MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	Código	ASIF08

Acta N°.	**Fecha**: 05 de octubre de 2023
Objetivo: Realizar seguimiento a la acciones y resultados del "Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna" – Unidad de Seguimiento No. 56	
Nombre de la Dependencia, Proceso o Entidad que organiza la reunión: Grupo curso de vida- Grupo Salud Sexual y Reproductiva	
Lugar: Virtual vía Teams https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19:meeting_NzJiYjZkYTYtMjc5Yi00YjM4LTlkYTktOTY3MDJkYzk2M2M1@thread.v2/0?context=%7B%22Tid%22:%22bfb7e13a-7fb7-4016-830c-d3716e8dd8b8%22,%22Oid%22:%22bbac51bb-d9a6-4c1e-a49e-91b3cec23076%22%7D **Canal YouTube Min Salud** https://www.youtube.com/live/l5gtzDvKMAE?si=-t45KIVDQ02JMo2b	
Líder de la reunión: Germán Gallego- Mónica Castro- Lía Marcela Guiza.	
Hora Programada: **De: 7:00am a 10:00am**	**Hora de Inicio:** **7:10 a.m.**
Hora de Terminación: **11:00am**	

N°	Nombre	Cargo	Dependencia o entidad	Asiste	
				SI	NO
1	do de asistencia e en:				
2	https://forms.office.com/r/sQZqx0tkCX				
3					
4					
5					
6					
7					

ORDEN DEL DÍA

1. Seguimiento a la situación de mortalidad materna Semana 38 de 2023
2. Seguimiento a compromisos por parte de las aseguradoras/ Entidades Territoriales
3. Seguimiento a las herramientas de gestión
4. Presentación de casos (Meta-Antioquia y Cundinamarca)
5. Seguimiento a la cohorte de gestantes

DESARROLLO SESIÓN

1. Seguimiento a la situación de mortalidad materna Semana 38 de 2023

Se inicia el comité de seguimiento a la implementación del PAREMM, para el análisis de gestión de seguimiento, el cual se lidera desde el nivel nacional, con la participación de las dos direcciones **1.** Grupo curso de vida- **2.** Grupo Salud Sexual y Reproductiva, especialmente al Dr. Germán Gallego, Marcela Güiza y María Camila Gallego. Por otro lado, se realiza la intervención de la Dra. Mónica Castro quien agradece a los equipos técnicos de las direcciones y oficinas del ministerio de salud, los cuales hacen parte de este esfuerzo conjunto que se tiene con los territorios, como también a los equipos de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipales, así como las delegaturas de la superintendencia nacional de salud y a los equipos de las EAPB, convocados de manera permanente a este espacio. Dando inicio con la agenda correspondiente al análisis de la situación de la mortalidad materna a semana 38, haremos el seguimiento a los compromisos de las aseguradoras y entidades territoriales, seguimiento a las herramientas de gestión, proyección de la presentación y análisis de tres casos (**Meta, Antioquia y Cundinamarca**), por último, se realizará una exploración y seguimiento a la cohorte de gestantes.
Se da comienzo al análisis epidemiológico a semana 38, por parte de María Camila Gallego, quien realiza la presentación en cuanto a los casos y la razón de mortalidad materna en el histórico de 2017 a 2023, donde se refleja que para semana 38 hay un acumulado de **182** casos, con una razón de mortalidad materna de **40,2 x 100.000** nacidos vivos, observando que estás cifras son inferiores a las obtenidas para el mismo periodo 2022 y 2018, el cual también se pueden evidenciar en las graficas del porcentaje de variación realizadas tanto de razón como de casos frente al 2022, teniendo una reducción del **5,9%** en cuanto a la razón de mortalidad y frente al 2018, también se observa una disminución del **11,6%.**referente a los casos también se observa una reducción en cuanto al año 2022 de **5,7%,** frente al 2018 con una reducción de **13,7%.**En cuanto al análisis de la notificación por semana epidemiológica, comparando 2022 y 2023, se observan que para el 2023 a semana 38, se presentan dos casos notificados, con un promedio semanal para 2023 de **4,7** manteniéndose en promedio igual que la semana pasada y un promedio de casos para el 2022 de **5**. En cuanto a los casos y la razón por entidad territorial de residencia, se tiene que 13 entidades territoriales, acumular el 71% de los casos, estas entidades son las mismas que se han mencionado en los comités de seguimientos anteriores y esta semana se incluyo meta y Córdoba, que tienen 6 casos acumulados a esta semana, respectivamente se observa que las entidades territoriales con el mayor numero de casos son: Antioquia (16 casos),Guajira (14 casos),Bogotá (13 casos) y Atlántico (11 casos).

Se realiza un análisis de la mortalidad materna detallando el municipio de residencia en estas 13 entidades territoriales que acumulan el mayor numero de casos, en el cual se resalta: Antioquia (Medellín-2 y Caucasia-2), Guajira (Riohacha-5 y Uribia-3), Atlántico (Soledad-7), Nariño (Tumaco-3), Choco (Quibdo-2), Tolima (Ibague-2) Meta (Villavicencio-2), Bogotá con 13 casos y Cartagena con 8. Se enfatiza que para el 2022 se tuvo un acumulado de **193** muertes maternas, mencionando que para esta semana de 2023 se tiene un acumulado de **182** casos de MM, observando un histórico en el porcentaje de variación desde la semana 25 de casos entre el 2022 y 2023, se refleja que desde la semana 35 se viene presentando un descenso. En cuanto a los casos y la razón de mortalidad materna por entidad territorial de residencia, en el comparativo de 2022 y 2023, se observa que hay 16 territoriales que presentan una tendencia al aumento frente a los casos y a la razón para el mismo periodo de 2022; tenemos 4 entidades territoriales que no presentan una variación respecto a los casos que son Arauca, Quindío, Risaralda y Caldas que presentan los mismos casos para 2022 y se observan 16 entidades territoriales con una tendencia de reducción, entre ellos Vichada, Choco, Guajira, Nariño, Magdalena, Bolívar, Antioquia, Córdoba, Bogotá, Cesar,Cali,Santa Marta, Norte de Santander,Boyaca,Amazonas y Vaupés.

Del total de casos acumulados (**182)** y RMM de 40,2 x 100.000 mil nacidos vivos, 26 gestantes se reconocían como indígenas, para un 14% del total de los casos, con una RMM de 107,5 x100.000 nacidos vivos, al igual que la proporción de los casos por régimen de afiliación, donde el régimen subsidiado presenta la mayor proporción de los casos, con un 67%, seguido el régimen contributivo con un 26% y no asegurado con un 4%, en cuanto al área de residencia podemos observar que la mayor concentración se presenta en el área urbana con 130 casos, para una RMM de 39,6 y en el área rural agrupando el centro poblado y rural disperso, se tiene un acumulado de 52 casos, con una RMM de 46,7x 100. 000 nacidos vivos. En cuanto al tipo y causa principal se tiene un **64.3%** de los casos por causas directas y un **31,9%** por causas indirectas, cabe mencionar que dentro de las causas directas encontramos***: trastornos hipertensivos asociado al embarazo (34 casos), con un 18,7%, hemorragias obstétricas (29 casos) con el 15,9 %, seguido de la sepsis obstétrica (20 casos) con un 11,0 %, 7 casos en estudio con un 3,8 de los casos.*** En cuanto al grupo de edad, en el comparativo del 2022 y 2023, se

presenta que el grupo con el mayor numero de casos para el 2023 se encuentra relacionados en el grupo de los 35 a los 39 años con 37 casos, seguido de los 25 a los 29 años con 36 casos y 15 casos en el grupo de los 40 años, observándose que el grupo el cual presenta una mayor RMM es el grupo de los 10 a los 14 años con 5 casos.
Para la semana epidemiológica 38 se notificaron 2 casos, 1 en Caucasia- Antioquia de Coosalud del régimen subsidiado, 1 uno en Restrepo- Meta de Nueva EPS del régimen subsidiado. En cuanto a la mortalidad materna, acumulando en el periodo, lo que se lleva en el plan de la reducción de la mortalidad materna a la semana 37 de 2022 a semana 38 de 2023, se tiene que los departamentos con la mayor RMM son Vichada, Vaupés, Buenaventura, Caquetá, Choco, Nariño y Atlántico y en cuanto a los casos también se presenta un histórico de los casos por semana epidemiológica en los departamentos que inicialmente fueron priorizados, donde se presenta el mayor numero de casos en Bogotá, Guajira, Antioquia, Atlántico, Cesar, Cauca y Nariño. el comparativo en cuanto a entidad encargada del aseguramiento para el régimen contributivo presenta un acumulado para el 2023 de 48 casos teniendo una concentración en: Sanitas, Nueva EPS y sura EPS con el 69, Nueva EPS y Sura con 10 casos y Sanitas con 11 casos y en cuanto al régimen subsidiado se tiene un acumulado para el 2023 de 122 casos, en el cual por entidad aseguradora se detallan así: Nueva EPS, Asmet Salud, Mutual Ser, Coosalud, AIC y Caja Copi, concentran el 75% de los casos.

