Acta N° 16	**Fecha**: 29 de diciembre de 2022

Objetivo: Avanzar en el seguimiento a las acciones y resultados del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna en el país.

Nombre de la Dependencia, Proceso o Entidad que organiza la reunión:
Grupo Curso de Vida – Dirección de Promoción y Prevención – MSPS

Lugar:
Reunión virtual (Plataforma Teams)

Líder de la reunión:
Blanca Cecilia Hernández Grupo Curso de Vida - Germán Gallego Salud Sexual y Reproductiva Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

Hora Programada: 07:30 am – 10:00 am	**Hora de Inicio:** 07:30 am	**Hora de Terminación:** 10:00 am

N°	**Nombre**[1]	**Cargo**	**Dependencia o entidad**	**Asiste**	
				SI	**NO**
1		Grupo curso de vida	MSPS		
2	**Listado asistencia**		MSPS		

ORDEN DEL DÍA

1. Objetivo de la reunión
2. Desarrollo de temáticas
3. Discusión
4. Cierre

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM:

Se cuenta con la participación de profesionales delegados del equipo del MSPS y del INS.

[1] Anexar Listado de Asistencia a Reuniones (Formato ASIF06) firmada por los participantes.

Objetivo de la reunión

Avanzar en el seguimiento a las acciones y resultados del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna en el país.

Agenda

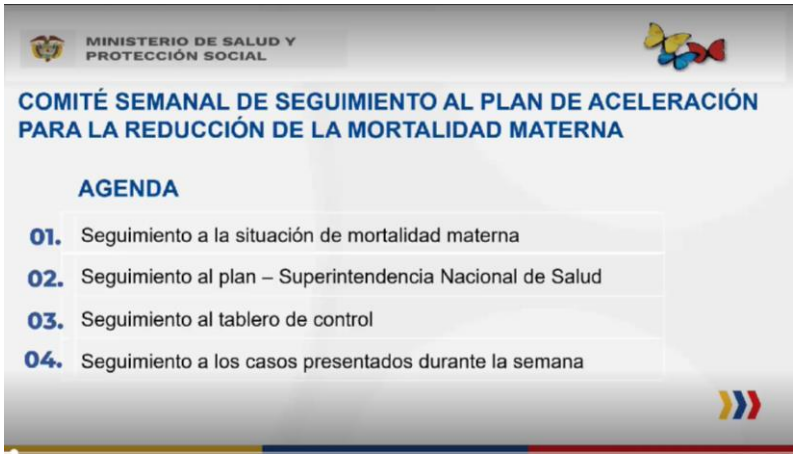
07:30 am	Saludo
07:35 am	Seguimiento a la situación de mortalidad materna
07:50 am	Seguimiento al plan interviene la Superintendencia Nacional de Salud.
08:00 am	Seguimiento al tablero de control
08:20 am	Seguimiento a los compromisos de las EPS
08:30 am	Seguimiento a los casos presentados durante la semana

Desarrollo de la Agenda

Blanca Hernández, profesional especializado del Grupo Curso de Vida de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio, brinda el saludo de bienvenida al Comité No 16 para el seguimiento al plan de aceleración para la reducción de la mortalidad Materna: agradecemos que estén conectados, especialmente en esta época de navidad, a pesar de lo cual se debe garantizar la continuidad en la atención en salud.

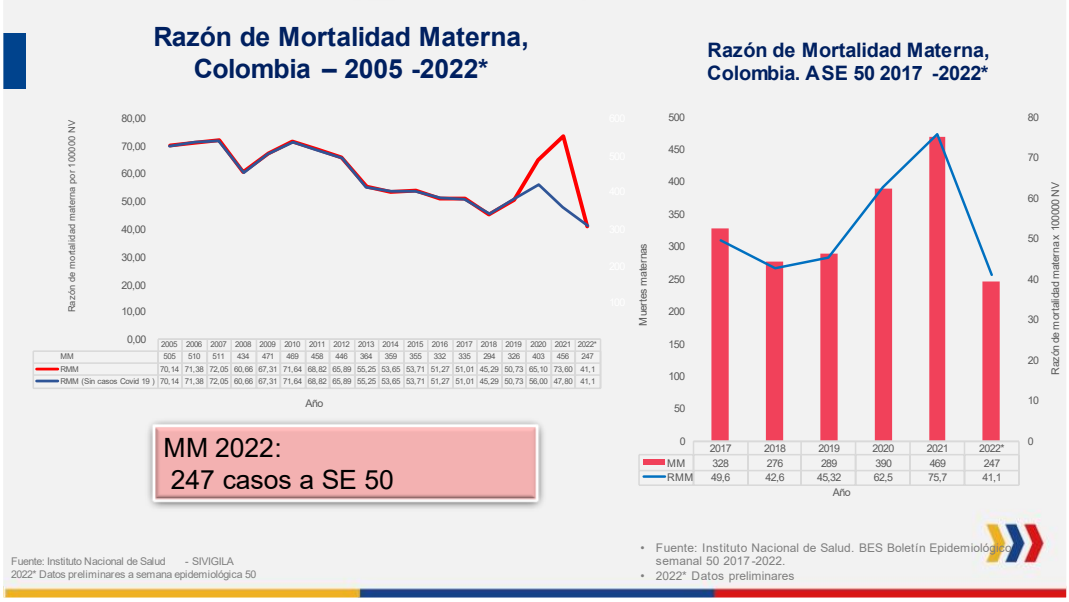
De manera especial expresamos nuestro agradecimiento a los equipos territoriales, referentes de salud sexual y reproductiva, vigilancia en salud pública, prestación de servicios, cuya acción articulada permite incidir en la salud materna y neonatal permitiendo un desarrollo normal de las personas y la comunidad.

Agradecemos la presencia de las 4 delegaturas de la Superintendencia Nacional de Salud, quienes tendrán su intervención y nos contarán como se avanza en los retos planteados, gestión y pendientes del plan, agradecemos también a los equipos de EPS, equipos de cooperación OPS, UNFPA, USAID y al equipo técnico del Ministerio de Salud, a Germán Gallego, Lía Marcela Guiza y Yudani Martínez de la Dirección de Epidemiología y Demografía. Se da paso a la presentación de la agenda del día:

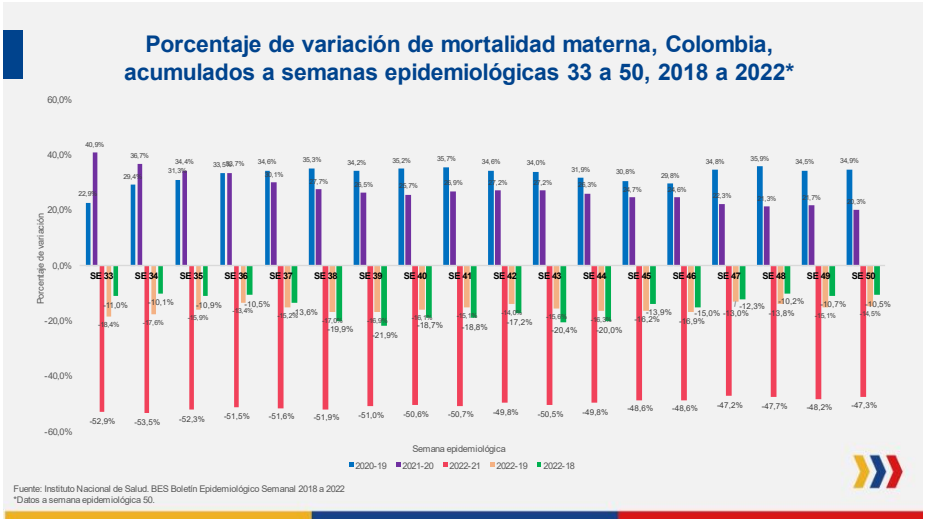


1. **Seguimiento a la situación de mortalidad materna Dirección de Epidemiología y Demografía.**

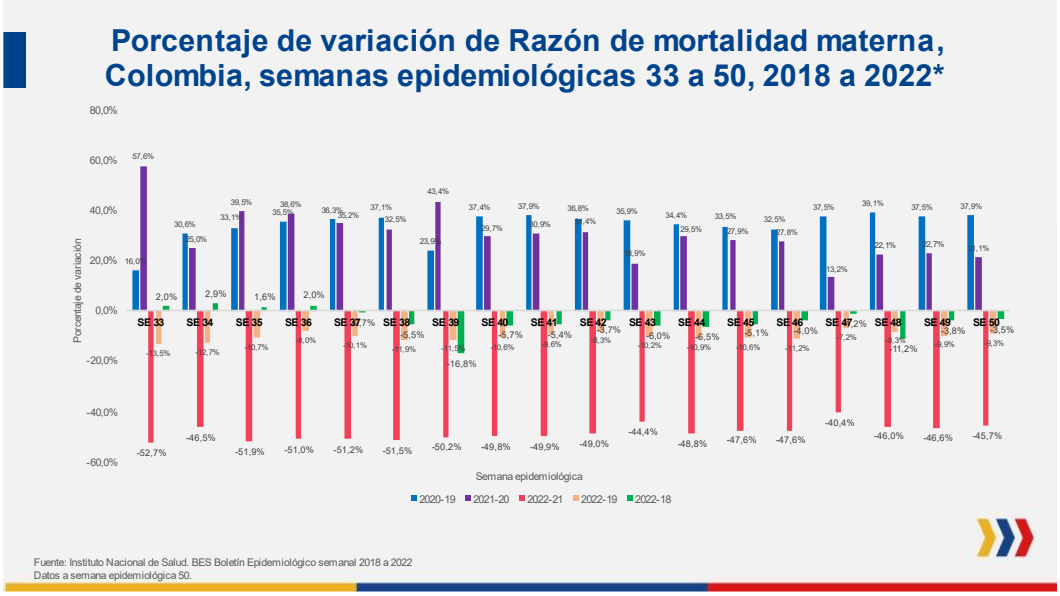
Yudani Martínez de la Dirección de Epidemiología y Demografía: De acuerdo con la información que nos proveen el instituto Nacional de Salud, a semana 50 contamos con 247 casos de mortalidad materna, acumulando una razón de mortalidad de 41,1 si miramos al histórico desde el año 2017, a corte la misma semana, pues vemos que el 2022 se mantiene inferior a los años anteriores, seguido en 2018 con una razón de 42,6 y 2019 con una razón de 45,32.



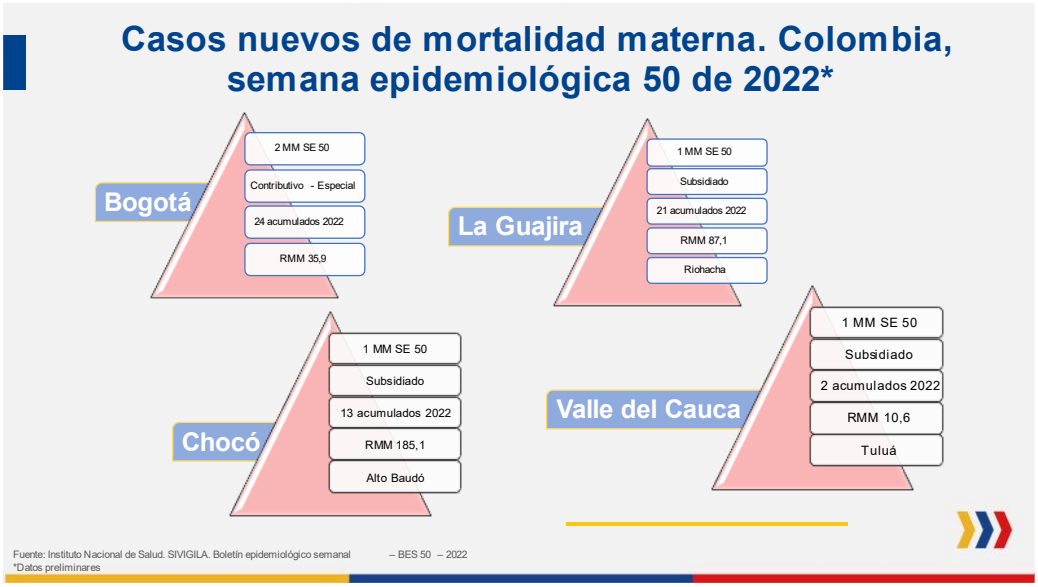
Aquí podemos ver el porcentaje de variación de acuerdo con la razón de mortalidad materna para la semana 50, si comparamos 2022 con 2018 es del 3,5 tenemos una variación negativa, es decir, que estamos por debajo de lo que se presentó en el 2018 y si lo comparamos con 2019, entonces tenemos una variación del 9,3%, encontrándonos en el 2002, pues con un dato inferior.



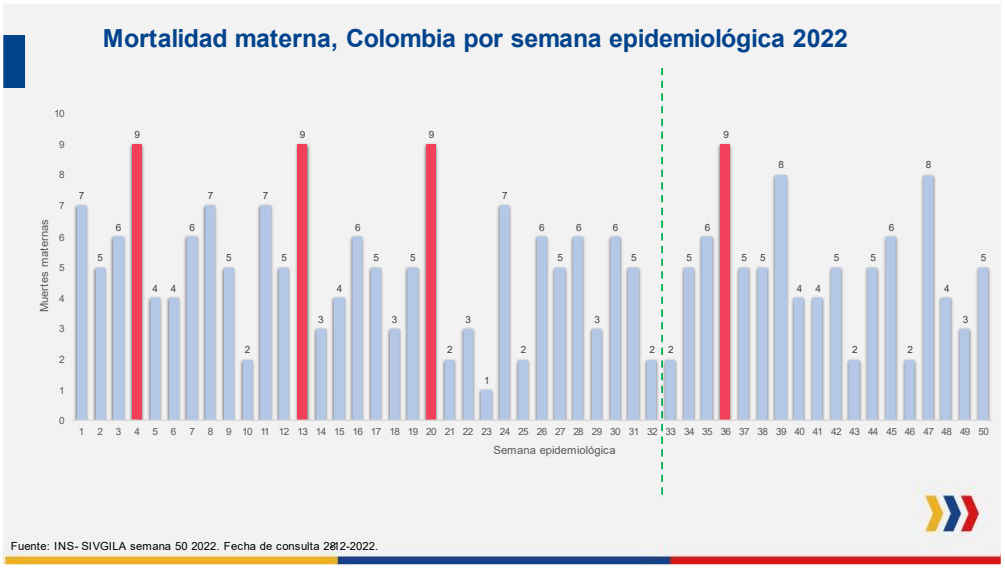
Si vemos la variación, pero con datos ya absoluto, entonces vemos igual que estamos con una variación negativa, como lo hemos venido, pues presentando semana a semana teniendo una diferencia entre 2002 y 2018 del 10,5% y 2002 con 2019 del 14.5%.



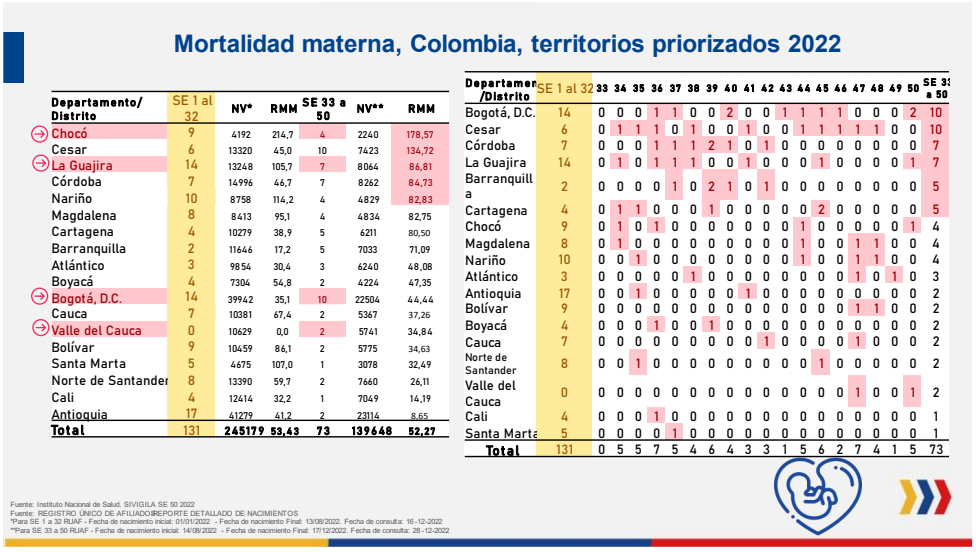
Aquí vemos, los casos que se presentaron en la semana 50 vemos 5 casos que se presentaron durante la semana, 2 de ellos corresponden a la ciudad de Bogotá, 1 a La Guajira, en Riohacha, 1 en Valle del Cauca en Tuluá y uno en Chocó en Alto Baudó. Entonces vemos que Bogotá ya acumula 24 casos durante todo el año es la entidad territorial que más casos tiene a nivel nacional, La Guajira acumula 21, Valle del Cauca 2 y Chocó 13 casos.



Aquí vemos el comportamiento de la notificación por semana epidemiológica y vemos que esa tendencia que logramos ver medianamente en 3 semanas volvimos a perderla y volvimos a aumentar los casos de 3 casos que presentamos la semana anterior, así entonces seguimos con este comportamiento oscilante. Lo cual nos lleva a concluir que tenemos que seguir reforzando acciones y seguir todo lo que semanalmente se les refuerza porque algo nos está haciendo falta, porque volvimos a aumentar los casos.



