: Mantener el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras (SFGA) operando trimestralmente y aplicando los correctivos (asistencia técnica, sanciones, incentivos, entre otros) de manera permanente con énfasis en los indicadores relacionados con la atención materna.

Acción: Fortalecer, en el nivel nacional, departamental y distrital, el proceso de seguimiento y evaluación planteado en el SFGA.

Acciones relacionadas:

- Capacitar al recurso humano de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud sobre los contenidos y la mecánica del Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Administradoras.
- Fortalecer el equipo de gestión encargado de la vigilancia de las administradoras, tanto en el nivel nacional como en el nivel departamental y distrital, con el recurso humano y la tecnología necesaria así como con los mecanismos expeditos de comunicación con los entes de control para establecer las acciones a que haya lugar.
- Verificar el cumplimiento de las normas técnicas en la población asegurada mediante el análisis trimestral de los indicadores de cumplimiento relacionados con la atención materna y perinatal y realizar el proceso de retroalimentación de los resultados obtenidos en campo, analizando todas las variables a considerar en la prestación de los servicios.
- Verificar el cumplimiento de las guías de atención para el manejo de las urgencias obstétricas mediante el análisis y seguimiento de casos clínicos e indicadores de proceso diseñados para tal fin para determinar correctivos.
- Diseñar el mecanismo idóneo para la transferencia de información a los entes de control y para garantizar que se tomen las medidas correspondientes.

Actores:

²³ Ver nota 20.

- **Ministerio de la Protección Social:** realizará el seguimiento trimestral de los indicadores en el Régimen Contributivo y el proceso de retroalimentación a las EPS. También realizará aleatoriamente verificación en campo de la información y las condiciones de operación reportadas.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** deberán garantizar la operación del SFGA para el Régimen Subsidiado en su territorio de conformidad con las pautas establecidas. También realizará aleatoriamente verificación en campo de la información y las condiciones de operación reportadas.
- **EPS, ARS:** deberán realizar las acciones de inducción de la demanda a sus afiliados. Deberán reportar trimestralmente al MPS los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad. Velarán igualmente porque su red de IPS realice las acciones de acuerdo con las normas establecidas y reporte trimestralmente las acciones realizadas. Deberán llevar a cabo la auditoría de servicios enfocándose no sólo en el seguimiento de protocolos sino en la calidad o satisfacción percibida por los usuarios/as.
- **Superintendencia Nacional de Salud:** vigilará de manera continua y permanente el cumplimiento de las medidas correctivas, sancionatorias, punitivas o de mejoramiento que se tomen como resultado del análisis realizado.

TEMA: VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Barrera: Los actores del SGSSS (IPS, EPS, ARS y DTS) no realizan un proceso periódico de seguimiento y análisis de la mortalidad materna.

Estrategia 1:²⁴ Implementar el modelo de vigilancia de mortalidad materna en todo el territorio nacional para que se realice de manera sistemática, efectiva y oportuna.

Objetivo: Realizar vigilancia de los casos de mortalidad materna, para establecer las causas, los factores asociados, las patologías relacionadas, los procesos que pueden estar relacionados y las medidas concretas de mejoramiento.

Acción: Aplicar el modelo de vigilancia de la mortalidad materna en todos los departamentos del país y en las EPS, ARS e IPS.

Acciones relacionadas:

- Determinar y validar los contenidos mínimos para el análisis en las historias clínicas maternas así como el sistema de información (datos, periodicidad, forma de envío, procesos de análisis, verificación en campo, entre otras) y sus características.
- Lograr que los Comités de Estadísticas Vitales y Comités de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna se encuentren operando en las áreas de intervención que se determinen como prioritarias en el país.
- Diseñar los protocolos de vigilancia de los factores de riesgo asociados a la mortalidad y morbilidad maternas.
- Emitir los actos legislativos complementarios a los existentes que sean necesarios para implementar el modelo de vigilancia.

²⁴ Para esta barrera se identifican dos estrategias fundamentales y, en consecuencia, los objetivos, acciones y actores son diferentes.