Se da paso al **Dr. Germán Gallego** quien realiza algunas precisiones:

- Es importante seguir consolidando una disminución relativa a diferencia del 2022, la cual no supera el 10% de lo global y que se necesita consolidar para el resto del año
- la razón parcial seria de 40 muertes x 100.000 nacidos vivos, sin embargo, se conoce que hay datos que llegan tardíamente y que podríamos decir que la razón estaría entre 40 a 44 inferior a la del año pasado, el cual sería muy positivo, pero aun nos encontramos muy lejos de la meta, la cual es alcanzar al menos para 36 muertes x 100.00 nacidos vivos 2023, para poder anticipar en tres años 32 muertes x 100.000 nacidos vivos, podemos alcanzar esa meta si vemos que la mayoría de las causas de mortalidad materna en su mayoría son prevenibles.

Podemos ver que, en términos de las causas se ha visto una disminución sostenida en los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, que a este mismo periodo del año 2022 se llevaban 52 casos relacionados, y vemos que para esta semana epidemiológica 38 se reportan 34, viendo una disminución de 18 casos lo cual es notable la reducción y estadísticamente significativa, pero en hemorragia postparto que es por definición digamos que las mas prevenible de las muertes con acciones que suceden a nivel de lo hospitalario, se habían presentado 32 casos en 2022 y estamos en 29, lo cual no se ve reflejada evidencias estadísticamente significativas y con una agrupación importante en las ultimas semanas, donde se presentó en esta semana 2 muertes: una por hemorragia postparto en el valle y hace tres días se presentó un **Near miss,** con una hemoglobina de casi 4 gr x dl, en una gestante que tenía una retención de placenta, una hemorragia postparto y se ha venido observando en las ultimas semanas un desproporcionado aumento de morbilidades por hemorragias que como objetivo principal es detenerlas y en cuanto a sepsis como lo hemos mencionado obstétricas para el año 2022, el cual se llevaban 10 muertes(endometritis posparto, infecciones de vías urinarias) 18 en comparación con 25 del 2023, es decir un aumento de mas de 7 casos comparados al 2022 y un aumento de las neumonías con 6 casos para el 2022 y 11 casos con corte a semana 38 de 2023, lo que nos marca un derrotero muy importante y que a pesar que en el último periodo epidemiológico no se han presentado, por que estamos en un valle del pico y seguramente en los últimos 3 meses del año, aumentaran las infecciones respiratorias agudas, es por ello que hoy se revisara el tema de vacunación por parte de las EPS, que evidencie la gestión que ellas vienen realizando en el territorio en cuanto a su cohorte de gestante, por otro lado en cuanto a embarazos ectópicos que para el año 2022 se registraron 3 casos, para este año se relacionan hasta la fecha 9 casos, en ese orden de ideas queda contemplada para el próximo seguimiento manifiesta el Dr, German realizar el webinar que se tenia para el día de hoy, realizarlo posterior ya que por temas de agenda del facilitador que estaría acompañándonos para el manejo de embarazos ectópicos no pudo estar presente, y en cuanto a los trastornos tromboembólicos que para el año 2022 llevábamos 11 casos y para el 2023 llevamos 16, es decir que lo que nos hemos ahorrado por trastornos hipertensivos, nos los han cobrado otras causas y en termino de lo territorial, lo que nos hemos ahorrado en aquellos territorios que se priorizaron para 2022, nos ha sido cobrado con una dispersión en el aumento de casos en algunos territorios, especialmente en este grupo de intensificación de los departamentos de Santander, Meta (dos casos en las últimas 2 semanas) Caquetá, Tolima , Sucre y Cundinamarca, el cual este ultimo se vincula recientemente a este grupo. Podemos observar que en el balance tenemos una reducción de casi 20 puntos porcentuales en los territorios priorizados inicialmente, aquellos territorios que agrupan la mayor mortalidad, pero este año tenemos el 50% de aquellos territorios donde no se priorizaron, en los cuales en ninguno ha habido mejoramiento y en el mejor de los casos se ha presentado

una muerte con respecto al año anterior, pero son aquellas geografías como amazonas, Vaupés y Vichada que menos peso específico tienen frente al total de la casuística (con estos territorios se tiene un grupo de trabajo lunes y martes). **El Dr. German Gallego,** manifiesta que preocupa meta, por que meta lleva muertes, reportes un poco inconsistentes en el jotforms y se necesita ajustar lo relacionado, por otra parte otro de los territorios que preocupa es Antioquia, debido a que cuando se subregionaliza podemos mirar que no solo es Caucasia que tiene un numero de muertes como Medellín, sino también Zaragoza, el Bagre y toda la región del bajo cauca que preocupa su situación, por que presenta una razón de mortalidad materna elevada, con respecto al resto del territorio y es conocedor por parte del Dr., Carlos y el Dr. Alex, ya que se ha hablado de eso y que se espera discutir y mirar que necesita Caucasia para poder intervenir y fortalecer acciones y dar las herramientas que se necesita para terminar de resolver el problema , por que si bien vemos la RMM de Caucasia es mucho mas alta que la región del Urabá y eso es un llamado para direccionar estrategias puntuales en el territorio.

- **Seguimiento a compromisos por parte de las aseguradoras/ Entidades Territoriales**

Continuando con el seguimiento a los compromisos, el **Dr. German** manifiesta que la semana se presentaron dos casos, pero que antes hay que comentar que Sanitas, Sura y Nueva EPS, no solamente agrupan la mayor cantidad de muertes en el contributivo, sino que de manera comparativa un aumento en el caso de Sura de mas de dos veces la RMM, que venia manejando en el 2022, en los periodos comprendidos de la semana 37 del 2021, a la semana 36 de 2022, comparada con la semana 37 de 2022, es decir momento en el que comienza el plan de aceleración, con lo que se está registrando hasta ahora; para los tres hay un aumento de Nueva EPS, pasa una razón de 38 a una de 42, para Sanitas de una RMM de 16 a una de 37, y para Sura EPS se tenían 8 muertes maternas y pasa a 12 muertes maternas, para una RMM de 22,9 a una razón de 33. Sanitas preocupa la situación de los dos casos ocurridos en la semana pasada, uno en Nariño y otro ocurrido en Cundinamarca, este ultimo ya presento la semana pasada los dos casos, pero nos concentramos en sanitas para establecer la acción de mejora en un caso de una complicación quirúrgica por una lesión en un asa intestinal, que se considera de alguna manera adversa, pero con una frecuencia que existe en la literatura infrecuente pero con una frecuencia establecida y que seguramente fue inadvertida en el momento quirurjico,pero con un egreso hospitalario, no de acuerdo a los lineamientos que define la resolución 3280 de 2018 que son 48 horas, le dieron salida antes, la paciente hace una complicación y de allí en adelante comienza o desencadena una serie de eventos desafortunada que ocasionan la muerte de la paciente, de allí obviamente necesitamos acciones concretas y especifico al respecto al cumplimiento de la norma de egreso en un caso de una cesárea que debe ser de 48 horas y en el segundo caso de Nariño de una paciente con un embarazo no deseado que hace una sepsis y que se deben hacer acciones de mejora, en todo lo relacionado con la gestión del riesgo de las mujeres en edad fértil, del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y del grado de difusión y no solo de capacitación, sino del manejo de la escala de alerta temprana en toda la red del departamento.

  - **Intervención de Sanitas – Caso Nariño**

Diego: manifiesta se conecta desde el nivel central con el equipo de Nariño, presentando los avances que se han tenido frente a las estrategias que se han tenido en Nariño, el cual es presentado por la jefe jhoana exponiendo los compromisos y dar avances de las estrategias:

- Basado en la realización para la verificación de la escala obstétrica de alerta temprana, para el cual realizaron un acercamiento con el Hospital Divino Niño, especialmente desde el servicio de urgencias, para la cual el hospital se encuentra aplicando la escala, sin embargo manifiesta jhoana que se fortalecerá mediante capacitaciones el día martes 10 de octubre a las 4:00 pm, la aplicación de dicha escala , de igual manera sanitas empezó con un reporte diario de las usuarias que ingresan al servicio de urgencia desde el 2 de octubre y a la fecha la jefe de urgencias no han notificado casos ya que no se ha presentado gestantes al servicios de urgencias; ***el doctor German interviene y manifiesta que estas estrategias no deben ser solamente para la IPS donde se presentó el caso, sino para toda la red del departamento al menos todo el territorio del pacifico,*** manifiesta la jefe jhoana que se priorizo en primera medida el hospital divino niño y posteriormente realizaran el mismo seguimiento con puente del medio, que es donde tienen contrato el cual manifiesta que empezaran en el mes de noviembre.
- ¿¿Pregunta e Dr. German cual el estado de la aplicación de la escala de alerta temprana en el departamento de Nariño?? o prioritariamente en el pacífico nariñense?? ya que no era llamar a preguntar si la tenían ya que