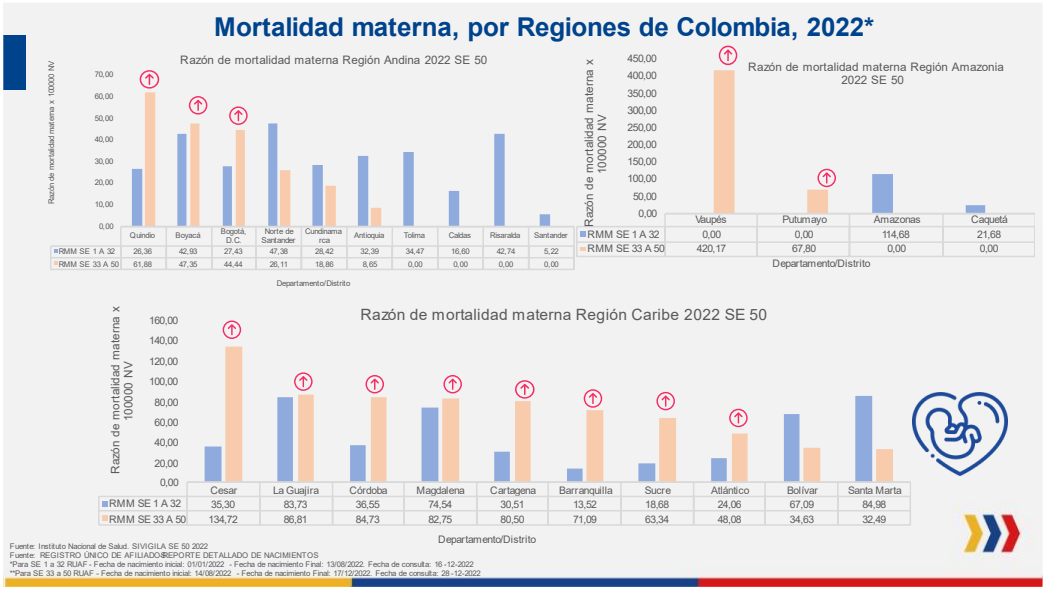
Aquí vemos entonces los departamentos resaltados donde presentamos los casos como lo acabamos de ver, si vemos la razón de mortalidad en el corte de semana 33 a semana 50, las entidades que encabezan la lista entonces tenemos a Chocó, César, La Guajira, Córdoba, Nariño y Magdalena. Si vemos al lado izquierdo, los casos presentados, Bogotá ya alcanzó los casos que presentaba a César, que era el departamento que tenía más casos, los 2 con 10 casos presentados posterior a la semana 33, seguido de Córdoba y la Guajira con 7, y de Barranquilla y Cartagena con 5 casos. Recordemos que Bogotá esta semana presentó 2 casos más.



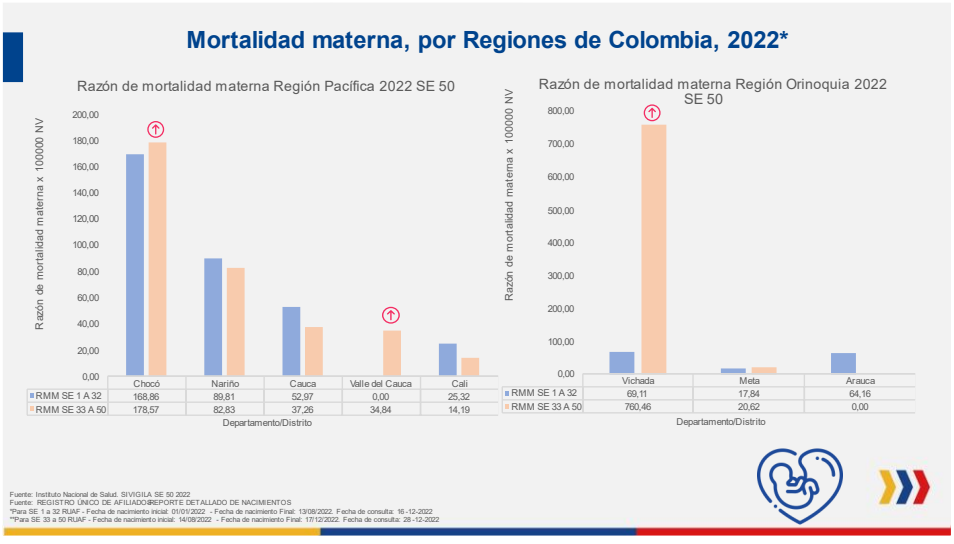
Departamento/ Distrito	SE 1 al 32	NV*	RMM	SE 33 a 50	NV**	RMM
Chocó	9	4192	214,7	4	2240	178,57
Cesar	6	13320	45,0	10	7423	134,72
La Guajira	14	13248	105,7	7	8064	86,81
Córdoba	7	14996	46,7	7	8262	84,73
Nariño	10	8758	114,2	4	4829	82,83
Magdalena	8	8413	95,1	4	4834	82,75
Cartagena	4	10279	38,9	5	6211	80,50
Barranquilla	2	11646	17,2	5	7033	71,09
Atlántico	3	9854	30,4	3	6240	48,08
Boyacá	4	7304	54,8	2	4224	47,35
Bogotá, D.C.	14	39942	35,1	10	22504	44,44
Cauca	7	10381	67,4	2	5367	37,26
Valle del Cauca	0	10629	0,0	2	5741	34,84
Bolívar	9	10459	86,1	2	5775	34,63
Santa Marta	5	4675	107,0	1	3078	32,49
Norte de Santander	8	13390	59,7	2	7660	26,11
Cali	4	12414	32,2	1	7049	14,19
Antioquia	17	41279	41,2	2	23114	8,65
Total	131	245179	53,43	73	139648	52,27

Departamento /Distrito	SE 1 al 32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	SE 33 a 50
Bogotá, D.C.	14	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	10
Cesar	6	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	10
Córdoba	7	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
La Guajira	14	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	7
Barranquilla	2	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Cartagena	4	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5
Chocó	9	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
Magdalena	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4
Nariño	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4
Atlántico	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
Antioquia	17	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Bolívar	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Boyacá	4	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Cauca	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Norte de Santander	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Valle del Cauca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Cali	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Santa Marta	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	131	0	5	5	7	5	4	6	4	3	3	1	5	6	2	7	4	1	5	73

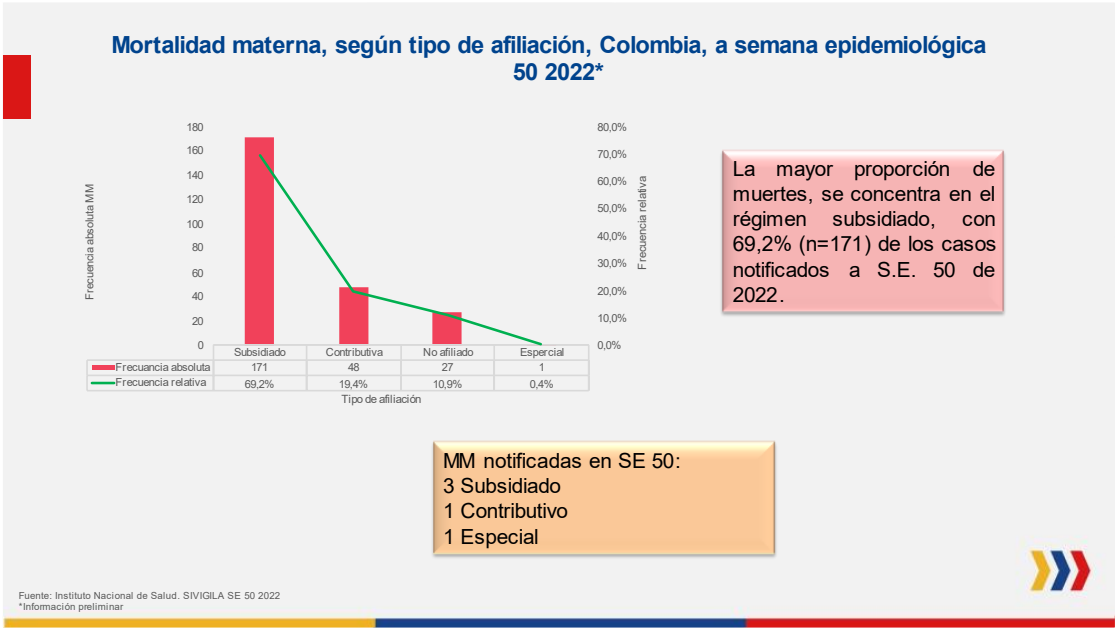
Aquí vemos entonces el comportamiento de la razón de mortalidad y cuáles entidades territoriales han aumentado la razón en el segundo periodo. Sabemos que los periodos no son coincidentes, más que comparaciones es mirar el comportamiento que se ha tenido y lo tenemos aquí puesto, pues por regiones, en la región andina, entonces tenemos que las entidades que tienen una razón no presentaron la razón de mortalidad superior a la del primer corte está Quindío, Boyacá y Bogotá está aumentando, pues significativamente en la región andina, tenemos Vaupés, Putumayo, la región Caribe, que es donde más se nos está concentrando los casos y qué más hemos visto este aumento en la razón de mortalidad frente al primer periodo, entonces está César, La Guajira, Córdoba, Magdalena, Cartagena, Barranquilla, Sucre y Atlántico.



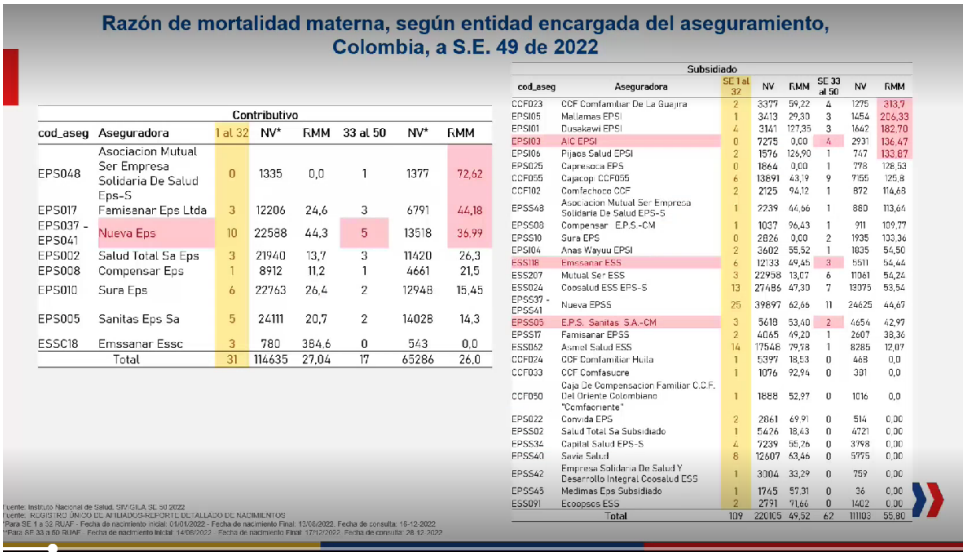
Para la región Pacífica, entonces tenemos Chocó que esta semana presentó caso y Valle del Cauca, que también presentó un caso esta semana y Vichada, que no ha vuelto a presentar casos, pero pues ustedes saben el comportamiento que tuvo, por eso tiene la razón más alta que en el primer corte.



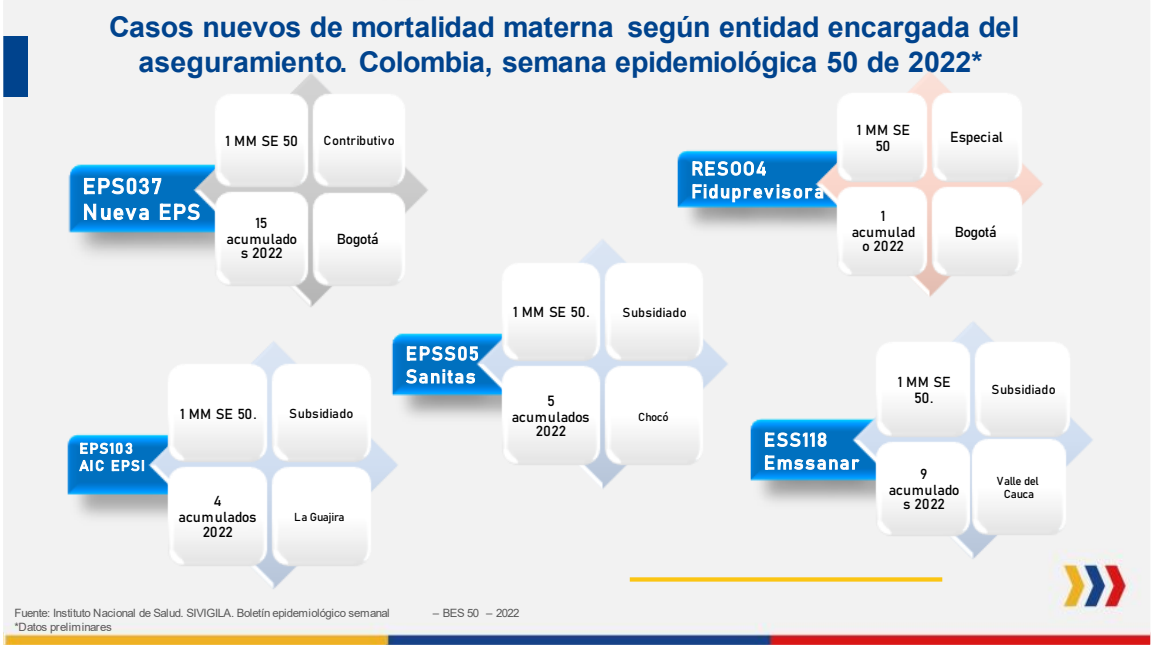
En cuanto a la distribución por régimen de afiliación, entonces tenemos que de los 5 casos que se presentaron esta semana, 3 corresponden a subsidiado, 1 a contributivo y 1 a régimen especial, es el primer caso que se presenta en este régimen de afiliación durante el año 2022, en ese sentido, entonces el Subsidiado pues sigue aportando la mayor cantidad de casos. Tenemos 171 ya en lo corrido del año, lo que equivale al 69,2% en la semana 50.



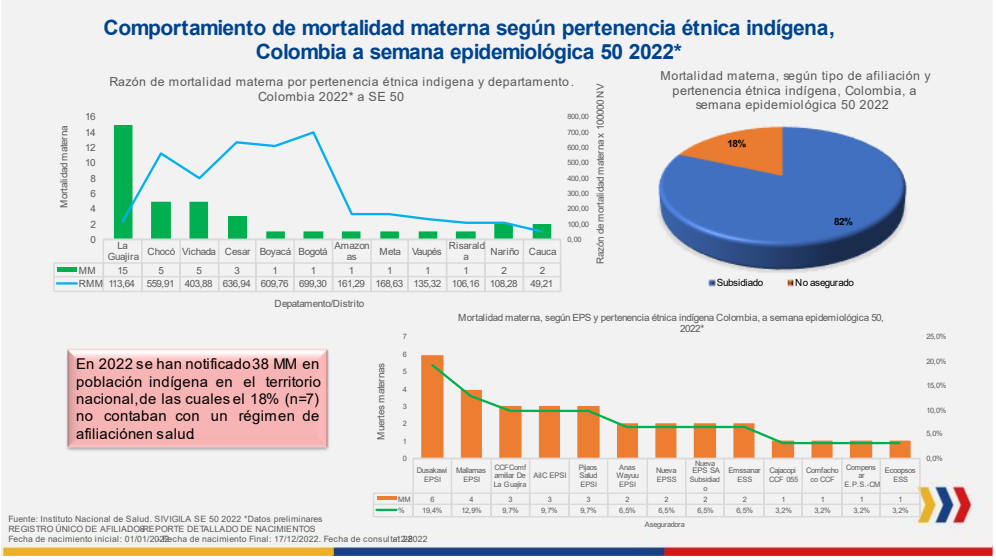
Aquí vemos entonces las aseguradoras que presentaron casos esta semana. Para el régimen contributivo tenemos la Nueva EPS y encabezando la lista por razón de mortalidad de corte 33 a semana 50 tenemos Mutualser, Famisanar y Nueva EPS como las 3 que tienen la razón más alta, y si miramos el subsidiado, pues aquí vamos a ver las que presentaron casos que esta resaltados y vemos que las que presentan mayor razón en el mismo corte en el último corte posterior al inicio del plan, entonces tenemos Comfamiliar de la Guajira, Mallamas, Dusakawi, AYC y Pijaos.



Aquí entonces tenemos el resumen de las 5 aseguradoras que presentaron los casos. Tenemos a Nueva EPS corresponde al régimen contributivo que ya tiene 15 casos acumulados a lo largo del año y corresponde a uno de los casos que se presentó en Bogotá, tenemos AYC del régimen subsidiado que tiene 4 casos acumulados semana 50 y corresponde al caso que se presentó en La Guajira. Tenemos a sanitas en el régimen subsidiado con 5 casos acumulados y correspondiente al caso de Choco, tenemos a Emssanar con 9 casos acumulados y perteneciente al caso que se presentó en Valle del Cauca y como les mencionaba el primer caso que corresponde al régimen especial es de fiduprevisora y corresponde a uno de los casos que se presentó en la ciudad de Bogotá.



El comportamiento en cuanto a la población migrante pues no ha variado. Por eso no ven aquí la diapositiva, pero pues en la presentación van a encontrar igual el balance mixto. En cuanto al comportamiento por pertenencia étnica, entonces si aumentamos veníamos presentando 36 casos a la semana 50 tenemos 38, podemos ver aquí que la Guajira es la que pues aporta más casos a nivel nacional, con 15 casos acumulados a lo largo del año, seguido de Choco con 5, Vichada con 5, César con 3, y pues ya de ahí en adelante 1 y Nariño y Cauca con 2 casos, importante aquí tener en cuenta que el 18% de estas muertes no se encontraban afiliados a ningún régimen en salud, Mientras que el 82% pues pertenecían al régimen subsidiado. Que EPS es la que más casos aporta en frente a la población con pertenencias étnica indígena tenemos Dusakawi con 6 casos Mallamas con 4, Comfamiliar La Guajira con 3, AYC 3 y Pijaos con 3.



Germán Gallego (MSPS): El Distrito de Bogotá, es la esperanza de cumplir y debería lograr que la mortalidad materna disminuyera, esto, no se está cumpliendo, siendo la cifra de Mortalidad Materna - MM es el promedio país para el año 2022 y desde el establecimiento del plan está a nivel de los ODS, en el escenario de política pública de hace 10 años, de manera tal que hay que generar acción ahí máxime si vamos a ver ahora más adelante no reportó en el tablero de control.