- Capacitar el recurso humano de IPS, EPS, ARS y DTS en la aplicación de los protocolos.
- Hacer públicos los resultados de los análisis realizados para generar sensibilización y control social.
- Generar un instrumento que identifique las zonas (municipios, localidades, entre otras) de riesgo en departamentos y distritos para focalizar los esfuerzos y adaptar o intensificar las medidas en donde sea necesario.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud:** establecerán en conjunto con las agencias de cooperación internacional y las DTS las condiciones de operación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** deberán garantizar la operación del sistema en su territorio de conformidad con las pautas establecidas. Para ello deberán estimar las necesidades puntuales en capacitación de recurso humano y tecnología disponible.
- **EPS, ARS:** deberán funcionar como notificadoras y realizar el proceso de análisis al interior de su entidad, así como participar de las actividades que para realizar retroalimentación y medidas de mejoramiento organicen las entidades territoriales, el Instituto Nacional de Salud o el Ministerio de la Protección Social.
- **IPS:** funcionarán como entes notificadores y, a su vez, deberán realizar el seguimiento de cada uno de los casos que se presenten y participar en las acciones correctivas o de mejoramiento que se establezcan.
- **Sociedades científicas:** deberán participar en el proceso de análisis y capacitar al recurso humano en salud sobre el proceso de vigilancia.
- **Superintendencia Nacional de Salud:** vigilará de manera continua y permanente el cumplimiento de las medidas correctivas, sancionatorias, punitivas o de mejoramiento que se tomen como resultado del análisis realizado.

Estrategia 2:²⁵ Implementar una intervención articulada con los actores del SGSSS para realizar la revisión crítica de las muertes maternas, su patrón de comportamiento y las causas de muerte en el territorio nacional y así mismo proponer las alternativas de solución más costoefectivas.

Objetivo: Establecer un organismo consultor ad hoc para determinar el patrón y comportamiento de las muertes maternas en el país, su evitabilidad y para facilitar la toma de decisiones y medidas de intervención para reducir las muertes maternas.

Acción: Crear un comité nacional asesor (órgano de consulta ad hoc) para la reducción de la mortalidad materna.

Acciones relacionadas:

- Identificar el patrón y la causalidad de las muertes maternas por regiones del país e identificar los factores determinantes con el propósito de establecer la evitabilidad de éstas.

²⁵ Ver nota 24.

- Desarrollar recomendaciones de carácter técnico y administrativo tendientes a mejorar la integralidad de las acciones en salud sexual y reproductiva en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Establecer las medidas promocionales, preventivas y correctivas para reducir las muertes en términos de evitabilidad con base en el comportamiento y la causalidad de las muertes, con el propósito de que el sector asuma procesos de mejoramiento del acceso, la calidad y la oportunidad.
- Dar soporte a la toma de decisiones técnico-normativas del Ministerio de la Protección Social, Entidades Territoriales, EPS y ARS en el área de salud materna.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** movilizará a los actores necesarios para conformar el comité nacional asesor. Participará con el equipo técnico necesario para el análisis de las muertes maternas y los mecanismos necesarios para su reducción desde cada uno de los actores del SGSSS.
- **Superintendencia Nacional de Salud:** vigilará de manera continua y permanente el cumplimiento de las medidas correctivas, sancionatorias, punitivas o de mejoramiento que se tomen como resultado del análisis realizado.
- **Instituto Nacional de Salud:** participará en el análisis e impulsará medidas concretas a implementar en la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad materna.
- **Instituto Nacional de Medicina Legal:** participará en el análisis de mortalidad y aportará la información necesaria para determinar los factores de riesgo asociados.
- **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE):** participará y apoyará con la información necesaria para la toma de decisiones en el Comité.
- **EPS, ARS:** deberán participar del análisis e impulsar las medidas de mejoramiento que se identifiquen en el análisis de las muertes.
- **Red de Centros CLAP, sociedades científicas y ONG:** participarán en el análisis de la mortalidad y sus factores asociados así como en la propuesta de medidas concretas que se puedan realizar para mejorar la situación.
- **Agencias de cooperación internacional:** apoyarán técnica y administrativamente las actividades del comité y la implementación de medidas para la reducción de la mortalidad materna.
- **IPS:** deberán participar del análisis y realizar las acciones consecuentes con éste así como las medidas de mejoramiento que se identifiquen.