se fue supremamente claro la semana pasada, Diego interviene y manifiesta que no solo se hizo la verificación que la tenían, sino que verificaron que se estaba aplicando correctamente y pregunta el Dr. German que cuantas historias fueron evaluadas?? como fue el proceso?? y cual fue el resultado?? cómo fue manifestado la semana anterior, el tema no se trata de solo capacitación es que se verifique en terreno si funciona o no funciona, en qué casos y con una periodicidad semanal y se hagan los correctivos necesarios para que efectivamente eso se haga, por que se supone que todas las usuarias que llegan a un servicio durante un periodo de tiempo, deben tener la escala de alerta temprana al menos cada 4 horas durante el trabajo de parto y cada 15 minutos durante las primeras dos horas postparto y toda mujer que ingresa embarazada a un servicio de salud, al menos una vez en el ingreso, manifiesta jhoana que la institución de salud recibió solo una capacitación referente al hospital padrino y apenas están realizando la aplicación de esta escala obstétrica de alerta temprana, el Dr. German responde que la respuesta a eso es cero, y no tiene ningún sentido la estrategia, ya que en octubre van a preguntar en una y después en noviembre en otra, manifestando si es eso es lo que quieren decir?? y manifiesta jhoana que iniciaron ya con el hospital divino niño, se reforzara la capacitación del día martes, en la aplicación de esta escala ya que por parte del instituto departamental de Nariño recibieron una capacitación y posteriormente se hará la verificación de esta escala, la jefe manifiesta que ella está realizando un seguimiento diario con la coordinadora de urgencias, German manifiesta que eso debe ser en Nariño , específicamente en Tumaco, el cual se fue claro dice el doctor German la semana pasada , al menos Tumaco ,pero solamente están manifestando que lo realizaron en la IPS; Diego manifiesta que entonces se iniciara a ampliar la actividad, no solo en el sitio de ocurrencia del caso, sino ampliar la estrategia para poder cumplir con el compromiso y así verificar que la actividad se este haciendo a las gestantes de Nariño, especialmente en Tumaco, el doctor German reitera que la tarea no es para el ministerio de salud, sino para que las gestantes la estén atendiendo bien y que se garanticen esa adherencia en todas las IPS , Diego manifiesta que en Tumaco tienen dos IPS y que se programara la actividad para se pueda realizar esa extender la estrategia e ir ampliando en Nariño, el doctor ***German manifiesta que este viernes 6 de octubre en la tarde necesitan un informe por parte de Sanitas IPS por IPS, cuantas pacientes tienen y a cuantas se le aplico la escala de alerta en todo el departamento de Nariño, mañana en la tarde con el informe de lo que paso hoy y lo de el día de mañana, y que podamos ver datos de los que han gestionado,*** a lo que responde Diego que sí.

- La jefe jhoana manifiesta que se realizo el acercamiento con la jefe del centro de salud e Llorente, ya que allí hay mayor afluencia y llegada de gestantes, pero lastimosamente no han enviado reporte ya que a ellos también se les solicito, pero la jefe les manifestó que ellos no ha sido capacitados en la aplicación de la escala obstétrica de alerta temprana y de igual forma, también para ellos está programada la capacitación, a lo cual responde el Dr. German que entonces el puede decir que el no aplica oxitocina a la salida del hombro anterior por que no ha sido capacitado en manejo activo del alumbramiento, y cualquier persona que a él diga eso me va a decir y como¡¡" entonces usted no sabe atender un parto" , que si bien la EPS tiene una función de capacitar, pero también no hay excusa para aplicar una escala de alerta temprana que esta desde el 2018 en la resolución 3280 como obligatoria.
- **Manejo de eventos adversos en anticonceptivos:** manifiesta el doctor Germán que se realiza la aclaración a todas las personas presentes que esta era una paciente que se retiró el método anticonceptivo, quizás eso no se puede determinar con claridad, pudo haberse hecho mucho mas alrededor de advertir o tratar los eventos adversos para evitar un desistimiento y una discontinuidad del método anticonceptivo. Pregunta el doctor Germán ¿cuál es el estado actual del desistimiento en anticonceptivos en Nariño?? responde Diego que el dato actual que tienen es de un retiro del 28% en el primer año y 45 % en el segundo año, lo que evidencia que son porcentajes bastante altos y se deben buscar estrategias para educar a la paciente referente a los eventos que puedan tener y a los síntomas que puedan generar posterior aplicación del método anticonceptivo, específicamente a la paciente que murió, para dar respuesta a este compromiso realizaron una caracterización de los médicos que están haciendo la formulación de los medicamentos, el seguimiento especifico, para igualmente buscar el profesional que realice la capacitación a estos médicos; pregunta el doctor Germán ¿ cuántos médicos son? responde Diego que no tiene el dato en el momento, pregunta Germán ¿ la hicieron, la están haciendo? responde Diego que por ahora solo están preguntando por IPS específicamente cuantos médicos y el doctor Germán responde que aun no es clara la acción para dar respuesta a este compromiso, ya que la caracterización no está, como se va a llegar hasta esos médicos? y más que llegar a los médicos, es como llegar a la pacientes que están teniendo un evento adverso secundario a un método de larga duración? donde están esas pacientes? como se llaman? a lo que responde Diego que

solicitaron la base de datos de estas pacientes, pero aun no tiene claro de cuantas pacientes están en planificación, se adelantó específicamente en la contratación del perifoneo y así conseguir la base de datos nominal para poder hacerlo, el doctor Germán manifiesta que el perifoneo es otra cosa y que hay unas personas en los servicios de salud que se están poniendo y se están quitando de manera no pertinente el anticonceptivo, porque se pudo haber manejado el evento adverso y eso pone en riesgo de un embarazo no deseado, la pregunta es programática, el deber ser de la gestión de riesgo es esa; es decir ustedes tienen una población en riesgo, ustedes tienen que identificarla, localizarla, individualizarla, llamarla, vincularla a una acción especifica, eso es una acción programática manifiesta el doctor Germán ¿ cuál va hacer la acción con esas pacientes? responde diego: **a)** realizar la caracterización de los médicos **b)** tener la base de datos nominal de las usuarias en riesgo **c)** capacitación a los médicos ,manifiesta diego que existe una base especifica que se socializa a las IPS, y en estos momentos tener la base de datos de las pacientes en riesgo con comorbilidades, pero no solo a estas sino que por medio de la demanda inducida para planificación por la cual sea la más efectiva en el territorio realizar también a población general , el doctor Germán manifiesta que hay una respuesta de capacitación y una respuesta programática, a ello solicita como compromiso para la próxima semana ver la respuesta programática, donde están las pacientes? cuales son? al igual que manifiesta e doctor Germán que ellos como EPS deberían estar preocupados por que se invierte una cantidad de recursos en anticonceptivos y que para que la cuarta parte al menos en el primer año entre en desuso y la mitad a los dos años y ese buen uso de los recursos es responsabilidad de todas las EPS también. ***Compromiso: sanitas debe mostrar todas las pacientes de Nariño para dentro de ocho días, ¿dónde están? y como va hacer la estrategia que las mujeres que tienen una anticoncepción de larga duración, tengan un seguimiento estricto de su método, una por una y la caracterización de los médicos, capacitados en el manejo de eventos adversos***

- **Estrategias de IEC:** como compromiso para el tema de planificación familiar quedo la información, perifoneo, y cuñas radiales, el doctor Germán manifiesta que la semana pasada sanitas manifestó que tenían una estrategia, ¿la han evaluado? que nuevo van hacer en cuanto a esa estrategia? Diego responde que el momento solo se ha realizado la especificación para la contratación del perifoneo, el cual hay dos empresas especificas en Tumaco y se aprobaron para contratación el cual la jefe jhoana añade que dicho perifoneo se comenzara en el barrio la ciudadela y lugares cercanos desde el día 9 de octubre 2 horas diarias por 1 mes, tres días a la semana y se enfatizara en los temas relacionados con: Derechos sexuales y reproductivos, consulta preconcepcional, acceso a IVE, importancia de asistir a controles prenatales, signos de alarma durante el embarazo, planificación familiar, y el fortalecimiento de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes . el doctor Germán pregunta ¿por qué ese barrio solamente y por que por 1 mes?? manifiesta el doctor Germán que esto no es un foco de malaria, sino que se está hablando de una acción que da una información que es pertinente allí y en otro lugar, ahora y quizás en dos o tres meses; manifiesta la jefe jhoana que se escogió ese lugar, por el caso priorizado, pero sin embargo se tiene planeado priorizar otros barrios y especialmente también lo de acare Llorente, porque allí es donde hay mayor población afiliada a EPS sanitas, por el momento se realizó el contrato para el perifoneo hasta el momento por un mes el cual se va a ejecutar, esto ya es directriz del nivel central , manifiesta Diego, que inicialmente se va a realizar de esa forma y con una evaluación mensual del impacto, las necesidades, y no solamente es esa estrategia, sino también la promoción que se haga desde el centro médico y las actividades de capacitación a los médicos que realizan la promoción y la implementación de los métodos de planificación familiar, una vez se realice, se realizara un análisis para reevaluación ya que debe ser continuo, pero para ello se necesita revisar la efectividad y fallas de las estrategias ya en conjunto y que no se valla a disminuir y no solamente en ese territorio sino también en los demás, sin disminuir esta promoción de la planificación familiar, manifiesta el doctor Germán que una estrategia de un mes no va a tener impacto " quítela", ahora el impacto mídalo en dos, tres meses, hay sí, pero una estrategia tan puntual no se mide el impacto, si fuera un brote el impacto que tiene la fumigación sobre viviendas en el índice aedico, míralo en un mes, pero aquí no se esta hablando de eso, se está hablando de percepciones, de imaginarios, alrededor de los anticonceptivos incluso de la sexualidad de la reproducción y las intervenciones comunicacional que tiene un curso y una historia natural, queda claro la priorización en este barrio ya que es donde se concentra la mayor población, ahora no lo pueden hacer en un mes, deben hacerlo mas largo, Diego manifiesta que esto se debe hacer como mínimo un año y que ya internamente se revisara la programación para la realización con la empresa que lo está haciendo, "porque si es verdad que un mes es muy poco" pero con eso se comenzara y en el tiempo revisar el impacto y la efectividad de la estrategia.