Se ha disminuido en la Guajira, seguimos teniendo mortalidad por causas prevenibles y evitables, lo mismo para Chocó, Valle del Cauca.

Al término del año la razón MM se ha mantenido invariable, por debajo de 40 muertes por 100.000 nacidos vivos con variaciones relacionadas con el reporte de nacidos vivos, por ello estas oscilaciones estamos a 8 o 9 puntos de la meta. El número mágico es 32 pero hay variaciones específicas, mayores razones MM mayores disminuciones, que tienen efecto piso en la curva.

2. Seguimiento al plan Superintendencia Nacional de Salud

Sandra Cardona de la Delegatura de Entidades Territoriales (Super): Desde la Supersalud vamos a presentar las acciones del 21 al 28 de diciembre. Para esta semana fueron los requerimientos de información realizados a los departamentos de Chocó, Buenaventura, César Quibdó, Cartagena, Córdoba y Bolívar, con el fin de realizar el seguimiento a los compromisos que se establecieron en las mesas técnicas. Fueron 15 mesas técnicas realizadas a diferentes entidades territoriales y se está empezando a hacer el seguimiento a los compromisos que se establecieron en dichas mesas aquí.

Cabe aclarar que dentro de lo que se realizaba en acciones al departamento de Bolívar, se realizó una reunión en la cual se hizo la revisión del caso de mortalidad presentada en Magangué y de allí también salieron unos compromisos que dentro de los cuales estaban realizar por parte de la entidad territorial visitas de inspección y vigilancia del prestador, el seguimiento psicosocial a la familia y a los niños que había quedado establecido para el 19 al 23 de diciembre.

El envío de la unidad de análisis y canalización y articulación con el ICBF para tener en cuenta que intervenciones se iban a realizar con los niños de estas acciones a la fecha no hemos recibido respuesta por parte del departamento. El día de ayer se hizo el requerimiento reiterando que nos envíen pues los soportes de la realización de estas actividades y pues están todavía en los términos para respuestas se les dio 2 días para para enviar esta respuesta.


29 DE DICIEMBRE DE 2022

2

1. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA ET

Tipo de Acción	Entidad territorial	Compromiso
Requerimiento de información (Seguimiento a compromisos)	Chocó, Buenaventura, Cesar, Quibdó, Cartagena, Córdoba, Bolivar.	Cumplimiento de compromisos - Mesa técnica competencias de la entidad territorial frente a los ejes de salud pública y prestación de servicios- Plan de reducción de mortalidad materna.

dra Milena Cardona Beltran

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Dentro de las acciones realizadas por la delegada de aseguradores, tenemos que se hicieron unas mesas de trabajo el 26 de diciembre, en donde se hizo seguimiento a 3 casos de mortalidad presentados, uno en el departamento de Sucre, Atlántico y otro en Cundinamarca, y los avances de contratación de la red a los métodos de planificación de larga duración.

En Sucre, la entidad involucrada fue Cajacopi y allí en la mesa de trabajo no se presentó el análisis del caso y no se presentaron tampoco por parte de la entidad los avances en la fragmentación de la contratación. Posteriormente a la mesa se remitieron unos soportes en donde no se evidencia el seguimiento de la EPS al prestador primario en la búsqueda activa de la paciente para el programa de salud sexual y reproductiva previo a su embarazo. En el análisis de casos se observan demoras en la respuesta de la EPS en el proceso de referencia y contrarreferencia desde el requerimiento hecho en el primer nivel hasta la IPS donde fallece la paciente. A la fecha desde que se realizó la mesa de trabajo, la EPS no ha realizado o no ha establecido ese comité de mortalidad con el prestador y la entidad territorial no se ha realizado ese comité de mortalidad, no se aportaron tampoco soportes de los avances para mitigar la fragmentación en la contratación de anticoncepción post evento Obstétrico a 31 de diciembre.

Para el caso de Coosalud en Atlántico, en la remisión de soportes no se aportaron el análisis de caso de la mortalidad específica, ni actas de seguimiento a la red frente a la ruta materno perinatal. No se aportó la gestión realizada frente a las órdenes de pomeroy expedidas por la IPS y a la fecha de la mesa de trabajo realizada no se realizó comité de mortalidad con el prestador y la entidad territorial, tampoco se tienen soportes con avances adicionales para mitigar el tema de la fragmentación en la contratación a 31 de diciembre.

2. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA ASEGURADORES

Tipo de Acción	Entidad Involucrada	Entidad territorial	Compromiso
Mesa de trabajo virtual realizada el 26/12/2022, donde se hace seguimiento de: a. Casos de mortalidad materna. b. Avances de contratación de la red a métodos de planificación de larga duración ✓ Sucre –Tolú. ✓ Atlántico – Luruaco ✓ Cundinamarca - Girardot	Cajacopi EPSS CCF055	Sucre	En mesa de trabajo virtual no se presenta unidad de caso y no se presenta avances en la fragmentación de la contratación. Posterior a esta mesa remiten soportes: 1. No se evidencia seguimiento de la EPSS con el prestador primario en la búsqueda activa de la paciente, para el programa de salud sexual y reproductiva previo a su embarazo 2. En la Unidad de análisis de mortalidad se observa demora en la respuesta de la EPSS en el proceso de referencia y contrarreferencia, desde el requerimiento hecho desde el primer nivel hasta la IPS donde fallece la paciente. 3. A la fecha de la mesa de trabajo, el EPSS no ha realizado comité de mortalidad con el prestador y entidad territorial. 4. No se soporta avances para mitigar la fragmentación en la contratación de anticoncepción post evento obstétrico a 31 de diciembre de 2022.
	Coosalud ESS EPS-S. ESS024	Atlántico	Posterior a esta mesa remiten soportes: 1. No se aporta soportes unidad de análisis caso de mortalidad. 2. No se aporta actas de seguimiento a la red frente a la ruta materno perinatal. 3. No se aporta gestión realizada frente a la orden de Pomeroy expedida por la IPS Promocosta. 4. A la fecha de la mesa de trabajo, el EPSS no ha realizado comité de mortalidad con el prestador y entidad territorial. 5. Sin soportes con avances adicionales para mitigar la fragmentación de la contratación a 31 de diciembre de 2022 - anticoncepción post evento obstétrico. De 11 (once) prestadores a contratar, sólo se han legalizados 4 (cuatro) contratos con fecha de 01/12/2022.

En cuanto a Nueva EPS y la mortalidad presenta en Cundinamarca en la respuesta o en el envío de los soportes se evidencia que para 2022 solamente se tienen seguimiento a la ruta materno perinatal con el prestador primario. En los meses de octubre y noviembre a la fecha de la mesa de trabajo realizada de manera virtual, no se ha realizado comité de mortalidad con el prestador y la integridad territorial y en mesas de trabajo no se presentaron avances para mitigar o para evidenciar la mitigación de la fragmentación en la contratación de anticoncepción post evento obstétrico al 31 de diciembre.



Grabación y transcripción
Informa a todos de que se les está grabando y transcribiendo. Directiva de privacidad

2. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA ASEGURADORES

Tipo de Acción	Entidad Involucrada	Entidad territorial	Compromiso
Mesa de trabajo virtual realizada el 26/12/2022, de seguimiento a: a. Casos de mortalidad materna. b. Avances de contratación de la red a métodos de planificación de larga duración ✓ Sucre –Tolú. ✓ Atlántico – Luruaco ✓ Cundinamarca - Girardot	EPS. Nueva EPSS 17	Cundinamarca	Respuesta a requerimientos. 1. Para el 2022 sólo se evidencia seguimiento en la ruta materno perinatal con el prestador primario Bienestar IPS en el mes de Octubre y Noviembre. 2. A la fecha de la mesa de trabajo, el EPSS no ha realizado comité de mortalidad con el prestador y entidad territorial. 3. En mesa de trabajo no se presenta avances para mitigar la fragmentación en la contratación de anticoncepción post evento obstétrico a 31 de diciembre de 2022, de igual manera no aportan soporte documental de dichos avances.

En cuanto a la delegada de prestadores o prestación tenemos que una de las acciones realizadas fue el traslado de los informes de visita a las delegadas de manera interna de las delegadas de

investigación administrativa de la superintendencia a la de la delegada para entidades de aseguramiento y a la entidad a la delegada entidad territorial, aquí se relacionan las entidades involucradas: Mi red, FRC unidad ambulatoria.

Y para el departamento del Atlántico en Bolívar, los hallazgos que se encontraron en estas auditorías fue la desarticulación total con los prestadores, contratación fraccionada y no seguimiento a las gestantes, la no contrarreferencia con conceptos de especialistas, instalaciones con sobreocupación verificando in situ, por las agendas y la carencia de talento humano profesional, servicios cerrados al momento de la auditoría como sala de partos, 2 quirófanos y urgencias.

También se hizo el seguimiento de casos de muerte materna y en la reunión del 16 de diciembre con el Hospital Divina Misericordia de Magangué, Bolívar, que es el prestador involucrado en la mortalidad materna en el departamento de Bolívar. Esa mesa técnica, se programó con el vigilado para el 30 de diciembre, es un compromiso que quede establecido en ese seguimiento a casos realizado el 16 de diciembre y pues esta mesa se realizará el día de mañana.

3. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA PSS

Tipo de Acción	Entidad Involucrada	Entidad territorial	Compromiso
Traslado de informes de visitas de prestadores de servicios a: Delegada para Investigaciones Administrativas Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud Y Entidad Territorial	MIRED	Atlántico - Bolívar	Los hallazgos mas relevantes: 1. Desarticulación total con otros prestadores, contratación fraccionada y no seguimiento a las gestantes (en servicios solicitados, en inasistencias y en entrega de medicamentos). 2. No contrarreferencia con conceptos de especialistas, instalaciones con sobreocupación verificado In situ y por agendas. 3. carencia de talento humano profesional, servicios cerrados al momento de la auditoria: Sala de partos, 2 quirófanos y urgencias.
	FRC Unidad Ambulatoria		
	CEHOSAM- Santa Monica		
Seguimiento caso de Muerte Materna de la Reunión realizada el 16 de diciembre de 2022	Hospital Divina Misericordia	Magangué - Bolívar	Mesa técnica programada con el vigilado el día 30 de diciembre

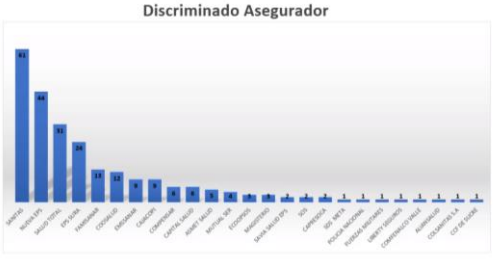
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

En cuanto a las acciones de inspección realizadas por DPU, encontramos que se evidencia para esta semana se presentaron o se radicaron 244 PQRS de gestantes con barrera para acceso a los servicios de salud, donde el 89% fueron clasificadas con riesgo de vida que corresponde a 217 PQR. Y en la gráfica podemos observar las EPS que están relacionadas con estas PQRS instauradas.

29 DE DICIEMBRE DE 2022

4. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DPU

Clasificación de PQRD radicadas atención Gestantes - Discriminado Asegurador

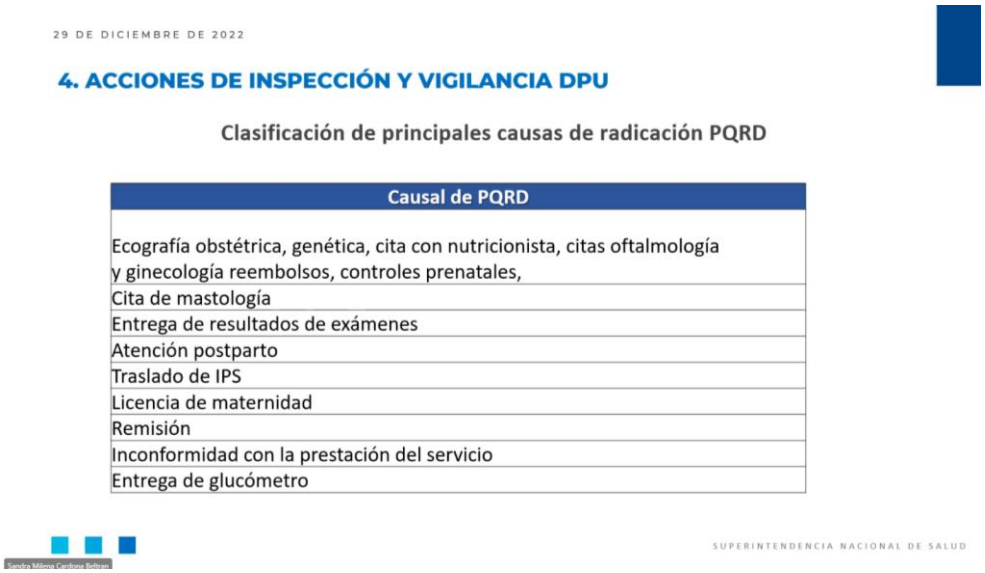


244 PQRD de gestantes con barreras para el acceso a los servicios de salud

89% Clasificadas con riesgo de vida

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Las principales causas de erradicación de estas PQR fueron, ecografía obstétrica, cita con Nutricionista, cita oftalmológica, ginecológica y controles prenatales, barreras de acceso a estas citas, cita de mastología, entregar resultados de exámenes atención posparto. Traslados de IPS, licencia de maternidad, remisiones inconformes, conformidad con la prestación de servicio y entrega el glucómetro.


29 DE DICIEMBRE DE 2022

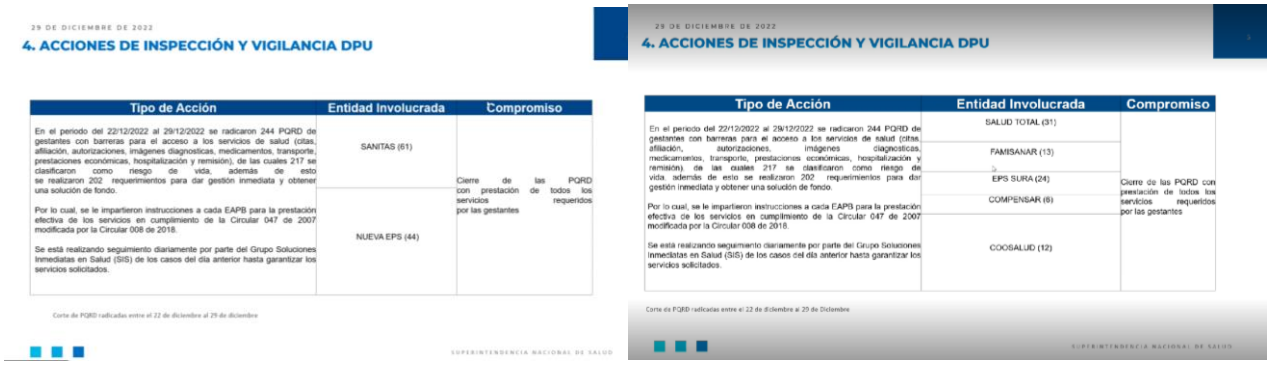
4. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DPU

Clasificación de principales causas de radicación PQRD

Causal de PQRD
Ecografía obstétrica, genética, cita con nutricionista, citas oftalmología y ginecología reembolsos, controles prenatales,
Cita de mastología
Entrega de resultados de exámenes
Atención postparto
Traslado de IPS
Licencia de maternidad
Remisión
Inconformidad con la prestación del servicio
Entrega de glucómetro

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Aquí podemos ver las EPS que están relacionadas con estas PQRS instauradas, en donde podemos ver que Sanitas tiene 61 PQRS instauradas y Nueva EPS 44, Salud Total 31, Famisanar 13, EPS Sura 24, Compensar 6, Coosalud 12.


29 DE DICIEMBRE DE 2022

4. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DPU

Tipo de Acción	Entidad Involucrada	Compromiso
En el periodo del 22/12/2022 al 29/12/2022 se radicaron 244 PQRD de gestantes con barreras para el acceso a los servicios de salud (citas, afiliación, autorizaciones, imágenes diagnosticas, medicamentos, transporte, prestaciones económicas, hospitalización y remisión), de las cuales 217 se clasificaron como riesgo de vida, además de esto se realizaron 202 requerimientos para dar gestión inmediata y obtener una solución de fondo. Por lo cual, se le impartieron instrucciones a cada EAPB para la prestación efectiva de los servicios en cumplimiento de la Circular 047 de 2007 modificada por la Circular 008 de 2018. Se está realizando seguimiento diariamente por parte del Grupo Soluciones Inmediatas en Salud (SIS) de los casos del día anterior hasta garantizar los servicios solicitados.	SANITAS (61) NUEVA EPS (44)	Cierre de las PQRD con prestación de todos los servicios requeridos por las gestantes

Corte de PQRD radicadas entre el 22 de diciembre al 29 de diciembre

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

29 DE DICIEMBRE DE 2022

4. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DPU

Tipo de Acción	Entidad Involucrada	Compromiso
En el periodo del 22/12/2022 al 29/12/2022 se radicaron 244 PQRD de gestantes con barreras para el acceso a los servicios de salud (citas, afiliación, autorizaciones, imágenes diagnosticas, medicamentos, transporte, prestaciones económicas, hospitalización y remisión), de las cuales 217 se clasificaron como riesgo de vida, además de esto se realizaron 202 requerimientos para dar gestión inmediata y obtener una solución de fondo. Por lo cual, se le impartieron instrucciones a cada EAPB para la prestación efectiva de los servicios en cumplimiento de la Circular 047 de 2007 modificada por la Circular 008 de 2018. Se está realizando seguimiento diariamente por parte del Grupo Soluciones Inmediatas en Salud (SIS) de los casos del día anterior hasta garantizar los servicios solicitados.	SALUD TOTAL (31) FAMISANAR (13) EPS SURA (24) COMPENSAR (6) COOSALUD (12)	Cierre de las PQRD con prestación de todos los servicios requeridos por las gestantes

Corte de PQRD radicadas entre el 22 de diciembre al 29 de Diciembre

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Emssanar 9, Ecoopsos 3, Cajacopi 9, Asmetsalud 5, Savia Salud 2, SOS 2, Capital Salud 6, Magisterio 3, Mutualser 4 y la Secretaría Departamental de Salud de Meta 1 PQR de las instaurada, los compromisos son con estas entidades involucradas, dar el cierre de esas PQR es un cierre efectivo con la prestación de los servicios requeridos por las gestantes y pues discriminado para cada PQR interpuesta.