TEMA: EVALUACIÓN DE EXPERIENCIAS PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Barrera: No se conocen ampliamente los resultados de experiencias exitosas regionales y/o locales para la reducción de la mortalidad materna. Muchas de estas experiencias han funcionado a pesar de barreras de acceso geográfico, de problemas de orden público y de determinantes socioculturales negativos.

Estrategia: Divulgar experiencias exitosas regionales y/o locales para la reducción de la mortalidad materna.

Objetivo: Demostrar que la mortalidad materna puede reducirse a pesar de condiciones adversas del contexto.

Acción: Detectar, estudiar, documentar y divulgar experiencias exitosas para la reducción de la mortalidad y/o morbilidad materna y sus factores relacionados en los niveles regionales y/o locales.

Acciones relacionadas:

- Establecer los parámetros que permiten identificar una experiencia como exitosa.
- Hacer una convocatoria para alentar la participación de distintas experiencias en la documentación propuesta.
- Seleccionar y analizar las experiencias implementadas en el país.
- Documentar las experiencias seleccionadas y escoger el medio de comunicación más adecuado para divulgarlas.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social:** en conjunto con las agencias de cooperación internacional, la academia, las sociedades científicas y las ONG que han trabajado en el tema determinarán los parámetros de éxito de los proyectos. Así mismo, harán la convocatoria y evaluarán las experiencias con miras a seleccionar las que van a documentarse.
- **Gobernaciones, Alcaldías y Direcciones Territoriales de Salud:** deberán apoyar activamente y con recursos la convocatoria y la posterior divulgación de las experiencias seleccionadas.
- **IPS:** podrán documentar y aportar las experiencias que provean conocimiento sobre el tema y las estrategias más efectivas y adecuadas de acuerdo con su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional: estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia. Julián A. Herrera M, Luz Helena Monsalve R, Luz Mery Rodríguez H. Ministerio de Salud de Colombia, Universidad del Valle, 1997.

Apoyemos la Maternidad Saludable, Magda Palacio Hurtado, Olga Lucía Gómez Valencia. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cargraphics, Colombia, 1998.

Biblioteca de la salud reproductiva de la OMS, No. 5. Bibliografía comentada. Programa especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigaciones en Reproducción Humana. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

Cómo responder a las necesidades de salud sexual reproductiva de las jóvenes. Boletín Informativo Population Reference Bureau (PRB) Measure Communication, Partners for Health Reform Plus (PHRplus), 2003.

Compromisos para la salud y los derechos reproductivos de todos. Marco de acción. María José Alcalá. Family Care International, Nueva York, 1995.

Education and debate: reducing maternal mortality in the developing world: sector wide approaches may be the key. Elizabeth Goodburn, Oona Campbell. BMJ, Volumen 322, abril 2001.

Emergency obstetric care. Checklist for planners. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, 2002.

Evaluación de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales resultados anualizados agosto 2002 – diciembre 2003, Informe preliminar, Ministerio de la Protección Social, abril 2004.

Evaluación de las acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública del POS del Régimen Contributivo, Resultados Anualizados 2003, Versión Premilinar, Ministerio de la Protección Social, Abril 2004.

Evaluación del Plan de Acción Regional para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas 1990-1994, OPS 1996.

Factores asociados a mortalidad materna, Medellín 2001-2003, Gineco-CES, 2004.

Incidencia de la morbilidad obstétrica severa en Antioquia y factores de riesgo asociados. John Jairo Zuleta Tobón. Escuela de Investigaciones Médicas Aplicadas de la Universidad de Antioquia.