Manifiesta la jefe jhoana que en el día de ayer se estuvo con el instituto de manera presencial, para el seguimiento **PAREMM** y de dieron a conocer algunas novedades.

2.2Intervenciones del instituto departamental

- la Dr. Carmen por parte del instituto departamental manifiesta que se están realizando seguimiento cada semana, donde se han realizado entre 15 y 16 reuniones algunas de ellas presenciales una vez al mes o 2 veces al mes, ayer fue presencial, por otra parte también se hizo en articulación con los medios de comunicación y todas las personas de las EAPB, presentes en el territorio se hizo el lanzamiento de la estrategia educomunicativa en Nariño unidos, al PAREMM, se realizó el día 29 de septiembre, con el fin de poner en la agenda pública todo el tema de la prevención contra la mortalidad materna y del fortalecimiento de la maternidad segura, dando unos lineamientos claros frente al tema de maternidad, signos y síntomas de alarma, la importancia de la anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos, derecho a la IVE, la cual ha permitido que se realicen rondas de medios, para poder movilizar un poco más frente al tema de derechos, en todo lo concerniente a la ruta materno perinatal y la de promoción y mantenimiento en la parte de anticoncepción, también se han venido haciendo las visitas en la aplicación del instrumento de manera articulada, con la dirección de calidad, aseguramiento y de salud pública, se continúan realizando las asistencias técnicas, se tendrá el apoyo nuevamente de fundación valle de Lili y terminando lo planeado del 100% de los municipios, entre el 18 y 19 de octubre se tiene la capacitación, ya se tiene programada la cual va hacer para el municipio de pasto, mas todos los municipios de la zona Por otro lado se estuvo en Tumaco realizando el acompañamiento en sala de partos con el personal auxiliar, de enfermería y de medicina, acompañando en la aplicación de la escala de alerta temprana y realizando el seguimiento a cada caso de morbilidad materna extrema, verificando oportunidad en la remisión al grupo padrino, se observó demoras, dificultades para revisar dudas y oportunidades de mejora en el divino niño. También fortaleciendo este tema se desplazarán a los municipios de zona costa, el charco, la tola, santa bárbara, francisco Pizarro. El doctor Germán manifiesta que quedaron dos compromisos, como número uno se quedó que el secretario de salud de Tumaco estaría presente en la unidad de seguimiento del día de hoy, para que explique cómo va hacer el fortalecimiento para que todas las IPS se adhieran a la telexperticia en el marco de la estrategia hospital padrino; y la segunda es el proceso sancionatorio a las IPS, la secretaria de salud de Tumaco la ***Dra. Sandra Paola chico Paz,*** manifiesta que de acuerdo a las estrategias de adherencia del hospital padrino, la secretaria de salud se ha ideado algunas acciones por la cual se han generado algunas estrategias y así poder evitar la mortalidad, como primera instancia se realizó una reunión de articulación con la ESE centro Hospital Divino Niño que es la ESE de primer nivel del municipio de Tumaco y el Hospital San Andrés, que es nuestra ESE de segundo nivel, en esta reunión lo que se intento fue articular la inspección y vigilancia p Para la verificación de la lista de chequeo, además de eso la secretaria pretende presentar por parte de la ESE Hospital Divino Niño y el Hospital San Andrés un plan de auditoría de calidad del dato de las historia clínica, donde nos permita evidenciar un análisis, que permita clasificar de manera oportuna a las pacientes, además de eso en el tema de entrenamiento del talento humano en servicios de urgencias los dos hospitales, lo que se ha ideado es generar un entrenamiento al talento humano, en emergencias obstétricas, sepsis y crisis hipertensivas, además de esto realizar una reinducción del talento humano de urgencias de los dos hospitales, en la estrategia hospital padrino y generar la importancia al grupo que existe para hacerlo de manera oportuna y rápida esta se estaría haciendo de manera mensual, ya que se evidencio en el caso de la última MM, se remitió de manera inoportuna al grupo de hospital padrino esta emergencia y esto es una lección aprendida que se debe mejorar con todo e talento humano en estos hospitales. El doctor German manifiesta dos cosas: **1)** el equipo técnico de la secretaria de salud dedicado al plan de aceleración está conformado por qué profesionales?? a lo cual responde la secretaria que este está conformado por: la compañera Karina Cuero que es la coordinadora de la dimensión salud sexual y derechos reproductivos, Ibon Sandoval que es la coordinadora de salud pública, la coordinadora de epidemiologia Yamileth, cesar de aseguramiento, manifiesta el doctor German que salvo Karina, los demás profesionales no van a favorecer con temas muy operativos puntuales , lo que hace necesario fortalecer el equipo con una persona operativa que centralice toda las acciones en el marco del plan de aceleración para Tumaco, que si es bien cierto se encuentran en ley de garantías, pero muy pronto se puede tener la oportunidad de fortalecer los últimos tres meses del año o los últimos dos meses del año, la secretaria de salud manifiesta que revisaran el tema para poder responder a esto, el doctor German

sugiere hacer un traslado de otra área, ***compromiso: dar funciones específicas de gestión del plan, por que el otro jueves ese profesional, nos va a presentar como va el seguimiento semanal de todos los casos de emergencias obstétricas del municipio cuantos se reportaron y con que oportunidad se reportaron a telexperticia. Se espera dentro de ocho días esa primera evaluación de la primera semana de todas las IPS de la red tanto públicas y privadas del municipio que tengan o hayan presentado una emergencia obstétrica.***

2.3 acciones de IVC en el proceso sancionatorio referente al kit de emergencia obstétrica*:* desde la .subdirección del área de calidad y aseguramiento en la IVC, cuando se presenta un caso de mortalidad materna se realizan dos cosas: una es que se analiza el caso en las instituciones donde ha sido atendida la gestante, se revisa y se remite a la oficina de proceso administrativo sancionatorio para que se apertura el proceso y segundo todas las instituciones que se han visto involucradas en muertes maternas han sido priorizadas para desarrollar acciones de IVC, en sala acompaña la jefe de la oficina jurídica de proceso administrativo sancionatorio, que también atendiendo el compromiso de hace ocho días, realizara una descripción de cómo están los procesos; la Dra. Norma Fernanda Ordoñez, abogada, profesional de procesos sancionatorios de la oficina de calidad y aseguramiento del instituto departamental de salud de Nariño, teniendo en cuenta los compromisos que se asumieron, desde esta oficina se realizo el filtro de los procesos que están en tramite y de los cuales, el asunto en particular corresponde a casos de muertes materna, manifiesta la doctora que haciendo dicha revisión se encontró que para el año 2023, hasta la fecha se tiene un reporte de trece informe por casos de MM, de los cuales tres de ellos ya se encuentran apertura dos y en trámite para realizar la eventual si es que hay lugar a ello, la sanción que se le va a imponer al prestador en los servicios de salud, es importante para esta dependencia realizar este análisis para determinar y apuntar a estos procesos.

2.4 Compromisos de segundo caso de MM- Sanitas: Diego manifiesta que para este caso se realizó una .confirmación del proceso de seguimiento de revisión de las pacientes quirúrgicas con auditoria concurrente donde ya existe un proceso donde se realiza seguimiento de las horas postquirúrgicas, según tipo de parto, debe estar los pacientes específicamente Colombia y en toda la red que se tiene en Bogotá, en ese orden de ideas ya se explicó cómo se va a realizar ese seguimiento sistemático lo único que se hizo fue generar un informe de todas las pacientes de 100 o 200 casos, el cual esta realizando sanitas desde Bogotá, este viernes se realizara una reunión donde estará a parte jurídica , también la parte contractual y las personas que hacen seguimiento y de allí ya saldrá específicamente la ruta sistemática para el seguimiento como tal, también para tener este proceso no solo en vía Colombia sino también en toda la red que se tiene en Bogotá y mirar también el análisis que se tiene también con la secretaria el lunes. Manifiesta el doctor German que es lo que se espera de esta gestión, a lo que responde Diego que nos informen específicamente caso a caso cuales son los que efectivamente no tiene las horas postquirúrgicas reglamentadas según el tipo de parto, para realizar auditoria concurrente, seguridad, que nos dice a nosotros como control prenatal, cuáles son las pacientes específicas que no cumplieron el caso y desde allí se pide entonces el análisis del caso y por qué no tuvo las horas específicas, esta es la ruta que se va hacer manifiesta diego, pregunta el doctor German que en que IPS lo van a realizar, respondiendo diego que inicialmente en Bogotá, igualmente la idea es hacer una ruta especifica y ampliar, pero por ahora se comenzara por Bogotá, Eva carolina levanta la mano, ministerio de salud Cundinamarca y manifiesta que le gustaría articular con Diego para poder estar presente en esos recorridos que van hacer, diego responde que básicamente la idea es hacer una auditoria concurrente para hacer el informe a través del informe de egreso que se tiene especificado en las IPS y se reportaría ya para la reunión que se tiene contemplado el lunes que precisamente es con usted. el doctor German manifiesta que, si Cundinamarca le va a recibir la socialización de esa acción el día lunes, pero resulta extraño manifiesta el doctor German que el caso sea en Bogotá y esta auditoria se presenta en Bogotá, teniendo en cuenta de que la semana se hablo de que muchas de las pacientes en Cundinamarca se atendían en Bogotá, pero lo mínimo que se esperaría es que en un principio como es un tema de Cundinamarca, también incluye a las IPS de Cundinamarca, o cuando se refieren a Bogotá se refieren a la regional y no a la ciudad, al departamento , Diego manifiesta que realmente si se podría ampliar o con el alcance, inicialmente Bogotá donde tenemos el foco y mirar como se amplia , el doctor German manifiesta que si no se inicia por Bogotá y Cundinamarca estaríamos perdiendo el foco inicialmente, lo que hay que hacer es Bogotá y Cundinamarca, teniendo en cuenta que en Bogotá se atienden muchas pacientes que por ende hay que hacerlo allí, el doctor German esperaría que la secretaria de salud evaluara este tema y le hiciera los ajustes que crea pertinente, mucho mas operativo, que esperar, como salir ,cual va hacer el informe que van a dar a la secretaria departamental a este espacio también.