29 DE DICIEMBRE DE 2022

4. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DPU

Tipo de Acción	Entidad Involucrada	Compromiso
En el periodo del 22/12/2022 al 29/12/2022 se radicaron 244 PQRD de gestantes con barreras para el acceso a los servicios de salud (citas, afiliación, autorizaciones, imágenes diagnosticas, medicamentos, transporte, prestaciones económicas, hospitalización y remisión), de las cuales 217 se clasificaron como riesgo de vida, además de esto se realizaron 202 requerimientos para dar gestión inmediata y obtener una solución de fondo. Por lo cual, se le impartieron instrucciones a cada EAPB para la prestación efectiva de los servicios en cumplimiento de la Circular 047 de 2007 modificada por la Circular 008 de 2018. Se está realizando seguimiento diariamente por parte del Grupo Soluciones Inmediatas en Salud (SIS) de los casos del día anterior hasta garantizar los servicios solicitados.	EMSSANAR (9)	Cierre de las PQRD con prestación de todos los servicios requeridos por las gestantes
	ECOOPSOS (3)	
	CAJACOPI (9)	
	ASMET SALUD (5)	
	SAVIA SALUD EPS (2)	
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS) (2)	
	CAPITAL SALUD (6)	
	MAGISTERIO (3)	
	MUTUAL SER (4)	
	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL META (1)	

Corte de PQRD radicadas entre el 22 de diciembre al 29 de Diciembre

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Estas son otras EPS involucradas: Capresoca, Policía Nacional, Fuerzas Militares, Liberty Seguros, Comfenalco Valle, Aliansalud, entre otras.



29 DE DICIEMBRE DE 2022

4. ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DPU

Tipo de Acción	Entidad Involucrada	Compromiso
En el periodo del 22/12/2022 al 29/12/2022 se radicaron 244 PQRD de gestantes con barreras para el acceso a los servicios de salud (citas, afiliación, autorizaciones, imágenes diagnosticas, medicamentos, transporte, prestaciones económicas, hospitalización y remisión), de las cuales 217 se clasificaron como riesgo de vida, además de esto se realizaron 202 requerimientos para dar gestión inmediata y obtener una solución de fondo. Por lo cual, se le impartieron instrucciones a cada EAPB para la prestación efectiva de los servicios en cumplimiento de la Circular 047 de 2007 modificada por la Circular 008 de 2018. Se está realizando seguimiento diariamente por parte del Grupo Soluciones Inmediatas en Salud (SIS) de los casos del día anterior hasta garantizar los servicios solicitados.	CAPRESOCA (2)	Cierre de las PQRD con prestación de todos los servicios requeridos por las gestantes
	POLICIA NACIONAL (1)	
	FUERZAS MILITARES (1)	
	LIBERTY SEGUROS (1)	
	COMFENALCO VALLE (1)	
	ALIANSALUD (1)	
	COLSANITAS S.A. COMPAA DE MEDICINA PREPAGADA (1)	
	CCF DE SUCRE Y/O FAMILIAR DE COLOMBIA (1)	

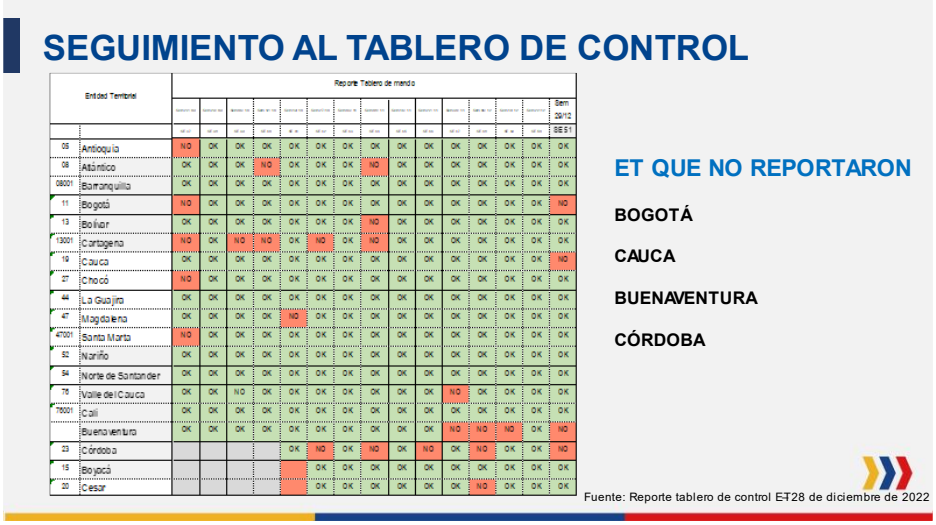
Corte de PQRD radicadas entre el 22 de diciembre al 29 de Diciembre

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Germán Gallego (MSPS): Está pendiente de la investigación del caso de Magangué, se le pide a la Superintendencia nacional de salud tomar las medidas pertinentes y ver cómo es la gestión de las acciones individuales, que en el caso de la población no afiliada le corresponden a la DTS. Plantea, que, se puede aprender de esto para detectar dificultades administrativas de la afiliación especialmente en población vulnerable. El caso la paciente fue víctima de inequidad, habitante de calle, farmacodependencia, a quien se le niega el acceso a la afiliación y por ende a la atención.

Importante establecer quien atiende a la mujer gestante, el resultado puntual de lo que pasa con la prestación de las IPS confesionales tendremos resultados pronto y se quiere tener noticias frente a esto.

3. **Seguimiento al tablero de control**



Germán Gallego (MSPS): Recomienda reportar de manera oportuna. En la Diapo DTS que no reportaron.

Mónica Guardo-DTS Bolívar: Comenta los compromisos establecidos con Supersalud a 16 diciembre, respecto a la muerte que se presentó en Magangué en donde existía el compromiso de enviar evidencias, actividad que no se logró por fallas en las que se están interviniendo. Se remitió la secuencia de lo que se hizo, plan de mejora en marcha ESE Divina Misericordia, reportando cuando ingresa la paciente no afiliada. Este mecanismo de reporte de la secretaria Salud Municipal y Departamental para iniciar la gestión, se reporta pacientes que ingresa en condición de migrante, con factores de riesgo, hipoacusia bilateral, dificultades reporte para el seguimiento. Se establece comunicación permanente con el prestador y secretaria de salud departamental. Se realiza visita núcleo familiar, el informe se envió a Natalie Mosquera, esta visita se realiza el 20 de diciembre se entrevista a la mama de la mujer fallecida, quien dio información del núcleo familiar, todos están afiliados, la persona que tenía problemas de afiliación es la paciente que falleció. Se hizo gestión con las Coosalud y Mutualser para garantizar las atenciones de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud RIAPMS al grupo familiar según curso de vida. Se envió análisis previo de este caso, plan de acción construido, pendiente articulación con ICBF ya que no son beneficiarios los niños de ningún programa, están mirando si son potenciales beneficiarios de estos programas u otros que haya en el municipio. Queda pendiente Inspección Vigilancia, con lo que tenían pendientes para pasar informe a la Super. Se está trabajando desde el ente territorial y los avances se harán conocer de manera oportuna.

German Gallego (MSPS): Esto agrega valor, para aprender y emprender acciones, toda la norma define no solo el pago de las intervenciones y gestión siendo obligación de la DTS, detectar casos donde hay dificultades y avanzar en la gestión según lo establecido en la Resolución 518. ¿Cuáles son las acciones y estrategias en que está avanzando la DTS?

Mónica Guardo-DTS Bolívar:

1. Identificación oportuna casos con problemas de aseguramiento dificulta acceso a salud

2. Reporte inmediato de estas pacientes, secretaría de salud municipal, secretaria de salud departamental para seguimiento en tiempo real. Articulación secretaria Distrital y Departamental de salud y Prestador.
3. Reporte de 2 pacientes con la misma problemática, debe continuar la cultura del reporte y gestión
4. Seguimiento núcleo familiar, para identificar toda la población que no están en la ruta que les corresponde de promoción y mantenimiento de la salud.
5. Este ejercicio se hace con la familia como se dijo sino también con las aseguradoras, avanzar en la demanda inducida efectiva.
6. La demanda inducida en Bolívar se hace mediante estrategias que se usan en las ciudades, cabe anotar que la conectividad no es buena, estas estrategias no son buenas en zona rural donde se debe llegar perifoneo para que la población asista a los servicios de salud, avanzar con los equipos extramurales.
   Estos son los avances que se han tenido en el marco del plan de aceleración para impactar en la reducción de las muertes maternas. DTS Bolívar.

Natali Mosquera (Supersalud): Efectivamente, nosotros recibimos y analizamos la información que remitieron el día de ayer y es un llamado también a todas las entidades territoriales, no solamente la atención a la materna es primordial, se debe de hacer seguimiento a los hijos que tengan y la familia que haya dejado la fallecida la incorporación a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los casos en los que no se haya incorporado, teniendo en cuenta la vulnerabilidad en la que quedan todos estos chiquitos.

German Gallego (MSPS): No solamente vamos a estar pendientes de los soportes del cumplimiento de estas acciones, sino de la trazabilidad de los casos, es decir cualquier estrategia tiene que estar acompañada de un esfuerzo por detectar y definir cuáles son estos casos que están reportando y hacerle seguimiento. Esto debe ser formal, obviamente sabemos que en principio es a través de WhatsApp o a través de correos electrónicos, pero tiene que ser un proceso estructurado de reporte y de trazabilidad de los casos, para que para que digamos tenga un sostenimiento en lo sucesivo.

Continuamos con el tablero de control, lo mínimo que se pide es un reporte puntual a un tablero que nos dice que hay movimiento, que hay vinculación y que hay conexión de la entidad territorial con él plan, con las acciones del plan y en ese caso Bogotá, Cauca, Buenaventura y Córdoba no hicieron el reporte oportuno. Sabemos que Córdoba hizo un reporte, anoche pero ya extemporáneo, lo dejamos pendiente para el seguimiento que puedan incorporar.

SEGUIMIENTO AL TABLERO DE CONTROL



INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DIU		IMPLANTES SUBDERMICOS	
	ESTIMACIÓN N	DISPONIBILIDAD U.EJECUTORA	ESTIMACIÓN N	DISPONIBILIDAD U.EJECUTORA
05 - Antioquia				
0500103044803 - CLINICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA	33	0	256	0
0500103039201 - CLINICA EL ROSARIO SEDE CENTRO	21	0	155	0
0500103039202 - CLINICA EL ROSARIO SEDE EL TESORO	15	0	121	0
0501210737001 - UNIDAD MATERNO INFANTIL FUNDACION SOMA	11	0	67	0
08 - Atlántico				
0800101233301 - KATZMEINDORT Y CIA LTDA CLINICA LA MERCED	35	1	219	4
13 - Bolívar				
1300103141101 - Clínica de la mujer Cartagena IPS	28	0	211	90
1300100815001 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA MATERNIDAD RA	21	0	160	40
1300100033001 - CENTRO MEDICO CRESATOLTDA	16	0	125	52
1300100033001 - SANTA CRUZ DE BODEGRANDE, CLINICA DE ESPECIALIDA	12	0	95	0
1300100355101 - CLINICA LA ERMITA SEDE CONCEPCION	11	1	82	1
1345000635701 - INTERMEDES HEALTH S.A.S	5	5	64	211
20 - Cesar				
2000100053001 - CLINICA DEL CESAR S.A.	11	0	85	0
2000100173401 - Unidad Pediatrica Sinaia S de ser IPS SAS	11	0	79	0
2000100053003 - CLINICA MEDICOS SEDE ALTA COMPLEJIDAD DEL CARIBE	9	0	69	24
2006001543501 - clinica regional de especialistas sinaia / ltda sas	9	0	66	0
2000100043501 - CLINICA VALLEDUPAR	5	5	51	0
2000100250501 - CLINICA SANTA MARIA DEL CARIBE S.A.S	5	5	41	0
2001102337101 - CLINICA ALTA COMPLEJIDAD DE AGUACHICA S.A.S.	5	41	36	0
23 - Córdoba				
2341700735001 - E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA	14	0	117	1
2300100453201 - ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA	11	0	87	0
2345000539701 - CLINICA REGIONAL DEL SAN JORGE I.P.S. SA	11	0	86	0
2300101099001 - CLINICA CENTRAL O.H. LTDA	11	0	81	0
2300100543201 - CLINICA MONTERIA S.A.	11	0	79	23
2300100853101 - CLINICA UNION SOMEDICA LTDA	11	0	79	0
2300101801 - FUNDACION AMIGOS DE LA SALUD	9	0	71	5
2300101555001 - FUNDACION CLINICA DEL RIO	8	0	67	17
2300100458701 - CLINICA MATERNO INFANTIL CASA DEL NIÑO S.A.	7	0	54	14
2300101099501 - CLINICA LA SERRANIA MONTERIA	7	0	54	0
2300100259701 - CLINICA ZAYMA	7	0	53	0
2341620073501 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN DIEGO DE C	5	0	42	0
2341700245901 - CLINICA LA TRINIDAD IPS LTDA	5	0	36	0
27 - Chocó				
2778700099701 - ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TADO	1	0	8	0
2700000835301 - ESE HOSPITAL SAN JOSE DE QUIBDO	1	0	4	0
47 - Magdalena				
4700100453601 - CLINICA DE LA MUJER S.A.	11	35	79	0
4700101077501 - CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.	11	0	75	14
4795001061 - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	9	20	75	0
4700100475601 - COMPAÑIA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S.A.	5	0	61	144
4700100435001 - CLINICA LA MILAGROSA S.A.	7	0	55	14
4715000432101 - HOSPITAL SAN CRISTOBAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	7	50	54	0
4724500024901 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA CANDELARIA	5	0	43	0

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DIU		IMPLANTES SUBDERMICOS	
	ESTIMACIÓN N	DISPONIBILIDAD U.EJECUTORA	ESTIMACIÓN N	DISPONIBILIDAD U.EJECUTORA
52 - Nariño				
5200100557201 - FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO	11	0	83	3
5235502356501 - E.S.E. HOSPITAL CIVIL DE IPIALES	9	0	69	5
76 - Valle del Cauca				
7600105756501 - CLINICA FARALLONES S.A.	23	0	177	55
7611103495501 - FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE	11	0	87	10
7683046520 1 - E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE D	11	5	82	0
7652003029 49 - HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E - SEDE SAN VICE	11	0	78	311
7600103715 01 - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	9	0	74	10
7600108077 01 - CLINICA COLOMBIA ES	6	0	45	38

ET QUE ACTUALIZARON : Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Chocó, La Guajira, Cali y Norte de S/ der

PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD				
	DIU		IMPLANTE	
ET	SE 50	SE 51	SE 50	SE 51
ANTIOQUIA			42.7	38.6
BOLÍVAR	14.7	20.3	55.8	56.8
CESAR			16.6	19.7
CÓRDOBA	0	0	6.84	6.84
CHOCÓ			25	63
LA GUAJIRA			53.3	49.7
MAGDALENA			31.7	31.7
NTE DE SDER			26.3	22.8

Fuente: Reporte tablero de control ET 28 de diciembre de 2022

Alcira Castro (SDS Bolívar): Reporta también que se está haciendo seguimiento niños y niñas, quedaron compromisos realizar mesa de infancia adolescencia familia en Magangué, mesa seguimiento ICBF, para el seguimiento de este caso. El reporte de estas actividades está pendiente de entrega a la Supersalud

Paula Romero (SDS Bogotá): Reporta que se hizo diligenciamiento el día de ayer no llego información reportada. German solicita el envío del soporte que les llega a ustedes al correo mencionando en el feedback de que, si efectivamente subió la información, probablemente el reporte se hizo muy tarde.

German Gallego (MSPS): Destaca que el tema de anticoncepción en el plan de choque es la estrategia más costo efectiva en todo el arsenal de gestión de riesgo de la salud materna. Que uno no puede evitar hasta una de cada 2 muertes maternas cuando satisface la demanda de anticoncepción bajo el enfoque de derechos, el efecto no es inmediato. Llevamos 16 semanas, en términos de Pareto (IPS que pueden tener mayor impacto en el territorio), el reporte no es todo, es un punto de partida, lo fundamental es que el resultado mejore. Esta tabla muestra entidades territoriales, con instituciones con mayor volumen de atención que tienen cero en los métodos anticonceptivos interrogados para el suministro post parto y post aborto. Entonces vemos como el tema, a pesar de que el reporte supera el 90% en casi todas las entidades territoriales, el resultado no es bueno, Córdoba (deja todo en cero), en Valle Cauca y Chocó que tuvieron casos esta semana, hay que verificar que está pasando y como mejorar la disponibilidad.

¿Qué es lo que está pasando y cómo vamos a hacer para mejorar la estimación, la entrega, la disponibilidad?,¿Por qué no avanza la disponibilidad entonces? vemos en la gráfica, en la tabla de la derecha inferior como ese porcentaje de lo encontrado o la existencia versus la estimación, por ejemplo, en Bolívar era el 14.7% en la semana 50 y aumenta, pero solamente aumenta el 20.3%. La semana pasada se hicieron reflexiones específicas respecto en cómo es posible que tengamos en DIUS solamente en todo el departamento o más bien en las IPS del Pareto el 14% de las existencias frente a la estimación, pero eso aumenta, pero no aumenta significativamente. Aquí tenemos solamente los que están por debajo del 60% en tanto para DIUS como para implantes, pero vemos que el tema no avanza y queremos saber cómo vamos a solucionar esto

específicamente. Y quiero llamar aquí entonces Valle del Cauca y el Chocó que tuvieron muertes maternas y coinciden con estar acá.