La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna. George T.F. Acsadi, Gwendolyn Johnson Acsadi, Michael Vlassoff. Family Care International, 1993.

La mortalidad materna en la región andina: una tragedia evitable. Informe de la Conferencia Andina sobre Maternidad sin riesgos. Family Care Santacruz de la Sierra, Bolivia 1993.

La mortalidad Materna Materna en Colombia. Estimaciones Departamentlaes y Municipales 1992-1996, DANE, abril, 2000.

Las reformas en el sector de la salud y sus efectos en la salud reproductiva. Tania Dmytraczenko, Vijay Rao, Lori Ashford. Boletín Informativo Population Reference Bureau (PRB) Measure Communication, Partners for Health Reform Plus (PHRplus), 2003.

Maternal mortality update. A focus on emergency obstetric care. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York.

Mortalidad Materna en Cali: una década sin cambios?, Ana Salazar, Martha Lucía Vásquez, Colombia Médica, Volumen 27 No. 3-4 , 1996.

Mortalidad Materna en Colombia, Magda Palacio Hurtado, OPS, 1996.

Mortalidad materna en Colombia. Evolución y estado actual, 2001. Elena Prada Salas. Family Care International, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). FCI Colombia, 2001.

Mortalidad materna. SIVIGILA, Semana Epidemiológica 20, Ministerio de Salud, Bogotá, 2000.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar: enfoques recientes e implicaciones programáticas. Lori Ashford. Boletín Informativo Population Reference Bureau (PRB) Measure Communication, Partners for Health Reform Plus (PHRplus), 2003.

Nuevo plan para prevenir 23.000 muertes maternas en Latinoamérica y el Caribe. Paula Andaló. OPS, 2004.

Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Policy and Practice. M.A. Koblinsky, O. Campbell, J. Helchelheim, 2000.

Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995-2000: logros, fracasos, compromisos y retos (parte I), SIVIGILA, Semana Epidemiológica 37, Bogotá, septiembre, 2001.

Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995-2000: logros, fracasos, compromisos y retos (parte II), SIVIGILA, Semana Epidemiológica 38, Bogotá, septiembre, 2001.

Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en Colombia 1992, Sonia Castañeda, Luz Elena Monsalve, Rodrigo Cuevas, Maryluz Mejía, Ministerio de Salud-OPS, Bogotá, Septiembre, 1992.

Plan intersectorial de respuesta ante el VIH/SIDA, Colombia 2004-2007.

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de la Protección Social, 2003.

Política nacional de salud sexual y reproductiva. Ministerio de la Protección Social, Colombia, 2003.

Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth J. Ransom, Nancy V. Yinger. Population Reference Bureau (PRB) Measure Communication, Washington.

Programa de Atención Maternoinfantil PAMI, Ministerio de Salud, 1994.

Programa de reducción de la mortalidad materna y la mortalidad perinatal en Bogotá y la región centro oriental de Colombia. Hernando Gaitán. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2002.

Programa radial “Por la Salud de los Niños”. Magda Palacio Hurtado. Universidad Pontificia Bolivariana, Seguro Social- Red de Programas de Atención al Niño.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Mortalidad Materna, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Documento de Trabajo para prueba piloto, Septiembre 2003.

Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Consenso estratégico interagencial para América Latina y el Caribe. Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Resolución 412, Ministerio de Salud, 2000.

Strategies to reduce pregnancy related deaths. From identification and review to action, CDC, Atlanta, 2001.

Trabajo con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo, Organización Mundial de la Salud. Carlo Santarelli. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

Una mejor atención en el posparto salva vidas, Family Health, 1992.

USAID México: programa para la población, planificación familiar y salud reproductiva 1992-1999. Barbara Shane. USAID, Washington, 2000.

Vigilancia epidemiológica avanzada para el análisis de la mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Medellín. Convenio 08 de 2003 Municipio de Medellín /Secretaría Local de Salud, Universidad de Antioquia /Facultad de Medicina.