La secretaria de salud departamental de Cundinamarca a sara y catalina para que comenten al respecto que r realizaron la unidad interna, mas no la unidad externa con ellos y dentro de las grandes preocupaciones que se

tiene frente al caso puntualmente con la EPS SANITAS, esta la oferta de servicios integral de control prenatal en el territorio ya que definitivamente es un tema fraccionado, que no esta 100% contratado en el municipio, en este caso la señora era del municipio de SIBATE y digamos que el tema es de vital importancia y ya el lunes en la reunión que se tiene con las EAPB, ya confirmadas, pero obviamente el tema del fraccionamiento de la atención prenatal preocupa muchísimo y el segundo tema son las acciones de IVC de secretaria de salud de Bogotá, frente a los hallazgos de clínica Colombia, por que si definitivamente muy importante que se evalúen los giros cama de las cesáreas y la estancia hospitalaria, pero definitivamente para nosotros no hay nada de implementación de los anexos técnicos de PARE, cero triage obstétrico, cero alerta temprana, cero adherencia al tema de identificación temprana al tema de la sepsis, digamos desde el punto de vista técnico si se realizara la unidad de análisis, estará una persona de Bogotá participando de la unidad de análisis de Cundinamarca, ya los tres ginecólogos de Cundinamarca revisamos todo el caso y toda la historia muy juiciosamente, pero si esperamos que se vea prontamente la implementación de esta escala y de estas alertas en las instituciones de Bogotá, por que tenemos una MM con temas de cáncer gástrico, que también fue atendida no en clínica Colombia, sino en puente Aranda en la que el hallazgo había sido el mismo, no escala, no triage , entonces esto ya es un hallazgo recurrente con sanitas y con sus IPS propias de la red hospitalaria, ene se orden de ideas si quisiera como manifestar el interés, uno para que se contrate las acciones en territorio y por que sean efectivas las acciones IVC con el caso. ¿¿El doctor German pregunta a sara si ellos tienen un informe especifico con fragmentación?? sara manifiesta que la dirección de aseguramiento donde se realizo un primer informe el cual se hizo con las 10 IPS que mayor numero de partos atienden en el departamento y la gran mayoría de la contratación de ruta se tiene por evento, manifiesta que el lunes en la reunión se mostraran como se tiene identificada la contratación, no tan al detalle de los 116 municipios, pero si en Soacha podremos mostrar como esta particularmente el tema con cada una de las EPS, manifiesta German que pongan eso en un escrito y se radican para enviárselos con copia a la superintendencia , como requerimiento de la contratación de la fragmentación de la ruta , con hechos y datos puntuales para que ellos lo soluciones en un plazo perentorio y tener el expediente para la superintendencia. pregunta **German** a SANITAS, que se va a realizar con el tema de instrumento de calidad en la red de sanitas en Bogotá?? ya que el tema no avanza y no solamente en las IPS que son SANITAS, sino en toda la red, no esta funcionando, como por ejemplo la escala de alerta temprana, manifiesta sanitas que a esa ruta donde se pretende realizar la auditoria concurrente anexar la escala de alerta temprana si las están haciendo en cada una de las IPS y como esto es un trabajo intersectorial para poder hacer el seguimiento de esa tarea, con auditoria de calidad poder hacer por lo menos un seguimiento especifico en Bogotá y Cundinamarca que lleguen con complicaciones para su manejo, por que no tenia ese informe especifico de la secretaria, por lo cual en estos momentos no podría decir una estrategia especifica para ello, sino las rutas especificas que se tienen para la auditoria concurrente en las IPS del parto y postparto, German manifiesta que es un tema especifico alrededor de la herramienta ISABEL y no están autorizados para ingresar a la plataforma la información. Compromiso : ***se necesita un plan en el que la EPS SANITAS asuma colaboración en el despliegue de Isabel y por tanto en los resultados de esta misma, como parte de esa unidad de análisis que se va a realizar el 9***.la revisión de que las pacientes las estén atendiendo en las mejores condiciones posibles y eso incluye todas las herramientas del PAREMM, en ese orden de ideas se esperaría por parte de sanitas, tener unas acciones de base especifica que contestara a la secretaria de Cundinamarca y tener ustedes mismos un diagnóstico y monitorear sus IPS. por otra parte, se hace de nuevo el llamado con la secretaria distrital de Bogotá. porque también hay una evaluación por encima de 90% en Bogotá en la herramienta ISABEL y la pregunta que hace sara es le estamos haciendo en realidad la prueba acida a la red como toca??? discutámoslo con la secretaria de salud de Bogotá en el marco de este caso y que este sirva para también hacerle una comparación cruzada de los resultados que den ustedes como dolientes del caso Cundinamarca y Bogotá como actor natural de ISABEL en el territorio. ¿¿**Diego** pregunta que si para este caso ellos como EPS, realizara una nueva visita a la IPS como tal o que secretaria de salud nos presente el resultado que tuvieron y poder hacer entonces los cambios según los resultados de ISABEL que ya fueron aplicados por el ente territorial?? desde el comienzo diego debería comunicarse hoy mismo con la secretaria de salud de los dos departamentos y pedirles el informe oficial de la ampliación de la herramienta ISABEL y poder mirar donde es que están las fallas por IPS y poder gestionarlas. **Catalina acosta** manifiesta que le da pena contradecir al doctor Diego Leitón con lo que está manifestando y es que en la reunión de articulación que se tuvo con Bogotá nos manifestaban que las instituciones universitarias específicamente en este caso de la clínica Colombia, teniendo en cuenta que son también formadores, generan unas escalas “de alertamiento propias” porque así fue como lo manifestó la secretaria de salud de Bogotá en donde la secretaria nos manifestaron tener o ir a controvertir esas herramientas de formación y de generación de nuevos conocimientos, pero que definitivamente no se identifica la parte de la

aplicación de las herramientas que ya se han venido reiterando en estos espacios y los instrumentos que sea un tema homogenizado y que se puedan identificar las alertas y acciones específicas para cada uno de los casos, en ese orden de ideas si quiero hacer ese llamado, no solo a la clínica Colombia y a sanitas que hacen parte de su grupo, pero son situaciones que también identificamos en unidades de análisis de otros casos, en donde estas instituciones generan estas herramientas propias que no se adhieren en un tema de consonancia, para poder hablar en el mismo idioma y así mismo no generar ninguna complicación y así generar las alertas tempranas que es lo principal en estos casos. **Rafael** manifiesta, que realmente estamos exigiendo a las instituciones privadas en el distrito capital que se ciñan a las listas de chequeo y a los protocolos de emergencias obstétricas y además la resolución 3280 de 2018 y eso no se esta cumpliendo no se hace, ni se exige en todas las instituciones en su totalidad ni en todas las públicas ni privadas.es importante manifiesta el **doctor German** que la escala esta normada y se debe respetar. **Diego Alejandro becerra** de la secretaria distrital de salud interviene y manifiesta que si es trascendente en un espacio como este dejar la información que la asistencia técnica a las IPS complementarias en el distrito tiene un histórico y una trazabilidad que esta documentado, en ese sentido, no viene bien de manera a la institución que se lancen adjetivos como los que se están expresando acerca del proceso que históricamente se ha materializado, en ese sentido la construcción de herramientas de adherencia de guías de prácticas clínicas es una iniciativa del distrito capital y tiene un histórico que viene previo al plan de aceleración, no se pueden desvirtuar tampoco avances que hace la secretaria de la concepción de la asistencia técnica como un acto académico, en el que se construye a partir del criterio libre y profesional de los directores de departamento de las IPS y se complementa la estrategia de salud publica , en ese entendido el hecho que no se materialice de manera puntual la aplicación del instrumento como ha sido expedido por la entidad rectora, no desconoce que se complemente este con el de las instituciones, ahora con el caso particular con la clínica Colombia, debe tenerse de presente y no se puede sacar del análisis que se trata de una complicación quirúrgica, en el sentido que ningún estudio de los que se analizaron para construir escalas o análisis de sepsis, incluyeron pacientes con peritonitis pélvicas fecales de cuatro cuadrantes como criterios de inclusión, en ese sentido se desvirtúa cualquiera aplicabilidad y pertinencia de algunas de las estrategias que se construyeron con criterios de elegibilidad diferente, en ese sentido no puede generarse una sensación de entredicho sobre el tratamiento que ha dado la secretaria como líder para la implementación que se reconoce como 90% del instrumento de ISABEL, que obviamente es verificable, no hay acciones de inspección, vigilancia y control en este momentos dirigidas a la clínica universitaria Colombia por que la interpretación técnica de la complicación es una lesión quirúrgica, no es una sepsis obstétrica con la fisiopatología que pudiese analizarse a la luz de un instrumento como el de la política pública, entonces si reiterar que los comentarios hechos de manera deliberada a la ligera, pueden lesionar un proceso que tiene una trazabilidad histórica bien importante**. El doctor German** manifiesta que este espacio y todos los técnicos están para ponernos en entre dicho, nadie, más teniendo en término de la salud materna puede quedarse con una falsa sensación de seguridad, es pertinente que nos objetemos, en el marco del respeto, este espacio es para llegar a soluciones, en efecto el ejercicio de la medicina es liberal y hay un marco jurisprudencial para la autonomía médica, pero hay una herramienta que tiene unos básicos y de allí para delante lo que se quiera hacer, obviamente las instituciones tienen que ceñirse a unas reglas básicas que es la que impone la normatividad. Sara manifiesta que los análisis que se han realizados no han sido a la ligera y que se invitara a la secretaria de salud distrital para el día 9 de octubre