Informe Valle del Cauca

Alba Lucia Rodríguez (vigilancia en salud pública DTS Valle del Cauca): Han realizado reuniones con aseguradoras SURA, EMSANAR NUEVA EPS, SOS han priorizado de acuerdo con eventos de morbilidad materna extrema, VIH sífilis congénita, mirado la ruta materno perinatal, realizado mesas de trabajo con ellos con la idea de seguir trabajando con las demás EPS en el tema.

La jefe **Martha Castaño** complementa, la situación de falta de seguimiento a la gestión del riesgo reproductivo para que las EAPB con su prestador para que resuelva la búsqueda, en especial en área rural. Se está trabajando en las EPS con mayor número de afiliadas en edad fértil, enfatizando los métodos anticonceptivos de larga duración. En servicios amigables fluye mejore el uso de los métodos de larga duración, importante que no haya fraccionamiento. En el caso de mortalidad materna, la mujer solicito Interrupción Voluntaria del Embarazo- IVE, tuvo dificultades, por ello es necesario hacer gestión riesgo obstétrico y uso de anticonceptivos de larga duración.

German Gallego (MSPS): Aquí hay una situación puntual, todo lo que tú dices está bien y es cierto. El tema es que hemos hecho un esfuerzo gigante y ya lo vamos a ver por el tema de solucionar la fragmentación, en eso también tenemos deudas. Pero como hemos dicho siempre todas las semanas acá, la gestión de riesgo no acaba con la contratación, entonces, la EPS debe dar las garantías de que la institución prestadora de servicios de salud tenga. Tenemos, por ejemplo, Clínica Farallones con que no tiene DIUS y tiene sólo 1/3 parte de la disponibilidad de implantes subdérmicos, Fundación Hospital San José tiene 0 DIUS y tiene implantes subdérmicos 10 para una estimación de 87. La ESE Hospital departamental Tomás Uribe Uribe tiene una estimación de 82 implantes subdérmicos con una existencia de 0, el Hospital Raúl Orejuela es de San Vicente parece tener una buena existencia de implantes subdérmicos, pero no tiene dispositivos intrauterinos. El Hospital San Juan de Dios tiene cero DIUS y tiene 10 implantes subdérmicos frente a una estimación de 9 y 74 respectivamente. Clínica Colombia también tiene cero dispositivos y tiene quizás aceptable el implante subdérmico, sin embargo, está por debajo de la disponibilidad versus la estimación entonces acá específicamente son temas y problemas puntuales, obviamente es general, pero esta situación es particular. ¿Qué necesita Valle del Cauca para solucionarla?

Martha Castaño (Valle del Cauca): De las que mencionaste, muchas de ellas están en Cali, que tú ya sabes que funciona como distrito, pero las otras con Albita, porque pues ya estamos cerrando años, ya no tenemos la enfermera de seguimiento en este momento, pero pensábamos, ya tenemos priorizadas precisamente las IPS que mencionaste para hacer las visitas de inspección y vigilancia directamente, para verificar que es lo que está sucediendo en el tema de contratación, para poder garantizar que esto suceda, y esto lo tenemos en el plan, que es el 2023 para empezar en el primer trimestre específicamente enero y febrero, yo voy a acompañar las iniciales para poder que la persona que llegue pues podamos luego ampliar cobertura, cuando ya hagamos esas visitas está iniciando este año, ya podemos tener esas causas que me estás preguntando para poder plantear alternativas de solución.

German Gallego (MSPS): Sabemos qué hace falta una presencia en el territorio y en la institución para corregir información, para ver si ese 311 que está ahí es real o no es real, también para establecer con mayor cercanía, pero no podemos esperar un plan de visitas para solucionar esta situación Martha, estas instituciones tienen que sentarse en una mesa, hay que mostrarles esta información, que es la que ustedes nos reportan a nosotros, esto no lo sacamos de otro lado, sino del reporte que ustedes nos hacen y que verifiquen, de nada nos sirve tenerlo contratado si no existe la disponibilidad anticonceptivos y si existen el lugar a correcciones, se hace la corrección inicialmente por información en primaria de parte de la IPS. Pero tenemos que solucionar este tema con una acción inmediata y es una acción, es una reunión con estas instituciones y también aquí el llamado al distrito de Cali, aquí estoy, en una descripción departamental y seguramente hay de las 2 cosas de las 2 entidades territoriales, más bien, pero la idea es tener una sesión de trabajo en el que nos defina cuáles son las instituciones, como como cuáles son las estrategias para para resolverlo.
Ahora le doy la palabra a Choco.

No hay respuesta por parte de Choco. Hace 2 semanas hicimos un compromiso, todas las entidades territoriales tuvieron la palabra para decir cuáles serán las personas de planta o de contrato que iban a estar pendientes durante este durante esta época de diciembre. Lilian Arboleda, hablo en esta reunión hace 2 semanas. Vamos a darle la palabra en el entretanto, a la secretaría departamental de la Guajira.

Yoryane Magdaniel (La Guajira): Nosotros hemos fortalecido las visitas de seguimiento a este tema, aunque ya habíamos subsanado en gran parte el abastecimiento de los métodos vemos que en las semanas 50 y 51 hemos tenido un detrimento, no se reportan, hemos hecho reuniones, visitas presenciales de seguimiento, pero tenemos esta inconsistencia, sin embargo, hemos establecido seguimientos más estrictos con las EPS y las IPS públicas y privadas que tienen el servicio de sala de parto y urgencias, y también con las EPAB correspondientes, con algunas no hemos evidenciado ningún tipo de avance como Coosalud, Cajacopi y Sanitas.

German Gallego (MSPS): ¿Pero eso quiere decir que Dusakawi y Anaswayuu sí han tenido respuesta y qué tipo de respuesta tenido?

Yoryane Magdaniel (La Guajira): Hemos tenido respuesta y con evidencias y muchos avances, pero en esta semana preciso no reportaron que tengan esta disponibilidad de los DIUS.

German Gallego (MSPS): Claro, el reporte es como nos damos cuenta y ustedes fueron juicios esta semana actualizando el reporte. El tema es cómo vamos a escalar el reporte, ustedes están en el 50% de lo de lo observado con respecto a lo estimado, es decir, 1 de cada 2 mujeres, que quisiera tener anticoncepción podría tener acceso a un método de larga duración reversible. Entonces, con eso en el panorama la tarea es que aumente la disponibilidad. Esto es una tarea de las IPS porque lo tienen contratado, pero también de las EPS porque ellos tienen que dar las condiciones para que la IPS pueda trabajar y pueda cumplir porque en últimas son las responsables de las intervenciones. Entonces esta semana, así como Valle del Cauca va a adelantarlo, necesitamos que se sienten todas las dependencias y todas las IPS del Pareto de la institución y que resuelvan situación por situación, yo no tengo aquí las, específicamente las IPS de ustedes. Deben tener un plan o una acción puntual por cada IPS en el que participe la EPS, en caso tal de

que es atribuible a la acción de la EPS el poder escalar y que se tengan los anticonceptivos. Allí, como ustedes, atienden el caso de Maicao, mujeres migrantes también ahí hay que tener la participación de las agencias que puedan estar en el territorio, pero esa mesa de trabajo tiene que estar puesta esta semana citada esta semana para la semana siguiente poder dar cuenta de eso, con una acción puntual y específica por cada situación particular que se encuentra, cada cero en esa matriz es una situación de alerta.

Yoryane Magdaniel (La Guajira): Así es doctor tiene toda la razón a pesar de que hemos evidenciado modificaciones en los contratos, pero cuando se hacen los seguimientos o los reportes encontramos todavía debilidades. Esa es la situación que estamos presentando, por eso se le ha recomendado a la EAPB, igual que lo estamos haciendo nosotros, realizar ese seguimiento estricto allá en el en el terreno para verificar si es verídica esa información que nos reporta**.**

German Gallego (MSPS): Entonces Dusakawi, Anaswayuu, Cajacopi, AYC, Nueva EPS que fueron los que Comfaguajira le dejaron sus usuarios, entonces la secretaría de Salud los vas a citar hoy y mañana para que ustedes se reúnan con las IPS y con las EPS para solucionar este problema de una vez por todas en La Guajira.

Choco no responde, en el acta queda registrado el incumplimiento de la Secretaría departamental de salud del Chocó no solamente para responder por los resultados negativos en términos de la notificación del reporte en términos del resultado en anticoncepción, sino también que tuvieron una muerte materna reportada esta semana y que no van a hacer la referencia al caso.

Natali Mosquera (Supersalud): No responden las llamadas. Nosotros vamos a oficiar ya inmediatamente, porque realmente eso no es permitido, nosotros aquí todos estamos haciendo un esfuerzo, como se ha mencionado. Las entidades territoriales deben de garantizar y todas las entidades, tanto nacional como territorial, garantizar la continuidad del talento humano y más en un evento tan crítico como este. Y no es posible que todos estamos comprometidos y una entidad territorial que tiene hoy más casos de mortalidad materna, casos de anticoncepción, falencias no se conecte a esta reunión, ya mismo los oficios y esperamos la respuesta. Ellos están manifestando que tiene problemas de Internet, pero pues creo que debió haber sido algo que debieron haber solventado.

German Gallego (MSPS): Perfecto, continuamos. Una cosa es la disponibilidad, otra cosa es la contratación, entonces, donde se actualizaron y se modificaron contratos, tuvimos 6 acuerdos de voluntades modificados que sí nos ponemos en el escenario de la tarea de modificar 345 contratos que tiene que ser modificados, pues no nos alcanzaría el 2023 y las mujeres no nos van a dar espera. En esta tabla se muestra quienes no han iniciado el proceso de modificación de contratos entonces, más allá de que la entidad territorial es garante, obviamente, de la información que tenemos acá, la responsabilidad de actualizarla es de la EPS y preocupa Cajacopi y si bien tiene muchos municipios y muchos contratos Nueva EPS, pero específicamente del Departamento de Boyacá. Le doy la palabra a Cajacopi y Nueva EPS, ¿Qué vamos a hacer para solucionar esta situación?, Cajacopi tuvo un avance en el César, quedamos 2 semanas tratando de solucionar el tema del César, pero nos preocupan otros lugares.

SEGUIMIENTO AL TABLERO DE CONTROL

No se ha iniciado el proceso de modificación de los acuerdos de voluntades – anticoncepción pos - evento obstétrico

EPS	ANTIOQUIA	ATLANTICO	BOYACÁ	BUENAVENTURA	CAUCA	CESAR	CHOCÓ	LA GUAJIRA	NARIÑO	NORTE DE SANTANDER	VALLE DEL CAUCA	Total general
ASMET SALUD					2							2
CAJACOPI ATLANTICO		7	17			8		1				33
COMFAORIENTE										1		1
COMPENSAR					6							6
COOSALUD E.S.S.		1		1	1	8		2				13
POLICIA NACIONAL						2						2
SANIDAD MILITAR						2						2
DUSAKAWI						4						4
E.P.S. SANITAS S.A					3	1	4	7				15
EE.PP.M	1											1
EMSSANAR E.S.S.					4							4
FAMISANAR LTDA						2						2
FERROCARRILES	1											1
NUEVA EPS	1		22						1	4	1	29
S.O.S					10							10
SALUD TOTAL	2		1			9						12
SAVIA SALUD EPS	1											1
SURA	2				1							3
Total general	8	8	40	1	27	36	4	10	1	5	1	141

Fuente: Reporte tablero de control ET 28 de diciembre de 2022

NOTA: No se incluye 3 contratos de Cosmitet

Cajacopi:

Milena Berrio (César): Coordinadora nacional de programas de salud administrado hoy en la mesa de trabajo, en este comité nos acompaña también la doctora Alejandra Manotas, en ella no va a hacer la presentación de hablar un poco de todo lo que es el tema de los avances en la contratación del Departamento César y también del nivel nacional, nos acompaña la doctora Lorena Osorio para las intervenciones con respecto al tema de contratación.

Alejandra Manotas (referente César): Desde el área de contratación se cuenta con contratos actualizados según Decreto 441, se elaboraron en julio enviados a prestador, se realizó revisión profunda de minuta contractual, encontraron actividades no soportadas en anexo 3 no se hablaba de manera profunda, algunas minutas están en prestador con observaciones se han ido corrigiendo, específicamente, no se hablaba con manera profunda de las rutas que hemos hecho, las minutas del decreto 441 algunos están en revisión del prestador y se han realizado objeciones, las cuales se han ido corrigiendo por el área de jurídica nacional y regional.

En vista de que teníamos un vacío respecto a la ruta materno perinatal, se hizo una ampliación del anexo 13 de la minuta contractual, esta ampliación de este anexo se radicó a todos los prestadores con el fin de que conocieran de primera mano que ya se amplió y cuáles eran los requisitos de la ruta respecto a los métodos anticonceptivos. Este va a ser un otrosí, donde se incluyen el suministro de los métodos anticonceptivos con aquellos prestadores que tienen contratación por evento, es decir, clínicas y hospitales que nos atienden la finalización del parto. Con esto, el Hospital Regional San Andrés de Chiriguaná se encuentra ya en revisión de la minuta del otrosí, donde se detallan los métodos anticonceptivos que nos van a suministrar. Con los demás prestadores está en revisión por el área de medicamentos nacional, ya que en muchos medicamentos pues no se cuenta con el código CUPS adecuado y con la cantidad suficiente de medicamentos igual que con el valor ofertado, ya que se encuentra por encima de la circular, de los cuales están regulados.

Se tiene planeado organizar visitas de seguimiento a la cantidad de métodos anticonceptivos que nos van a suministrar nuestra red de prestadores con el fin de avalar ese otrosí, fundamentado

en que el prestador nos puede entregar a nuestras maternas la cantidad suficiente de anticonceptivos y pues con respecto a la contratación, ese ha sido el avance, hay algunos otros sí del decreto 441 que están firmados y la ampliación del objeto del contrato, el cual le comente, están radicados ya en el 90% de los prestadores del departamento del César. En el día de hoy se finaliza la entrega de la ampliación del objeto del contrato a toda la red de prestadores que nos garantizan la atención de la ruta y pues con esto pues creemos dar cumplimiento a lo que se nos estaba solicitando.

German Gallego (MSPS): Alejandra, vamos por partes, tienes 17 IPS de Boyacá que no han iniciado el proceso.

Milena Berrio (César): El doctor se doctor Germán, lo que pasa es que la doctora Alejandra, es referente del Departamento de Salud, entonces, ella se enfocaba en el departamento del César.

German Gallego (MSPS): Bueno, entonces quería empezar por Boyacá, pero entonces no iniciado, ayer recibimos información de la secretaría departamental de salud que actualizó la matriz, Hospital San Andrés, Hospital Local de Aguachica, Hospital San Martín, Hospital San Juan Bosco, Hospital Inmaculada Concepción, Hospital local de Codazzi, Hospital local de Río de Oro y Hospital Cristian Moreno: acciones no iniciadas, gestión no inicia.

Alejandra Manotas (referente César): Doctor, pero esos prestadores tienen radicado su decreto 441 y tienen radicado la ampliación del del objeto del anexo 13 del contrato, todo lo que tú estás nombrando.

German Gallego (MSPS): Claro, tú estás diciendo que el decreto 441, que ustedes hicieron una modificación de la actualización del Decreto 441, pero que no habían incluido las rutas, eso es cierto.

Alejandra Manotas (referente César): La ruta no estaba incluida de manera explícita.

Milena Berrio (César): Pero pienso que no es que no estuvieran incluidas, sino que en el Anexo 14 habla de las actividades de manera general, porque dice específicamente que tienen que hacer el cumplimiento de todas las actividades que están contempladas dentro de la ruta, pero incluye todas en general, pero con la modificación que se hizo en el anexo 13, dándole un alcance ya se coloca el detalle, o sea, hay un especificó el uno a uno, porque cuando hablamos que garantizar la prestación de los servicios de salud el suministro de medicamentos, se habla de manera todo lo que integra, todas las actividades de la ruta, pero no está detallado del uno a uno que con ese fin fue que se hizo el tema del alcance para detallar una a una las actividades, ya que en la clausura 14 habla de cumplimiento de todas las actividades incluidas en la ruta.

German Gallego (MSPS): Qué es el Decreto 4441 sino el esfuerzo de incorporar una nota técnica que tenga el detalle de todas las acciones. Yo no puedo hablar de que hizo una actualización de acuerdo con el decreto 441 si pongo todo como un bulto, porque lo que nos dice el decreto, entre otras cosas, pero, principalmente es que debe haber un dispositivo que me permita ver cuáles son las intervenciones, cuál es la frecuencia esperada y cuáles son las condiciones de prestación detallada, eso se llama nota técnica. Entonces no hablemos de que se

actualizó con el decreto 441 pero no teníamos una nota técnica, no se actualizó con respecto al decreto 441. Ahora quiero preguntarles: ¿Es cierto que en alguna de esas IPS que les mencioné el contrato este hecho?

Alejandra Manotas (referente César): No, pues el contrato está en la misma en 441, como lo elaboró la empresa, se radicó al ajuste de la amplia modificación del Anexo 13 del contrato donde se especificó las actividades de la ruta.

German Gallego (MSPS): Mira, Alejandra, lo que se les pide a ustedes es que incluyan el método anticonceptivo como parte del paquete de parto y que se reconozca la tarifa diferencial que esa incorporación implica. Repito la pregunta: ¿Está modificado el contrato de esas 8 IPS sé que no son solamente 8, pero estas 8 están reportadas como no iniciados, de manera tal que se especifique el anticonceptivo posparto y post aborto como parte del paquete de parto o parte del paquete de aborto y que se reconozca la tarifa diferencial que su inclusión implica? Porque si la respuesta es sí, solicitamos los soportes, pero si la respuesta es no tienen una tarea inmensa.

Alejandra Manotas (referente César): Eso está incluido dentro del paquete partos y el acta de negociación del prestador. Eso está dentro de las actas de negociación que se hicieron con esos 2 vitales y esas actas las tengo en mi poder y eso está firmado por los prestadores y se pactó el suministro del método anticonceptivo inmediato postparto o post aborto. Quedaría como tarea incluirlo más explícitamente dentro de la minuta contractual, pero eso sí, está pactado dentro de las actas de negociación. Sería la elaboración de la minuta.

German Gallego (MSPS): No, lo que se les pide, es que eso esté incorporado específicamente. ¿La pregunta es, está incorporado específicamente y se reconoce la tarifa diferencial, que la inclusión implica?, ¿Cuál es la tarea?

Alejandra Manotas (referente César): La tarea es Incluirlos explícitamente dentro de la minuta doctor, a partir de la otra semana iniciamos negociación con la red pública, pues hablaremos, nos sentaremos a hacer mesas de trabajo con el área de contratación, cosa de que las minutas queden lo mejor de lo mejor ajustadas posibles y se incluya esto dentro de las minutas.

German Gallego (MSPS): Es decir, no está iniciado

Alejandra Manotas (referente César): Nosotros sí hemos hecho actividades y tenemos soportes, pero de pronto, así como tú no los está solicitando, no está. Hemos explicado que tenemos el decreto que tenemos el anexo y hay que ajustarlo.

German Gallego (MSPS): Sí, perfecto, repito categóricamente para ustedes y para todas las EPS, lo que se le pide no es que tengan un contrato porque todos lo tienen, lo que se les pide no es que tengan un proceso de negociación porque todos lo tienen, lo que se les pide es que el contrato define específicamente en un dispositivo que se llama nota técnica los anticonceptivos a los que tiene derecho una mujer en el marco del sistema y que reconozca la tarifa diferencial que su inclusión implica en el paquete de parto, porque para las instituciones es obligatorio brindar la atención de esa manera que incluya la atención post evento obstétrico.

Yulibeth Almares (DTS César): Cajacopi es una EAPB que se encuentra presente en 17 municipios del departamento, aunque ese cargue corresponde a la única información que fue aportado en su momento en plataformas que tenemos en el departamento, de los 17 municipios tenemos 0 casos de notificación de modificaciones en el tema de contratación. Las actas que nos remitieron con los contratos hablaban de un anexo 6 que nunca fue reportado a esta entidad y frente a lo que corresponde a las intervenciones que son claves y que corresponden a la ruta sólo tenían un enunciado que se debían cumplir, las intervenciones de la ruta, en ningún momento hablaba de manera explícita del proceso de garantía de la planificación post eventos obstétrico o cualquiera de las intervenciones que correspondía a la ruta. No se habla en ellos del modelo tarifario que se tiene establecido para ellos.

Hasta el momento no hemos recibido el primer reporte de una modificación realizada a uno de los contratos, el último que tiene fecha de agosto y nosotros fuimos incluidos dentro de este programa dentro del plan en el mes de octubre, tenemos 2 meses de estar solicitando a las EAPB de que por favor hagan el reporte de este tipo de información. Y todas las semanas Cajacopi menciona que va a realizar con el equipo de contratación las modificaciones a que dieran lugar, hace 8 días en esta misma reunión se dijo que se tenía que presentar los avances con relación a las modificaciones que iban a comenzar a regir a partir del primero de enero a 31/12/2023 y no tenemos ningún reporte. Lo preocupante con Cajacopi es que tiene 2 prestadores para los segundos niveles de complejidad, que son Clínica Santo Tomás, que tiene 15 DUI, cero implantes, Clínica Sinais Vitais, que es una clínica que se ha mostrado resistente a la implementación de procesos de planificación familiar y tiene cero de DIU y cero de implante.

German Gallego (MSPS): Desde a delegatura de EPS ¿Qué podemos hacer aquí, podemos generar un espacio?

Janet López (Supersalud): Como se mencionó en la presentación de las acciones de esta semana adelantadas por la Superintendencia nacional de salud, el día 26 realizamos una mesa remota con Cajacopi, Nueva EPS, Coosalud, se analizaron los casos de mortalidad materna presentados en Sucre, Atlántico y Cundinamarca, y frente al tema de la fragmentación en la contratación se abordó específicamente el departamento de César, acá es importante resaltar lo que se evidenció, durante la mesa las entidades nos informaron las acciones adelantadas y una vez terminadas las mesas tendrían que a enviar los soportes de lo que nos estaban manifestando, nosotros ya realizamos el análisis producto y como usted bien lo menciona, Dr. Germán Gallego, esta es la cuarta reunión de seguimiento a compromisos donde no se evidencia ningún cumplimiento de la información remitida. Producto de ese análisis Cajacopi no envió ninguna información que soportará que han realizado la contratación. Asimismo, doctor, la verdad, no habíamos intervenido esperando, pues la intervención de las demás, ya que nos dan el espacio queremos también mencionar que Nueva EPS para el departamento de César ni durante la mesa y tampoco remitió soportes de que hayan adelantado esa contratación y que hayan subsanado esta fragmentación y Coosalud solamente de los 11 IPS solamente soportaron contratación para 4.

Nosotros como superintendencia y en seguimiento en articulación de estas mesas que hemos llevado a cabo, nosotros vamos a iniciar con estos compromisos que se han quedado y que han quedado plasmados en las actas de estas reuniones, tanto como los soportes que nosotros hemos

analizado. Producto estas acciones con las entidades, nosotros ya vamos a iniciar acciones de control y vamos a dar traslado a la delegada de investigaciones administrativas por este incumplimiento reiterativo de las entidades.

German Gallego (MSPS): Yo creo que esto ya está en manos de ese proceso. Aquí todas las semanas lo hemos explicado qué es lo que se pretende tanto de parte de nosotros, la secretaría departamental ha presentado siempre sus argumentos y efectivamente estamos frente a un incumplimiento. Es que los contratos efectivamente evidencian que las mujeres tienen derecho a tener como parte del paquete en el marco de la 1380 y también del Decreto 441. Quiero darle la palabra a la secretaría departamental de Boyacá, que tiene exactamente la misma situación que está presentando César.

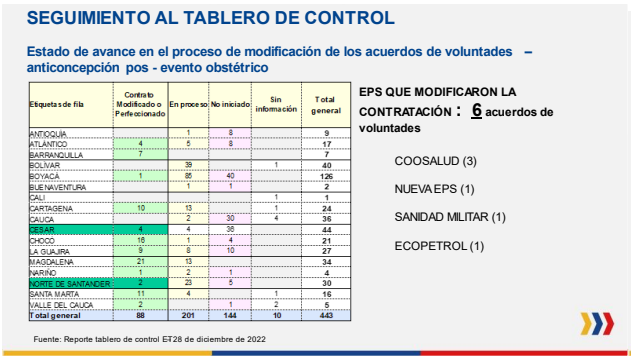
Boyacá:

Rocío (director Aseguramiento de la secretaría de salud Boyacá): Nosotros tuvimos que hacer una revisión de la forma de cómo se está haciendo el cargue al aplicativo. De manera conjunta con todas las direcciones de nuestra entidad territorial como son prestación, promoción y prevención, aseguramiento con quienes hemos estado haciendo de manera conjunta el seguimiento y articulado para efectos de que la información sea coincidente, en efecto, logramos evidenciar que sí hubo un error en el cargue con frente a lo que reporta Nueva EPS y es una acción que nosotros debemos generar de mejora para hacer la actualización frente a lo que Nueva EPS reportó, porque si tenemos una situación departamental que hemos identificado y es que hay algunas dificultades en el relacionamiento de los contratos que Nueva EPS está el efectuando frente a lo que está reportando las ESE es, decir, hay unos desacuerdos, unas brechas que se presentan en la en las negociaciones de los acuerdos de voluntades con las ESE que no han permitido que Nueva EPS logre generar las acciones de avance, ellos si ya iniciaron el proceso, entonces debemos hacer el ajuste y mencionar y hacer la aclaración que Nueva EPS si ha iniciado los procesos. No es que no los haya iniciado, tenemos que hacer ese ajuste y lo que sí tenemos que hacer es una mesa esta semana que tenemos programadas justamente con Nueva EPS para mirar y con las IPS tiene dificultad que son estas 22, en donde no ha habido es un acuerdo en las negociaciones por distintas situaciones que se presentan entre las ESE de primer nivel y la Nueva EPS.

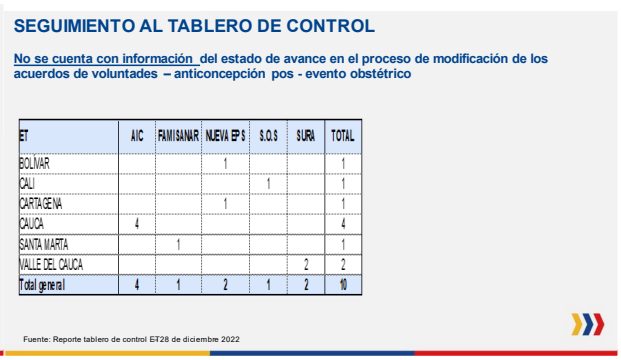
Ellos han dado respuesta efectiva al seguimiento que la entidad territorial ha venido efectuando y, en este sentido, es un ajuste que sí debemos realizar esta mesa territorial la reportaremos en el transcurso de la semana, para que ante Ministerio quede el ajuste del avance que se ha venido presentando en estos 22 contratos que presuntamente no tenían avance, pero que sí se ha generado inicio del proceso para que quede pues claridad frente a este asunto.

En lo relacionado con Cajacopi y la situación real, sí tenemos estas dificultades porque las minutas todavía no tienen los ajustes, es decir, aquí no ha habido avances, es una situación que debemos revisar también en la mesa territorial, con las EPS que operan en esta jurisdicción y que efectivamente están presentando este incumplimiento en relación con la falta de actualización de los anexos que esto ustedes lo han evidenciado, no es solamente a nivel territorial, sino a nivel nacional.

German Gallego (MSPS): Entonces ustedes hacen la corrección del tema de Nueva EPS, en Cajacopi entonces he reiterado en el Departamento Boyacá seguramente si le preguntamos Atlántico va a ser una situación similar, entonces también, para incluir en esas acciones de control la situación que se está presentando en estos 2 departamentos. Gracias.



Etiquetas de fila	Contrato Modificado o Perfeccionado	En proceso	No iniciado	Sin información	Total general
ANTIOQUIA		1	8		9
ATLÁNTICO	4	5	8		17
BARRANQUILLA	7				7
BOLIVAR		39		1	40
BOYACÁ	1	85	40		126
BUENAVENTURA	1	1	1		2
CALI				1	1
CARTAGENA	10	13		1	24
CAUCA		2	30	4	36
CESAR	4	4	36		44
CHOCO	16	1	4		21
LA GUAJIRA	9	8	10		27
MAGDALENA	21	13			34
NARIÑO	1	2	1		4
NORTE DE SANTANDER	2	23	5		30
SANTA MARTA	11	4		1	16
VALLE DEL CAUCA	2		1	2	5
Total general	88	201	144	10	443



ET	AIC	FAMISANAR	NUEVA EPS	S.O.S	SURA	TOTAL
BOLIVAR			1			1
CALI				1		1
CARTAGENA			1			1
CAUCA	4					4
SANTA MARTA		1				1
VALLE DEL CAUCA					2	2
Total general	4	1	2	1	2	10

4. Seguimiento a los casos presentados durante la semana

German Gallego (MSPS): 5 muertes maternas esta semana, 1 caso Bogotá, 1 caso Valle del Cauca, si bien la lo dije al principio, la razón de mortalidad materna de valle del Cauca es significativamente más baja, hay una agrupación temporal de casos al final de este año tenemos que revisar qué está pasando. La Guajira que, si bien digamos, con sus múltiples casos que se presentan año a año esa razón de mortalidad materna 87 aun cuando parece tremendamente alta y lo es, es menor significativamente a los años anteriores, y hay que reconocer un trabajo allí. Chocó en el que no ha habido un avance significativamente, este año estamos igual que el resto de los años, con niveles de mortalidad materna Del África Subsahariana. Seda la palabra a Choco y Valle del Cauca.

Liliana Arboleda (Choco): Hemos tenido dificultades de conectividad, eso es lo que ha pasado, por eso algunos compañeros no habían logrado conectarse por fallas acá a nivel del departamento. Se trata de una gestante de 30 años, residente Condoto sin controles prenatales, ingresa por urgencias al hospital Condoto con dificultad respiratoria, remitida al Hospital San Francisco de Asís. Se hace unidad de análisis, afiliada a EPS Sanitas, paciente de cabecera municipal, no adherencia a la ruta, G7P5A0, no se le dio asesoría, consulta preconcepcional ni método de planificación, ingresa en malas condiciones en el hospital San Francisco con diagnóstico al fallecer de cardiopatía, tenía un corazón demasiado grande. Se evidencia fallas en el primer nivel de atención, se les dio las recomendaciones: adherencia a la ruta, se socializa plan de desaceleración, participaron IPS primer nivel EPS Sanitas regional Quibdó. Se logra establecer causa directa de la muerte. Embarazo gemelar, tenía 2 óbitos.

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): Gestante sin controles prenatales como lo mencionó la compañera, tenía 2 días de no sentir él bebe, de inmediato se le realizó un barrido, una ecografía donde la ginecóloga evidenció que era un embarazo gemelar y que no se ausculto fetocardia a la hora de hacer el barrido, procedieron de inmediato llevarla a cesárea, donde

sacaron los 2 bebés de sexo femenino, ambos obitados, la señora en el momento de la cesaría, hizo una atonía uterina que termina en histerectomía total, por su delicado estado fue llevada a la UCI del hospital San Francisco de Asís, donde al día siguiente fallece, la causa de muerte fue una falla cardíaca, diagnóstico de preeclampsia severa, sepsis ginecológica, shock séptico, falla miocárdica por la sepsis.

German Gallego (MSPS): La mujer que, de la cual me estás hablando de una hemorragia postparto con él porque es otra, totalmente distinto a lo que tú me estás diciendo. La otra pregunta que tengo para confirmar lo que mencionas es que en el certificado de defunción tiene un diagnóstico de preeclampsia severa de cuatro días de evolución más una sepsis de origen ginecológico de 3 días de evolución, con un shock séptico de un día. Evolución y una consecuente falla miocárdica por la Sepsis, me pareció entenderte porque no te escuché bien esa parte, tenía una hemorragia posparto y en donde realizó la atonía uterina. ¿En qué institución perdóname?

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): La paciente hizo atonía uterina durante el procedimiento, lo hizo en la nueva ESE San Francisco de Asís.

German Gallego (MSPS): El proceso fisiopatológico que se certifica en el certificado de defunción habla de un choque por sepsis y de lo que tú me estás contando, es de un shock hipovolémico.

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): Lo que pasa es que clasificaron choque séptico, porque la paciente hizo una falla multisistémicas de algunos órganos, como riñón, hígado y porque lo que decía la parte ginecológica tanto en San Francisco como de la regional de la EPS Sanitas es que el proceso cardíaco de la usuaria era antiguo, pero que se le potencializo con el embarazo, ella hizo falla renal y falla hepática.

German Gallego (MSPS): ¿Cuáles son las acciones de mejora a implementar?

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): Capacitación en emergencias obstétrica, fortalecer atención ruta, seguimiento adherencia por parte EAPB y red prestadora, fortalecer mesas de dialogo, complementar con lo colectivo, fortalecer demanda inducida en especial para este municipio, apoyarse lideres y parteras del territorio. Esta usuaria estaba en cabecera municipal, en Condoto, fortalecer redes de apoyo comunitaria, fortalecer demanda inducida, consulta preconcepcional en el municipio.

Diego Layton (Sanitas): Para complementar lo que nos acaba de mencionar la Secretaría de Estado de Choco, hay que establecer es que la paciente tuvo consultas en Condoto, pero la paciente vivía en zona rural de Condoto, no tengo claro porque Choco está diciendo que vivía en Condoto cuando paciente vivía en zona rural, según loque refiere la IPS atención de atención Primaria, la paciente vivía a 3 horas en lancha y otras 2 caballo, para poner en contexto de la paciente.

Igualmente, una paciente de 30 años G7, que llega por síntomas congestivos, por edema generalizado y dificultad respiratoria, se sospecha un caso COVID, en Quibdó, encuentran edema pulmonar y cardiomegalia, se hace cesárea, se presenta atonía uterina, hemorragia, falla hepática

renal, diagnóstico sepsis, preeclamsia. Paciente, de zona rural con fallas APS y captación paciente y proceso atención en el marco de la RIAMP, consultó solo cuando tuvo complicaciones. En reunión con la DTS: revisaron captación de la paciente, contratación equipos extramurales, caracterización. En Quibdó estuvo en UCI, cuadro severo.

German Gallego (MSPS): La contratación que tú aludes de grupos será mulares es ¿con quién?

Diego Layton (Sanitas): Con la IPS de atención primaria de Condoto.

German Gallego (MSPS): Este caso, obviamente no lo conocemos. Yo creo que me llama poderosamente la atención como tú controviertes el tema de urbano - rural, seguramente no sé, no conozco si desde urbano rural, pero ustedes si tuvieron una unidad análisis donde tuvieron la oportunidad de discutir ese tipo de temas, no, ¿ustedes participaron de la unidad?

Diego Layton (Sanitas): No, sí participamos, estuvimos el lunes en la tarde haciendo el análisis, estaba entonces la regional y nosotros nos conectamos desde central al mismo análisis.

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): La paciente vivía en zona urbana de Condoto, en el Barrio Carretera que esporádicamente viajaba a zona rural pero su lugar de residencia era zona urbana del Municipio de Condoto.

Diego Layton (Sanitas): Esto es nuevo para mí, eso no lo discutimos en el análisis.

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): Lo tenemos plasmado, lo que pasó fue que vuelvo y le digo que ella había esporádicamente iba a zona rural, si recuerdan en el análisis, no sé si como usted están conectados, no se perdía una línea de esas, que era lo que más nos aterraba, que era que viviera en su cabecera municipal y que no gracioso y que no han podido captar.

Diego Layton (Sanitas): Nosotros tenemos otro dato para confirmar.

German Gallego (MSPS): Ahí veo una oportunidad, un tema de comunicación, el escenario de controvertir ese tipo de informaciones es allá y la unidad análisis es el espacio para llegar a conclusiones a las cuales todos deben adherir. No hay 2 versiones del caso, hay una y la versión oficial es la que queda con el consignada en la unidad análisis.