- **Presentación de casos (Meta-Antioquia y Cundinamarca)**

Caso Antioquia: Se presenta caso de Antioquia, caso de la paciente de residente africana que estaba en el contexto de migrante en Necoclí, pero como primera intervención es realizada por el Dr. Alexander Herrera, el cual pone tres consideraciones especiales para coordinar en equipo las acciones puntuales, como primero es que desde la subregión se ha hecho un cove departamental con énfasis en el plan de aceleración materna, la cual ha sido una preocupación permanente, constante, acompañada de la secretaria de salud en todo momento, donde se ha insistido a hacer acciones especiales en esa parte del del departamento de Antioquia, como segundo punto se han empezado hacer las capacitaciones en conjunto con savia salud y Coosalud, que son las dos EPS, con mayor afluencia en esa zona del departamento y adicionalmente nos hemos preocupado por todo lo referente a los protocolos, las guías y todas la acciones necesaria para desarrollar el plan de aceleración, pero también la parte de prevención, anticoncepción y como tercera medida se adelantaron brigadas de salud enfocados en el tema de anticoncepción, específicamente en el municipio de Caucasia, en compañía de la ESE, PROFAMILIA, manifiesta que es bueno traer experiencias exitosas que sirvan como ejemplo para la reducción de la

mortalidad materna específicamente del bajo cauca antioqueño, pero que hay factores que han afectado como temas de la minería, grupos al margen de la ley, entre otros factores, manifiesta el doctor German que si hay o se han realizados mesas de minería para tratar temas específicos que posibilite acercar propuestas a esas mesas materno perinatal

Dra. María José, hace presentación del caso de la paciente migrante de nacionalidad africana que ingreso al país en el mes de año de 2023, tránsito en el país en los departamentos de Choco, Antioquia y Córdoba, es una paciente de 25 años de edad, condición migrante, nacionalidad sierra leona-África occidental, como antecedentes de importancia, gestaciones 3, partos vaginales 2, hijos vivos 2, antecedentes patológicos según historia clínica de hipotiroidismo sin tratamiento, fue abandonada por su pareja con la cual venia con su proceso de migración , el cual la dejo en Necoclí, con sus dos hermanos menores y el continuo con el proceso de migración a Norte-América, como antecedentes demográficos como se menciono de origen africano, con una residencia temporal en Brasil desde donde ingresa a Colombia, la paciente hace su primer ingreso al servicio de urgencia desde la ESE san Sebastián de Necoclí el día 26 de junio donde ingresa por cuadro de vómitos de seis días de evolución, asociado a fiebre y malestar genera, la ingresan le dan manejo para la patología, ordenan paraclínico y posteriormente dan egreso, paciente que reingresa posteriormente al día siguiente ,con la misma sintomatología, caracterizan un embarazo de 4 semanas aproximadamente por fecha de ultima menstruación y debido a las condiciones en la que se encontraba de deshidratación, deciden remitirla a la ciudad de Montería donde es aceptada en la fundación amigos de la salud el día 28 de junio, quien es valorada por ginecología que realiza un rastreo ecográfico en el que se evidencia un embarazo de 14 semanas por biometría, indican que esta causando con una hiperémesis gravídica, por lo que inician manejo antieméticos y protector gástrico y continua en hospitalización hasta el día 1 de julio y posteriormente es egresada con recomendaciones, luego de ese egreso la paciente reingresa nuevamente al hospital de Necoclí el 10 de julio con un embarazo de 6,6 semanas con lo reportado en ese momento en la historia clínica, persistiendo igual con el cuadro de vómitos, la maneja le dan egreso, luego ella ingresa de manera voluntaria a la ESE francisco Valderrama de Turbo, donde ingresa acompañada de la psicóloga del programa de IAS, por solicitud para una IVE, donde se le inicia interrupción con misoprostol cada 4 horas ,pero posteriormente el día 22 de julio la paciente se fuga de la institución sin culminar el procedimiento de la IVE, luego de esto ella ingresa a la ESE san Sebastián de Necoclí en varias ocasiones, relacionando un ingreso el día 24,26, por la persistencia en la tolerancia en la vía oral , en varias ocasiones la manejaron y dieron egresos con recomendaciones y ordenes ambulatorias, el día 28 es valorada por ginecología y obstetricia posterior al ingreso de urgencias en el día anterior, aquí fue acompañada por un ente de protección que esta presente en el municipio, el ginecólogo al ver las condiciones en las que estaba, decide derivar al servicio de urgencias, pero no hay una evidencia de ingreso de ese día en el servicio de urgencia, posteriormente la paciente hace un reingreso al servicio de urgencias el día 30 de julio con embarazo de 18,1 semanas como hiperémesis gravídica que catalogan como grave, con antecedentes de hipotiroidismo sin tratamiento y deciden que antes las condiciones la paciente debe ser remitida, es aceptada nuevamente en el hospital francisco Valderrama, pero antes de subir a la ambulancia la paciente se descanaliza y se fuga nuevamente de la institución. Esta paciente es captada por cruz roja y comisaria de familia, quien la direccionan nuevamente el día 31 a la ESE san Sebastián de Necoclí, para continuar con su proceso de remisión y es derivada a la ESE de Turbo con un embarazo de 18 semanas, ya en la ESE de turbo, la paciente transcurre, hasta el día 1 de agosto donde deciden remitirla a la fundación amigos de la salud de montería para ser valorada por el servicio de ginecobstetricia, es valorada por un equipo multidisciplinario, encontramos que tiene valoración por medicina interna. Medicina materno fetal, por reumatología, nefrología y por neurología, así como terapia física y nutrición, en esta institución empiezan manejo del caso, empezando por valoración por medicina interna quien encuentra que la paciente curso con una hipocalemia moderada y anemia, por lo que inicia la reposición de potasio, trascurre la hospitalización sin mayores cambios, hasta el día 12 de agosto, donde la paciente un cuadro de dificultad respiratoria marcada por lo que deciden ingresarla a la unidad de cuidados intensivos, se encontró una nota de este ingreso del día 12 de agosto, donde presento una disnea progresiva con picos de desaturación sostenido, por lo que requirió soporte de oxígeno, además presento cifras de tensión arterial elevada por rango de crisis, por lo que deciden iniciar tratamiento con antipertensivo, deciden iniciar trombo profilaxis, gastro protección, antibioterapia de amplio espectro por sospecha de foco urinario versus pulmonar, así transcurre esta hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, el día 14 la valora medicina critica nuevamente, quien realiza Doppler de miembros inferiores en el que se evidencia una oclusión parcial, en el miembro inferior derecho, por lo que no descartaron un proceso tromboembólico en el momento, además el día 14 la paciente presento un deterioro neurológico marcado, por lo que realizan una junta médica, donde participaron perinatología, ginecología y medicina critica, donde se decide priorizar la vida de la madre por el alto riesgo de morbilidad materna, además de este deterioro neurológico, se decide asegurar la vía aérea por el riesgo alto de muerte súbita que ella ya estaba presentando, en esa semana también fue valorada por neurología quien