Oportunidades de mejora ¿por qué una mujer que es Para 7, con cardiopatía se embaraza de nuevo? Se requiere contratos 100% post evento obstétrico, porque una mujer viviendo en área urbana no asiste a control, las acciones concretas seguimiento cohorte de gestantes, que tanto se pueden adherir al 100%, acciones puntuales especificas pruebas de embarazo, perifoneo, cuñas radicales de emisoras locales, seguimiento a las inasistencias y como se ubican a las gestantes que no asisten. ¿Como se gestiona la ruta por parte del asegurador?, ¿por qué se muere una gestante por hemorragia postparto? la cardiopatía le genera un óbito fetal, seguramente por insuficiencia placentaria y por el gemelar, ¿Pero por qué se muere una mujer que tiene una hemorragia que tiene acceso a una cesárea? Ese es un dato que no podemos dejar pasar.

Entonces, como estamos Diego en las instituciones de Chocó en kits de emergencia obstétrica, como estamos en ácido tranexámico, como estamos en los uterotónicos, tenemos balones hemostáticos o tenemos trajes antichoque o no, como estamos en sangre.

Diego Layton (Sanitas): Entonces para la primera pregunta, pues una paciente que sea más específico, que vive una zona rural, igual para este tipo de pacientes y para todos, pues las acciones que ya están haciendo es la prueba embarazo, se pueden tomar los pacientes de Sanitas en cualquier laboratorio que no requiere ni orden médica ni tiene ningún costo. Es un proceso que tenemos como política de la EPS para defender temprano el control prenatal donde cualquier paciente tiene la posibilidad de ir a un laboratorio y tomar prueba para que sea ese laboratorio informe la IPS primaria y se haga una demanda inducida que es. Esta implementado hace mas de 6 meses.

German Gallego (MSPS): Entonces ¿qué hay que hacer para que esto funcione, Porque no está funcionando?

Diego Layton (Sanitas): Lastimosamente no hay en este momento una promoción específica, por lo cual están en este momento realizando diseños y las aprobaciones para poder hacer la campaña de promoción de toda la ruta materno perinatal y de planificación familiar en las estrategias que acaba de nombrar: el perifoneo, el uso de medios tecnológicos y el uso de correo electrónico y de mensajes de texto. Sabemos que en áreas como donde estaba la paciente, no hay una cobertura del 100%, pero si hay específicamente las personas de caracterización del paciente para apoyar la promoción. Entonces el plan de mejoramiento está dirigido a la promoción de la ruta materno prenatal. No tengo fecha en el momento para el inicio del perifoneo.

German Gallego (MSPS): ¿Cómo se llama la emisora de Condoto?

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): Se llama Canalete estéreo

German Gallego (MSPS): Allí es donde tienen que acercarse para rotar las cuñas radiales y hacer perifoneo Diego.
Es que, claro, este contrapunteo es necesario porque pone en tensión un plan de acción, pero requiero que podamos terminar para tener claridad de cuál es la magnitud del compromiso y la claridad del compromiso y es que el plan de acción tiene que resolverse en términos de cosas específicas en tiempo y espacio, cuñas, radiales, perifoneo, con un tiempo específico.

Diego, Sanitas nos tiene que decir cuando empiezan en Condoto y cuando empiezan en los municipios que tienen afiliados en el Chocó para la gestión programática de la ruta.

Diego Layton (Sanitas): Dentro del programación, estamos en la capacitación especifica y plan de mejoramiento en la IPS de Condoto donde se hizo estrategia para detección temprana, seguimiento morbilidad maternas y seguimiento a la paciente, son los puntos específicos que se hicieron con la IPS de atención primaria en Condoto. Ruta para ingreso en Quibdó para manejo paciente alto riesgo, al revisar el caso, el traslado fue rápido, difícil controlar por falla hepática La paciente falleció por una complicación. Si existe una revisión de los documentos de emergencias obstétricas.

German Gallego (MSPS): ¿Qué están haciendo para gestionar la muerta por atonía uterina? ¿O no fue atonía uterina?

Diego Layton (Sanitas): En este momento, pues ya se hizo un análisis con la con la IPS complementaria de Quibdó y hay una confirmación de que los procedimientos realizados, pero la paciente no falleció por una hemorragia específica, pero si por una complicación.

German Gallego (MSPS): Propongo que hagamos una revisión más exhaustiva del caso con un panel nacional de expertos, pero es para que todos comprendamos y ahí darle la antesala a una sesión académica, yo diría que la primera del 2023, así como la que hicimos hace 15 días.

La atonía uterina es la 3ª. Causa de muerte en Colombia, yo no puedo dejar pasar un caso si ponerle un plan de acción a la atonía uterina, porque la atonía uterina en tu teoría o en la mía, un hecho que si no hubiera estado posiblemente la paciente hubiera sobrevivido.

Sandra Segura (secretaria de salud de Choco): La paciente salió de la atonía uterina, ella salió de la hemorragia, en la UCI hace una falla multisistémica por otros órganos, como ya lo mencionamos ahorita que fue lo que deterioran la salud, que básicamente por la miocarditis pues que conllevaron al fallecimiento de la paciente. Ya le confirmo que le administraron.

German Gallego (MSPS): Sí estamos diciendo que se hizo todo lo que tenía que hacerse con la atonía. Deberíamos tener claro que se le debió haber aplicado, si se colocó acido tranexámico, que medicamentos, si le pusieron traje, etc. ¿Cuál es el plan de acción para evitar las mortalidades maternas, por hemorragia postparto en el Choco?

Diego Layton (Sanitas): Miramos el plan de atención primaria específicamente para el paciente (no se entiende la información suministrada) ** Se evaluará de nuevo el análisis del caso, se indagará por el detalle del manejo del shock hemorrágico, revaloraremos el plan de mejoramiento para poder tener una respuesta.

German Gallego (MSPS): Perfecto, gracias, por favor las acciones puntuales y específicas las esperamos dentro de 8 días en el seguimiento.

María Eugenia Pinilla (Supersalud): Al respecto, si queríamos hacer unas observaciones de la superintendencia, es que nosotros estamos haciendo seguimiento puntual al Departamento de Chocó respecto a los planes de mejoramiento. Si no estoy mal, la primera causa de muerte materna en el Chocó es la hemorragia obstétrica y los planes de mejoramiento que han hecho llegar a la superintendencia tiene muchas fallas en la calidad. Nosotros también a partir de este hallazgo de falta de calidad, los planes de mejoramiento y las acciones que se involucra con cada uno de los hallazgos de las muertes maternas, hicimos una visita presencial al departamento y en deficiencias en calidad, solicitamos esos planes de mejoramiento donde no hay acciones puntuales.

Es de preocupación que se presente otra muerte por hemorragia obstétrica en las que hemos analizado también deficiencias en la calidad del talento humano, capacidad instalada, kit emergencia obstétrica, es decir, cosas básicas de la atención de la emergencia obstétrica y en el

caso de las hemorragias. Me uno al hecho de que están pasando sus planes de mejoramiento y esas muertes muy por encima de acuerdo con los soportes que están haciendo llegar a la superintendencia. La última muerte que analizamos en el departamento fue una mujer indígena, que tuvo deficiencias de la calidad desde el diagnóstico, el proceso de atención y el manejo del puerperio en los exámenes. La remisión, todo quedó dentro de la unidad de análisis y las actividades y el seguimiento no presentaron soporte. Entonces, si es de preocupación para nosotros, ya solicitamos nuevamente esos planes ajustados y el seguimiento con los debidos soportes de esos planes porque no se ha tenido la posibilidad de ver un plan de mejoramiento completo de acciones precisas y puntuales respecto a unos hallazgos presentados reiterativamente y más ahora con otro caso de hemorragia obstétrica.

German Gallego (MSPS): Yo lo que propongo es que podamos hacer una presentación a la capacidad del territorio. Tiene que mejorar en términos de la capacidad de análisis del caso y la manera en que se presenta en este espacio no nos quedó, digamos muy claro, yo lo solicitó a la entidad territorial que me haga llegar la copia de la historia clínica esta paciente y que podamos hacer la presentación en un escenario nacional, la primera o la segunda semana de este año. Y podamos presentar un enfoque de cardiopatías y hemorragia postparto como como parte de digamos de este caso, me parece, que esa debe ser necesariamente la primera y que le dé luces al territorio de como de cómo hacer el análisis.

Valle del Cauca:

Alba Lucia Rodríguez (Secretaría del Valle del Cauca): El caso, que se presentó en semana 50, es el caso de una mujer de 37 años multípara G6P5, periodo intergenésico de un año, ella presentó una falla en el método de planificación familiar, el método inyectable, sin controles prenatales, ella era una madre soltera, tenía residencia en zona rural, inicialmente consulta a las 19 semanas por fecha de ultima regla por dolor abdominal, ella en ese momento, pues por situaciones propias, porque tenía un niño pequeño, pide alta voluntaria y reingresa al día siguiente, en hospitales de primer nivel, hacen la detección de que estaba en embarazo y ella indica que no acepta el embarazo y pide la IVE, se hace el proceso pero por razones que no se saben, pues realmente la EPS que es Emssanar hizo la ruta a Profamilia pero nunca se dio ese proceso o procedimiento, ella reconsulta nuevamente al hospital de primer nivel que es el hospital Rubén Cruz, el 13 de octubre con 29 semanas, en este caso le detectan una infección de vías urinarias. La señora consulta porque tenías dolor abdominal y síndrome anémico, ellos iban a hacer el trámite para referencia en ese momento, a las 29 semanas, pero ella no se queda y pide alta voluntaria y nuevamente reingresa a otro hospital, que es en el mismo municipio de Tuluá, que es el Tomas Uribe, que es un hospital de nivel 2, en este caso por la misma situación por el dolor abdominal encuentran, un síndrome anémico, hacen la referencia a hospitales de mayor complejidad, mandan al hospital Fundación San José de Buga, donde hacen estudios para revisar que era la situación de la anemia y el bajo peso, hacen una endoscopia de vías digestivas más biopsia, donde detectan de que tiene un cáncer gástrico. Por el extendido del hemograma, donde hay anemia moderada trombocitosis, sospechan un problema ya a nivel hematológico y, pues lo remiten al hospital Universitario del Valle. Allí esta inicialmente desde el 28 de octubre al 04 de noviembre por sospecha del de síndrome linfoproliferativo y anemia, hacen cita con oncología en 7 días y le hacen el manejo para el estudio, sale para su casa, ella reconsulta nuevamente el 8 de noviembre

al Hospital de primer nivel Rubén Cruz, nuevamente remiten a otra institución, al Tomas Uribe el 11 de noviembre, por tumor maligno de estómago, le hacen manejo del dolor. Ella nuevamente hace consulta en el hospital Rubén Cruz el 12 de noviembre al 13 de noviembre por el dolor gástrico, embarazo de 34 semanas, se remite a esta institución a nivel de mayor complejidad y pues esta ya es la última atención, que es la que recibe ya en el hospital Universitario, donde pues realmente le realizar el manejo interdisciplinario por su situación le hacen cesárea en el hospital Universitario del Valle, dada la situación y por el estado fetal, no satisfactorio. Ella posteriormente, hace lisis tumoral, insuficiencia respiratoria por derrames pleurales, e ingresa a UCI, le detectan en los diversos estudios un linfoma de células B con alta carga tumoral, por lo que inician pues manejo con quimioterapia más una sesión de radioterapia e posteriormente la señora, después con la quimioterapia cursa con sepsis más bacteriemia y peritonitis por un germen, paciente inmunosuprimida relacionado con la quimioterapia, luego hace un derrame pleural derecho masivo, ingresa para UCI para estabilización y drenaje percutáneo. Presenta mala evolución clínica, persiste con pancitopenia requiere antibiótico de amplio espectro, cursa con deterioro clínico y falla ventilatoria secundaria, presenta también broncoaspiración y realiza una parada cardiaca.

En la unidad de análisis que nosotros revisamos la señora tiene un linfoma no Hodgkin, agresivo, de rápida aparición, de mal pronóstico, que presenta también compromiso gastrointestinal, presenta, pues una serie de complicaciones asociadas a la enfermedad. Presenta sangrado digestivo, síndrome de Lisis Tumoral, colecciones, varias infecciones nosocomiales por su estado de inmunosupresión con 6 esquemas de quimioterapia agresiva posterior a los primeros ciclos de quimioterapia presentaba varias complicaciones. Adquiere otras infecciones asociadas a la enfermedad neoplásica avanzada y pues también puede se observa que la señora tenía una reserva funcional disminuida y fallece por el producto de la infección. Se presentó dentro de la misma unidad de análisis. Observamos que la señora, pues el embarazo hizo que acelerará el proceso para es disminuir su respuesta inmunológica, la señora a pesar de que pidió la IVE, pues llegó a desarrollar su embarazo hasta el tercer trimestre, lo que, pues hace que retrase la quimioterapia, pues esto hace que haya demora en el manejo de este linfoma, que fue muy agresivo y que posteriormente, pues hace que presente la muerte.

En la en la unidad análisis encontramos que la señora tenía varias situaciones de riesgo, la mujer era una mujer soltera, ella nunca hizo control prenatal, en las hospitalizaciones, observaba que ella quería entregar el Niño en adopción. A pesar de que el linfoma es una enfermedad muy agresiva, pues nosotros informamos que era un caso de una mortalidad evitable indirecta temprana.

Se observaron barreras administrativas para acceder la IVE por el hospital Rubén Cruz Vélez y Emssanar, valoración preconcepcional ausente, retraso en la detección oportuna del cáncer. El hospital Rubén cruz inicialmente atendía las urgencias, pero no hubo esa articulación con las del asegurador y con el municipio para captar esa gestante y pues alto riesgo sicosocial, la señora dependía económicamente de una pareja y ella, pues no tenía ocupación, tenía un periodo intergenésico de un año y pues vivía en zona rural. No tuvo tampoco acceso a métodos de larga duración. En ese último, el parto, que fue como tú dices hace un año largo estaba con inyectables.

German Gallego (MSPS): ¿Porque no le hicieron la IVE?

Alba Lucia Rodríguez (Secretaría del Valle del Cauca): Pues de decían que no podían ubicar a la paciente, ese era el tema de Profamilia de que no había ubicación de la paciente. El Hospital Rubén Cruz, realmente decía que llamaba al teléfono, pero se dedicaron fue a llamada telefónica, no hubo una visita domiciliaria, la señora pues vivía sola con sus 3 hijos.

Angie Perea (Emssanar): Sí se realizó visita en el Hospital Rubén Cruz. A nosotros nos envió el soporte de la visita domiciliaria, en donde la usuaria no se encontró el domicilio, había 2 direcciones registradas y no se encontró a la usuaria.

Alba Lucia Rodríguez (Secretaría del Valle del Cauca): No hubo identificación del riesgo, no se intervinieron esos riesgos en forma oportuna. Ella empezó a tener un cuadro de anemia que no fue estudiada, empezó a tener bajo peso en el hospital de primer nivel que no estudiador ni fue remitido a ningún especialista, se observa pues fallas en la calidad del proceso, en la atención en primer nivel, igualmente la parte de la falla en la demanda de los servicios preventivos, y como todo en las mujeres que hacen un embarazo no deseado, pues no consulta preconcepcional y pues no realización efectiva del proceso de IVE, pues ya hasta el tercer trimestre ya manifestaba que no quería embarazo, incluso que se iba a nacer el bebé lo iba a dar en algún sitio de adopción.

Martha Gómez (Emssanar): En el plan de la unidad de análisis que nosotros tuvimos posteriormente encontramos algunas demoras y asimismo hicimos un plan de mejora. Entonces tenemos que hubo problemas, desconocimiento de derechos y deberes en el resultado. Se está realizando revisiones de las historias clínicas de salud sexual y reproductiva en el área de auditoría, con los auditores de concurrencia, con el fin de garantizar las educaciones a cada usuario y para eso estamos utilizando soporte en cuanto a rotafolios, folletos en la red prestadora que tenemos. La descripción de esta estrategia que está actualmente realizándose se hacen la revisión semanal y socialización en los MIC, qué es una reunión semanal en donde se proyecta todos los inconvenientes que hemos tenido en la ruta materno perinatal. Los responsables de esta actividad que se realizan en forma inmediata y que se debe realizar en forma continua, es el área de auditoría, al área de promoción y mantenimiento de la salud, en coordinación de materno perinatal, en el cual la líder, pues soy yo, entonces a esto se realiza en forma inmediata y continua, no hay una fecha porque se está realizando y tiene continuidad y revisa cada 8 días. Otro problema que encontramos y que se gestiona en el momento es el desconocimiento por parte del usuario de signos y síntomas de alerta por parte del paciente y cuidador, se está haciendo para revisión en la próxima mesa del soporte técnico que se hace por parte de Emssanar, esto se hace para retroalimentar el equipo de RIAMP con el fin de garantizar la educación a las gestantes.

Tenemos también las barreras que en este momento se desarrollan y que estamos trabajando. El componente de las políticas sociales no solamente para Emssanar sino para todas las EPS, si está definido en este momento en el plan de salud nuevo que salió, las barreras culturales para el acceso oportuno al servicio de salud. El resultado sería que en la próxima mesa técnica y mediante acta se retroalimentará las jefes Zonales que hacen parte de la RIAMP. Se trabajará con los determinantes sociales, se trabajará con el enfoque diferencial intercultural, evitando también la violencia de género. Se está realizando revisión de las historias clínicas de salud sexual y reproductiva en el área de auditoría de concurrencia, con el fin de garantizar la RIAMP, con el fin

de identificar los hallazgos, el soporte técnico y todas las falencias que tenga la RIA, quienes somos los responsables de esto, el área auditoría a la promoción y mantenimiento de la salud.

Angie Perea (Emssanar): Para complementarte un poco, nosotros propiamente para todo el componente de la ruta de IVE, la usuaria no requiere ningún tipo de autorización fue direccionada a Profamilia para la realización y pues la usuaria lastimosamente no se presentó, adicional teníamos con planificación del método mensual, a ella se le ofertó pomeroy, pero la usuaria no decidió operarse y finalmente termina en embarazo y adicional a eso, la usuaria su esposo se encontraba actualmente en Chile, ya tenía un menor de un año y eso lo que si observo era que tenía una pobre red de apoyo, lo que hacía la usuaria firmar acta voluntaria porque no tenía con quién dejar a su hijo menor de un año.