indico una tomografía de cráneo, en donde se evidencio lesión hipodensa frontal por lo que solicita una resonancia magnética para caracterizar mejor la lesión y además solicito una video telemetría de 6 horas para valorar actividad eléctrica cerebral , es valorada por infectología el día 14, donde realiza un resumen muy amplio de todas las atenciones que ella tuvo, desde su ingreso a la institución, indica que comenzaron una cobertura antibiótica con penicilina y toman muestra de cultivos, pero es una paciente que continua con una evolución tórbida, deterioro del estado de conciencia, por lo que se asegura la vía aérea, con intubación orotraqueal, que persiste febril y con lesión de inestabilidad hemodinámica, por lo que decide ampliar el cubrimiento antibiótico con vancomicina, posteriormente es valorada por medicina materno fetal el día 15 de agosto encontrando paciente en muy mal estado , con deterioro del estado de conciencia ya con soporte vasomotor, con antecedentes de infección de vías urinarias, menciona el antecedente de IVE fallida, por lo que el no descarta una corioamnionitis, a pesar de que la ecografía el líquido amniótico estaba normal, indica que la paciente cursa con anticoagulante lúpico positiva, TSH suprimida en rango de hipertiroidismo, anemia y además presenta un trombo en miembro inferior, y pendiente por realiza un Angiotac, que le ordeno previamente medicina interna, ese TAC fue ordenado para descartar el tromboembolismo pulmonar, no se descarta sepsis de origen urinario, es valorada ese mismo día por neurología quien aún indica que está pendiente de los estudios que ya habían solicitado y que la paciente continua en un mal estado neurológico, en ese momento la paciente ya tiene un diagnóstico de insuficiencia ventilatoria aguda en ARM-TEP con una escala de Wells de 4.5 puntos; riesgo moderado de trombosis venosa profunda (TVP) en miembro inferior derecho, embarazo de 20,5 semanas de gestación, choque de foco a determinar (urinario-corioamnionitis a descartar), hipertensión arterial gestacional, hipertiroideo complejo, hipotiroidismo, lupus eritematoso sistémico y bacteriemia a determinar, posteriormente continua la hospitalización, también realizan una amniocentesis , ante la sospecha de corioamnionitis, por infección en liquido amniótico, el día 16 de agosto usuaria continua en la UCI, recibiendo anticoagulación, con soporte vasopresor, monitoreo hemodinámico continuo y con alto riesgo de muerte súbita, el día 17 fue valorada por reumatología, debido a que causaba con un anticoagulante lúpico positivo, el reumatólogo manifiesta paciente con un muy mal pronóstico, que se encuentra recibiendo terapia con prednisolona a mayor efectividad por cuadro clínico relacionado con actividad lúpica y que se encuentra endiente un perfil estramatoideo, posteriormente la paciente es valorada por medicina materno fetal quien manifiesta que la paciente está cursando con una sepsis de probable origen urinario, versus gastro intestinal por los vómitos e intolerancia a la vía oral y debe continuar en UCI y seguir las indicaciones dadas por infectología, recibir el cubrimiento antibiótico, continua con la tromboprofilaxis, manejo con alfametil dopa y nifedipina, es valorada también por neurología nuevamente , dice que la paciente tiene una tomografía, en la que se evidencia lesión frontal , por la que solicito una resonancia cerebral en la cual se evidencia, enfermedad multiinfarto con lesiones occipitales periventriculares occipitales y capsulares probablemente con edema vasogénico, por lo que se puede corresponder a una vasculitis del sistema nervioso central, posteriormente continua la hospitalización el día 20 de agosto revisan unos paraclínicos de control en el que evidenciaron persistencia de la anemia modera, sin evidencia de criterios trasfuncionales, hasta el momento causando con plaquetopenia moderada ,con ionograma conservado, paciente en esta ocasión continua con los episodios de desaturación en la oxigenación, con secreción purulenta de mal olor, donde se hace una extubación programada en tres ocasiones, pero esta es fallida, por la que se decide realizar una broncoscopia mas lavado bronquial, el día 27 de agosto a la paciente luego de la junta medica se le realiza una IVE, en la que tiene una expulsión fetal de sexo femenino, posteriormente sin complicaciones, presenta buena atonicidad uterina, sin embargo indican administrar aplicación de oxitocina y el procedimiento termina sin complicaciones, el día 31 de agosto nuevamente valorada por neurología, con un cuadro infeccioso pulmonar reservado, con requerimiento de soporte ventilatorio invasivo, se realiza una traqueostomía percutánea, paciente persiste con debilidad de las cuatro extremidades a pesar de las terapias físicas y esta a la espera entonces de una electromiografía y neuro conducción, el día 1 de septiembre, revisan un TAC en el que se observan filtrados a nivel pulmonar, radiografías con hemitórax derecho con infiltrados difusos, en el cual sospechan un proceso infeccioso antiguo, sin embargo en el momento la paciente no estaba cursando con una respuesta inflamatoria aguda, no había presentado fiebre, solicitan una nueva valoración por el servicio de infectología. El día 3 de septiembre la paciente presenta abundante sedimento urinario, por lo cual solicitan nuevamente un uroanálisis y urocultivo, para definir otras conductas adicionales, presenta ya en esta ocasión una escara en manejo por clínica de heridas, paciente empieza a disminuir su ritmo diurético, por lo que inician diuréticos de asa y reanimación hídrica con cristaloides, posterior a eso presenta una mejoría, continua con la anticoagulación, por la trombosis venosa profunda y aun persiste con el alto riesgo embolico, continua con la terapia endocrina por el hipertiroidismo, debido a que la paciente tenia una TSH suprimida, muy elevada en 18, transcurre la hospitalización con múltiples complicaciones en UCI, con diagnostico de insuficiencia ventilatoria aguda, trombocitopenia, bacteriemia alto riesgo obstétrico y hipertiroideo complejo e hipertiroidismo y lupus eritematoso sistémico, finalmente el día 6 de septiembre por complicaciones hemodinámicas presento un deterioro hemodinámico

con presentación de hipotensión sostenida, donde requiere soporte vasopresor triple posterior a esto la paciente se profundiza en bradicardia extrema con posterior asistolia por lo que se reanima y a la segunda fallece a las 4:25 am del día 6 de septiembre del año 2023.

Se continua con parte del análisis y luego lo realizara el doctora Carlos desde la parte clínica al interior de las IPS,es importante mencionar que la paciente es africana, se menciona al departamento del Choco por que la paciente, ya que la entrevista familiar a la señora donde se mantenía albergada , donde ella iba a y venia, alcanzo a ir Acandí en su transito hacia estado unidos y tuvo que regresarse por su estado de salud, ya que las condiciones eran mejor en Necoclí en el tema de salud, también hay aclaraciones importantes, ella se dio a la fuga dos veces , tanto del municipio de Necoclí , como en el municipio de turbo, se quería realizar la IVE, luego que no se la quería hacer, de hecho cuando se le inicio la IVE en el municipio de turbo se da a la fuga y por eso quedo una IVE inconclusa y fue inefectiva, esta son las situaciones que como departamento de Antioquia se vive con la población migrante, esta es la parte humana la parte de ese flujo de migración que tenemos hacia estados unidos y es tema de orden internacional. El departamento de Antioquia a diseñado y a emitido el decreto por el cual se reglamenta comisión para la gestión de la gobernanza migratoria en Antioquia, en ese sentido ese fenómeno migratorio ha incidido notoriamente en estas políticas sociales culturales, en nuestro territorio, sin embargo este flujo migratorio masivo que viene hacia Colombia por diferentes razones, no solo los que van hacia estados unidos , sino a centro América y Norteamérica, también otros grupos poblacionales como son los refugiados colombianos que retornan y que son victimas también, en este orden de ideas este caso es un caso extremadamente doloroso y que debe conmover, las IPS tanto de turbo, Necoclí , la fundación amigos de la salud todas las IPS en su interior, obviamente hicieron lo que tenían, lo que disponían en las atenciones individuales para esta mujer, sin embargo nosotros como IPS en Antioquia no tendríamos una capacidad de contener tan flujo de migrantes en caso de los temas de salud. el Dr. Carlos realiza una intervención en la parte clínica, en la atención en captada por urgencias en el primer nivel, evidenciamos que no hubo una adecuada evaluación clínica de la paciente con hiperémesis gravídica, (toman PIE positivo, pero no se hace diagnostico diferenciales , en este caso asociado a trastornos tiroideo en la ESE Necoclí, se reconoce que no se pudo activar la ruta materno perinatal en urgencias (no se ordenan exámenes de ingreso independiente de la procedencia, si tiene o no tiene afiliación, no hay una activación en el segundo nivel adecuado de interrupción voluntaria del embarazo, diagnosticar una IVE fallida en una paciente de 16 semanas, en este caso la paciente como se observo se fuga del servicio, pero si se tiene que hacer un análisis de cuales fueron las dosis que se utilizaron cual fue ese protocolo en la ESE de Turbo y cual es la ruta que toma la IPS de turbo, cuando se presentan este tipo de situaciones, esto es relevante comentarlo ya que el día de ayer se realizo una jornada de unidad de análisis con todos los actores involucradas, y cabe aclarar que el municipio de Necoclí por las condiciones de hospital no pudo hacer el entrenamiento el 31 de agosto y 1 de septiembre que se realizo en el Urabá, ya que el talento humano que tenia que desplazarse no podía hacerlo por la situación de hacinamiento que tiene e municipio, clínicamente se encuentra con una paciente con un hipotiroidismo que no puede evidenciar en los controles prenatales o las asistencias que hizo en primer nivel, pero algo que se ha insistido mucho es el tema de las listas de chequeo, ya que se debió haber usado un antibiótico de amplio espectro, donde se le aplico una cefalosporina y eso no esta acorde a las guías, qsofa también es importante, una deficiencia en la calidad de la atención, en cuanto al manejo clínico, se demoraron en el control del foco infeccioso en las primeras doce horas y obviamente había una indicación en la terminación de la gestación. por otro lado, se tiene abierta la sala de análisis de riesgo de Necoclí con el equipo del instituto nacional de salud, ya si unieron las OPS y OIM, para poder hacer la atención integral, aquí la secretaria de salud tiene personal continuo en el territorio, haciendo la caracterización de la población gestante migrante en Necoclí. el día de ayer se llevó a cabo en el marco de la reunión la agenda de las lecciones aprendidas, de menciona que al día de hoy se tienen 432 maternas activas en el programa de control prenatal de las cuales el 66% son de origen diferente a Medellín, 24 migrantes de Venezuela y 4 gestantes del choco, se presenta el grupo de edad evidenciándose una concentración de gestantes entre los 13 y 19 años y un segundo grupo entre los 20 a 25, por régimen de afiliación, el grueso se encuentra en saviasalud, Nueva EPS y AIC esta última población indígena. El doctor German manifiesta que este tema hay que ya empezar a revisarlo con el subclúster de salud sexual y reproductiva, no siempre se tiene por parte de las agencias el dato de la población a atender y en términos de asegurarnos que se le dé cobertura a la población, muchas veces sobreejcutamos en unos y subejecutamos en otros, pero es importante que se debe realiza una sesión específicamente Urabá antioqueño, se propone tener los insumos y no solo para población gestante , sino para población en edad fértil porque aquí la pregunta es que le hubiésemos podido ofrecer antes cuando se embarazo?? que se espera hacer manifiesta el doctor German : 1. activar el subcluster de SSR y definir fechas para la articulación con la secretaria de salud 2. estar seguros de que *esa población se va a tender con los mejores estándares y cobertura posible, pero también subscribir el plan de acción y mirar que se va hacer con turbo específicamente y con el personal que se había quedado sin el fortalecimiento en la emergencia obstétrica, y como todos saben las prácticas claves*

trasmiten dos cosas, una urgencia de priorizar las gestantes.(programar reunión 9 de octubre en la tarde)