Quiero complementar un punto que creo que es importante y es la falta del método anticonceptivo de larga duración en el último parto. Y para eso la mesa que comentamos al inicio de la reunión quedó para este 4 de enero, de 8 a 10 de la mañana, con presencia de las IPS priorizadas y la Supersalud.

German Gallego (MSPS): ¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando la cuando la visitaron?

Angie Perea (Emssanar): Recién en la historia clínica del Rubén Cruz Vélez, una vez la usuaria le hicieron el llamado telefónico y no la ubicaron, le hicieron la visita y fue en las primeras semanas que ya consultó en el servicio urgencia del hospital Rubén Cruz Vélez, 19 semanas.

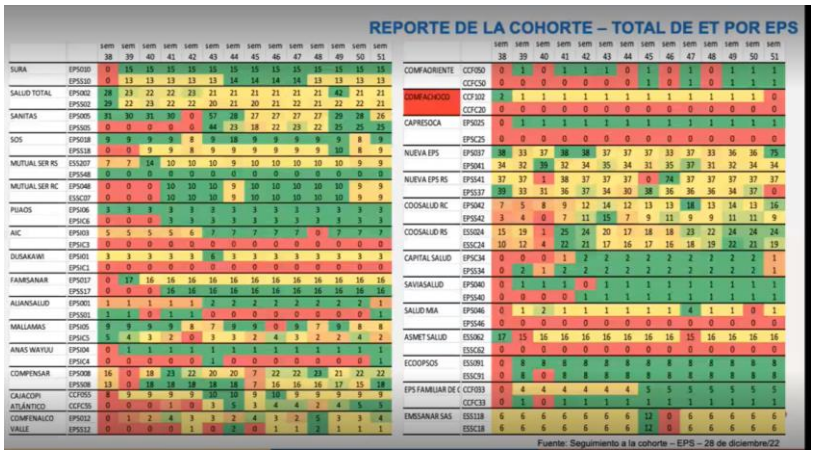
German Gallego (MSPS): ¿Qué va a hacer Emssanar para mejorar el acceso a la IVE medicamentosa temprana?

Angie Perea (Emssanar): Cuando la captamos tempranamente hay que tener en cuenta que, si de pronto el prestador no nos garantiza el servicio, pues debemos buscar nosotros como de otro prestador que nos garantice. Entonces el Hospital Rubén Cruz que tiene el primer acercamiento con la usuaria, pues lastimosamente la usuaria se nos fue y perdimos la oportunidad de haberla captado e ingresado al programa de IVE.

German Gallego (MSPS): Aclarar que la IVE no es un servicio, nosotros coloquialmente digamos, nosotros no tenemos que buscar un servicio habilitado para IVE, la IVE se prestan servicios de baja complejidad de consulta externa de medicina general con unos criterios hasta una edad gestacional. Yo creo que es eso a lo que le tenemos que pegar, o sea, yo creo que aquí la tarea va encaminada a Emssanar, obviamente con el acompañamiento de la entidad territorial, que, en la consulta externa, en la consulta de urgencias podamos hacer provisión temprana de métodos de interrupción voluntaria del embarazo legal y segura, basado en medicamentos y que podamos tener los controles. Entonces, el ejercicio de especializar la IVE nos resulta adecuado, obviamente hay una balanza entre la calidad, entre la seguridad y el acceso, pero efectivamente, lo que nos ha enseñado la evidencia es que la IVE es un servicio totalmente seguro en baja complejidad.

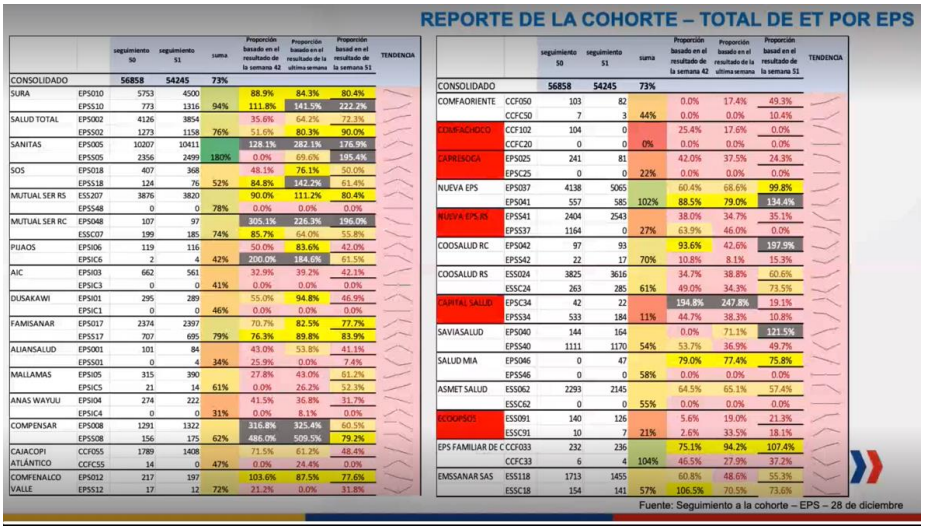
Definamos un plan para hacer eso, encontremos la manera de que avancemos rápidamente, desafortunadamente esto nos toca semana a semana y la próxima semana nos toca darle,

entonces nos toca darle avance a cómo vamos a definir las acciones para avanzar en acceder, en tener mejores y más servicios de IVE temprano.



German Gallego (MSPS): Esta semana solo una EPS conincidencialmente no hizo reporte, Comfachoco. Hemos llegado a una cultura del reporte apropiada y adecuada con algunas EPS que han que han tenido una disminución, especialmente en las últimas semanas. El número de entidades que ven ustedes ahí, es el número de entidades territoriales, pero bueno, este es solo el reporte con respecto a las a la cohorte de gestantes.

Empezamos esta serie estando alrededor del del 50 o 60%, tenemos un alcance del 73% y vamos aumentando al menos 13 puntos porcentuales esa cobertura reportada, pero aún tenemos brechas muy importantes.



Hay EPS que nos preocupan en el seguimiento a la cohorte, en la capacidad de estimar cuál es la cohorte de gestantes y en la capacidad de decidir si le estamos brindando controles prenatales a esas mujeres, que nos diste este indicador y nuevamente lo repito, creo que lo hemos repetido hace cuatro meses, de todas las mujeres que deberían tener control prenatal, basados en el reporte de las últimas semanas, el 73% tiene un control prenatal mensual, lo cual pues resulta

positivo, ya que hemos ido aumentando, ahora quienes deberían tener el 100%, el 100% de las mujeres deberían tener su control mensual prenatal, entonces esto es un diagnóstico, este es un indicador mucho más ágil en términos de la modificación.

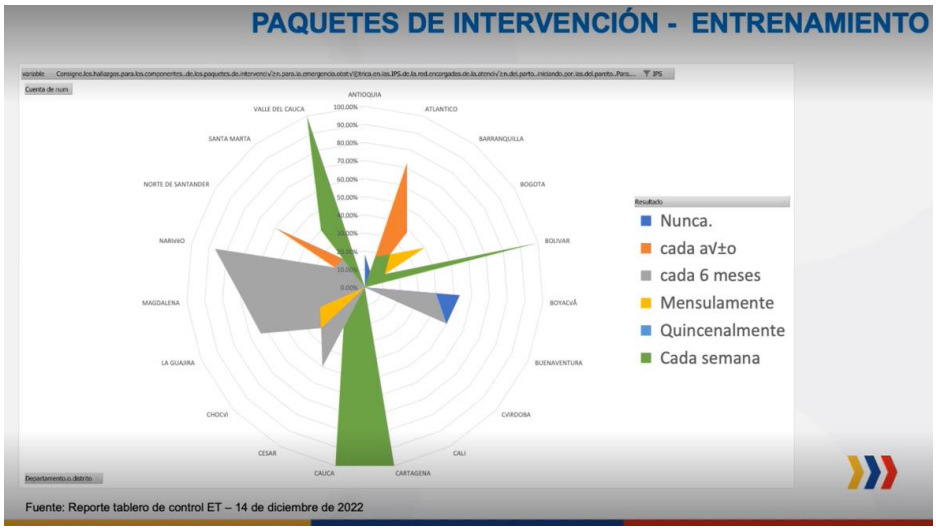
Nosotros seguiremos el otro año haciendo el seguimiento a nivel territorial de cómo se está haciendo el manejo de la cohorte de gestantes, pero nos preocupa mucho esto que estamos viendo específicamente con el reporte del número de gestantes atendidas por semana y eso extrapolado al mes cuando nosotros vemos es que esta es una campaña en la cual emprendimos desde hace 16 semanas y estábamos por debajo del 1% y hoy estamos cercanos al 22%, pero sabemos que aún estamos incluso yo diría que esa es la mitad de la meta en términos de mujeres suplementadas o formuladas con ácido acetilsalicílico para la prevención de la preeclampsia.



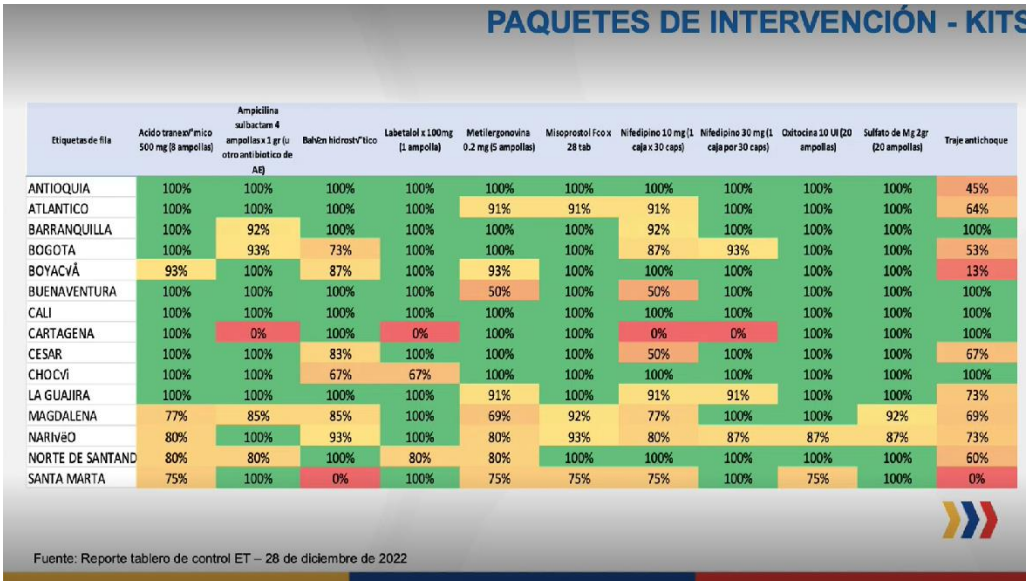
Yo creo que tanto avancemos con esta medida pues vamos a tener mejores condiciones y mejores resultados a mediano plazo. Esta es otra de las intervenciones que nos va a proteger en el año 2023 para lograr la meta de reducción de la mortalidad materna, 32 muertes por 100000 nacidos vivos al finalizar y son los paquetes de intervención, entonces han respondido 150 IPS de las IPS que atienden la mayor cantidad de partos y que son aproximadamente 200 IPS, ya han contestado al menos la encuesta auto administrada. Recuerde que tenemos en el paquete intervenciones general: todas las empresas deben tener una escala alerta temprana implementada no en la historia clínica, no colgada en la pared, sino aplicar de rutina en todas las mujeres. Yo debería tener en cada historia clínica una hoja de alerta temprana llenada durante cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

Que todas las mujeres, que todas las mujeres que se cuente con un equipo de respuesta inmediata, documentado y funcionando y este equipo de respuesta inmediata tiene que estar por un equipo multidisciplinario en que involucre banco de sangre, el equipo anestesia de la institución, el equipo obviamente de obstetricia, el equipo de cuidado intensivo.

Con respecto a los a los simulacros que deben ser, al menos mensuales, pues tenemos un reporte de instituciones que hacen cada semana estos simulacros, pero también que hacen cada 6 meses o cada año o que no lo hacen nunca en cada una de las entidades territoriales y la idea es que podamos tener acciones de simulación en simulacros al menos mensualmente.



Este es el porcentaje de instituciones que tienen cada uno de los componentes en el kit de emergencia obstétrica, aquí hay mucha información que eso seguramente está sobreestimada.

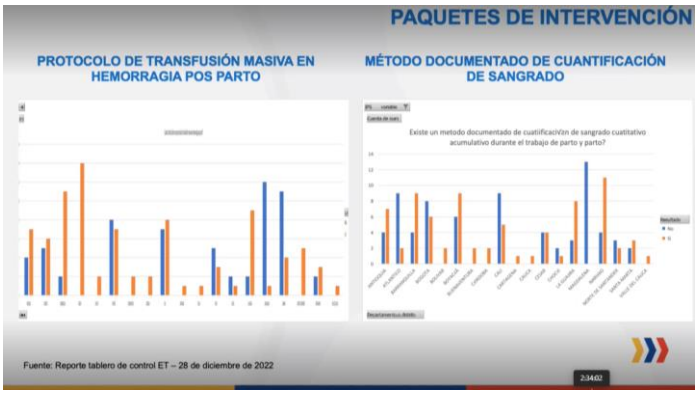


Etiquetas de fila	Acido tranexV"mico 500 mg (8 ampollas)	Ampicilina sulbactam 4 ampollas x 1 gr (u otro antibiotico de AE)	BalvEn hidrostV"tico	Labetalol x 100mg (1 ampolla)	Metilergonovina 0.2 mg (5 ampollas)	Misoprostol Fco x 28 tab	Nifedipino 10 mg (1 caja x 30 caps)	Nifedipino 30 mg (1 caja por 30 caps)	Oxitocina 10 UI (20 ampollas)	Sulfato de Mg 2gr (20 ampollas)	Traje antichoque
ANTIOQUIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	45%
ATLANTICO	100%	100%	100%	100%	91%	91%	91%	100%	100%	100%	64%
BARRANQUILLA	100%	92%	100%	100%	100%	100%	92%	100%	100%	100%	100%
BOGOTA	100%	93%	73%	100%	100%	100%	87%	93%	100%	100%	53%
BOYACVÂ	93%	100%	87%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	100%	13%
BUENAVENTURA	100%	100%	100%	100%	50%	100%	50%	100%	100%	100%	100%
CALI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CARTAGENA	100%	0%	100%	0%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%
CESAR	100%	100%	83%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	67%
CHOCVI	100%	100%	67%	67%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LA GUAJIRA	100%	100%	100%	100%	91%	100%	91%	91%	100%	100%	73%
MAGDALENA	77%	85%	85%	100%	69%	92%	77%	100%	100%	92%	69%
NARIVëO	80%	100%	93%	100%	80%	93%	80%	87%	87%	87%	73%
NORTE DE SANTAND	80%	80%	100%	80%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	60%
SANTA MARTA	75%	100%	0%	100%	75%	75%	75%	100%	75%	100%	0%

Para algunas instituciones, para algunos en territorios, hay bastantes brechas como Cartagena, yo creo que como Bogotá, como Atlántico, que yo creo que hace un ejercicio de auditoría, pero hay otras tareas específicas con el empleo en Cali que están en el 100% y eso lo pongo en duda desde ya la tarea es que podamos llegar a tener la capacidad, así como como el Valle del Cauca y Marta nos ha contado de poder generar esos espacios en terreno para validar esto. Todas las

emergencias obstétricas, todas las morbilidades maternas extremas, tienen que atenderse en los hospitales padrino.





Lo mismo para el protocolo de transfusión masiva y para el método documentado de cuantificación de sangrado que si bien es una parte complementaria, es todo el tema de identificación de la hemorragia postparto y el Código Rojo, ayuda en términos de la baja complejidad para saber cuánto nos vamos a demorar en declarar ese Código Rojo.

Este tema fundamental y lo vimos desde la semana pasada y que ya todos tenemos un conocimiento aceptable en términos de que todas las instituciones deben tener un protocolo de tromboprofilaxis y tiene que adherirse así que en Colombia tenemos por norma un protocolo dentro de unos criterios de Tromboprofilaxis qué es la escala de la Resolución 3280.

Pues con esto que en este sentido la tarea fundamental aquí es que tenemos varios desafíos y van a venir más, pero tenemos que ir a avanzar y cerrando ciclos. El primero que nos pusimos fue el tema de la anticoncepción han pasado cuatro meses y no lo hemos podido resolver de lleno.

Se agradece la asistencia a la reunión del plan, se aclara que la próxima reunión es el 5 de enero. a la misma hora, 7:30 de la mañana.

10:20 am Finaliza la reunión.

CONCLUSIONES FINALES Y COMPROMISOS

7. ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS				
N°	Actividad (21)	Responsable (22)	Fecha Límite (23)	Observaciones (24)
1.	Plan de acción de la entidad territorial Chocó que debe complementarse con lo que Diego de Sanitas, va a aportar a la entidad territorial su plan de acción y al	Chocó	02 enero	

	Ministerio de Salud y la superintendencia, a la delegatura de EPS. Si está de acuerdo.			
2.	Respuesta a las acciones del departamento de Bolívar establecidas con la Supersalud	Bolívar		
3.	Entrega por parte de Cajacopi (Sucre) análisis de caso de mortalidad y avances en la fragmentación de la contratación junto con realización de comité de mortalidad	Cajacopi		
4.	Nueva EPS (Cundinamarca) Realización de comité de mortalidad con el prestador	Nueva EPS		
5.	Reunión con las IPS para mostrar la información que se reporta en el tablero de control	Valle del Cauca		
6.	Traslado a la delegatura de investigaciones administrativas por el incumplimiento de Cajacopi y Nueva EPS en los territorios mencionados en el acta	Supersalud		
7.	Sesión académica con caso de mortalidad de Chocó revisión de unidad de análisis junto con envío de la historia clínica de la paciente.	Chocó	Enero	

Blanca Hernández - Alexandra Jiménez Luna	Blanca Hernández – Germán Gallego