Manifiesta Adriana que se recibió una capacitación hace un año en el municipio de Acandí-choco en capurgana obviamente por el flujo migratorio, y a parteras y donde se trabajo el tema de las violencias sexuales en las migrantes y de allí es donde parte todas las actividades que realiza el departamento de Antioquia, ya que esto es un tema de envergadura internacional, el flujo es tan enorme que llena las capacidades de las instituciones, porque son migrantes que hoy y mañana ya no están. la Dra. Kiara Alexa -secretaria de salid departamental de Necoclí realiza su intervención, manifiesta la situación que el tema de migrantes es muy difícil, el municipio se queda corto con la atención de esta población, a esta fecha el municipio esta embargado, no se tienen albergues, no se tiene donde alojar a esta población, se tiene una deuda grande con el hospital hay que tener en cuenta que la migración no es de ahora , esta comenzó en el 2014, pide ayuda con la deuda que se tiene con el hospital, ya que las atenciones no paran, mes a mes nos llega facturación del hospital y aun se continua con el problema en cuanto a las urgencias y traslados el doctor German manifiesta que acaba de escribir a subcluster y poder atender con los recursos que se cuenten y que cubrir una situación claves en esa situación que se tiene en el municipio.

Hallazgos encontrados en las IPS: las listas de chequeo con urgentes, manifiesta el doctor Carlos que a raíz de esta situación ya se realizo la herramienta ISABEL, con hallazgos muy específicos ya identificados, reactivar el quipo del hospital padrino con los médicos de Necoclí el cual ya se tiene abierta la sala de super padrino, con el grupo de la doctora maría Fernanda que ya nos permitió abrir el grupo para la atención de emergencia a través del hospital superádrino se realizó una retroalimentación a fundación amigos de la salud en temas de la adherencia a protocolos , no se cuentan con listas de chequeo, el tema de las alertas tempranas, el uso de antibiótico de amplio espectro tampoco cuentan. Diana meisa de la secretaria de salud de Córdoba solicita a Carlos que se vincule al hospital padrino de Córdoba que es el hospital san Gerónimo de Montería, quienes deberían haber atendido esta gestante por ser hospital padrino y por el tema de las fronteras. Adriana manifiesta que en unidades de análisis de pacientes de Córdoba y donde han estado implicados las IPS del departamento, como el caso de begachi y Segovia, en esas unidades de análisis de han participado muy activamente y se le hace seguimiento a esas IPS y apoyar a nuestro departamento vecino, en ocasiones ha sido muy complejo en la solicitud de las historias clínicas que entreguen estas.

Caso Meta: catalina de meta presenta caso de mortalidad materna con residencia en Restrepo, es una paciente de 20 años gesta(2), un parto vaginal con un ultimo parto que antecede el embarazo actual, fue el 22 de junio de 2018, residente del área rural , con IMC de 22,7 adecuado para su edad gestacional, quien ingresa en junio a control prenatal con periodo intergenésico prolongado, alto riesgo obstétrico por control tardío quien inicio con 15,6 semanas de gestación, tiene un bajo riesgo psicosocial, con un apoyo familiar adecuado, el 8 de junio acide a su segundo control prenatal , con los laboratorios que fueron ordenados, donde le diagnostican una infección urinaria, una infección vaginal, se trata con metronidazol óvulos y cefalexina tableta; estos son los dos únicos controles prenatales que tiene la usuaria, el 15 de septiembre estando en acacias de paseo con su familia sufre una caída desde su propia altura, cae sentada y después de eso tiene salida de liquido por vagina, la paciente después de eso acude a urgencias del hospital acacias con la familia, donde le diagnostican una ruptura prematura de membranas, por lo cual la trasladan en traslado primario a la clínica de Villavicencio servimedico, ingresa con TA: 110/65 mmhg, FR: 20, Peso 63kg, talla :167 cm, IMC: 24 le calculan un embarazo de 20 a 22 semanas por altura uterina, dejan como diagnostico una RPM, con ARO, inician ampicilina, solicitan un cuadro hermatico y un parcial de orina, una eco obstétrica, dejan una compresa estéril en periné, los laboratorios de ingreso reportan unos leucos de 4150, una hemoglobina de 12, Htco;36, plaquetas:232.000, PO: no patológico, con un antecedente de una caída de moto y explican el pobre pronostico de la gestación, solicitan un frotis de flujo vagina y calculan una edad gestacional de 24,6 semanas. el 16 de septiembre esta con 24 horas con el diagnóstico de RPM, la eco obstétrica reporta un ILA severamente disminuido en 3,56 le agregan eritromicina a su manejo, un manejo expectante el día 19 la paciente hace una febrícula ILA 3,6 disminuido, con una PCR alterada, un alto riesgo de corianmitis FCF: 145 LT, feto vivo, hemoglobina de 11, leucos de 13.400 y plaquetas de 178.000, inician clindamicina 600 mg cada 6 horas, gentamicina 240 mg x día, trasladan a trabajo de parto, para hacer la inducción. a las 14:41 horas, describen que el feto esta presentación podálica, que las gestante esta en trabajo de parto, hemo dinámicamente estable e indican una mezcla de lactato de ringer 500ml , tres unidades de oxitocina a 3 unidades a 30 CC x hora y aumentar según el protocolo institucional, a las 23 horas reportan que la paciente esta estable, con una TA: 119/74, FC:82, FR:18 y que la FCF: 120 LT xmin, el 21 de la madrugada 3:15, manifiestan que la paciente esta estable con una TA: 100/60, FC:90,FR.20, FCF: ausente, a las 8: 00 am , la paciente refiere sentirse bien, tiene un leve dolor abdominal con salida de líquido amniótico escaso, con una TA: 118/74 FC. 88 FR:18 y continua en el manejo establecido para la inducción de trabajo de parto, a las 8:20, un alumbramiento incompleto, indica feto ovitado, se pasa a revisión uterina, bajo anestesia, el canal vaginal sin desgarro, la cavidad uterina termina, útero tónico, óbito 800 gr,

talla: 38cm, se mantiene la antibioterapia y la mezcla de la oxitocina, a las 12 horas pasan paciente a cirugía pasan a revisión uterina le dejan un diagnóstico de coriamnoitis, un sangrado de 100 CC, la paciente en el proceso intraquirurgico presenta una TA: 90/60, FC:106,FC:20 comienza a un shock, consciente , alerta y deciden un traslado a UCI, porque la paciente no está respondiendo al manejo con líquidos , escalona el antibiótico a meropenem de 1gr cada 8 horas ,a las 14:51 ingresa a la UCI shockiada con una TA: 60/30 FC:120. FR:22 T°:35, sin respuesta a líquidos endovenosos, hipotensión sostenida, anúrica, somnolienta, dejan con diagnostico de un shock séptico de origen ginecológico, un posoperatorio con un legrado obstétrico un puerperio inmediato, inician manejo con vasopresina, con oxigeno de alto flujo, los laboratorios reportan un BUN: 16,6, creatinina: 1, 33.LDH:295, bilirrubinas total :57, con una una indirecta de 0.17 TGP.16 y PT de 14,8 con un control de 11, PCR: 191,8, LEUCOS : 12.000 HB:11,4 HTCO: 34,9, PLAQUETAS :50.000,realizan la inserción de catéter venoso, continúan soportada con norepinefrina, vasopresina manda hemocultivos y continúan con la rutina de UCI, el 28 de septiembre a las 18:15 paciente multisoportada, hemo dinámicamente inestable en un estado postreanimación, con una falla multiorgánica, somnolienta, alertable, con una tensión arterial media en metas , sostenida con doble vasopresor, con un índice cardiotorácico, describen que le llama la atención un índice cardiotorácico aumentado , por loque deciden realizar una eco transtorácica, para descartar una endocarditis versus un derrame pericárdico, el 22 realizan la junta médica para definir laparotomía e histerectomía, la paciente en su ecocardiograma le reporta una endocarditis de origen séptico , continua multisoportada, acidosis metabólica, con un trastorno de la oxigenación severa, con un riesgo de colapso cardiovascular qsofa de 10 puntos, con una mortalidad del 50%, realizan ajuste de antibiótico, agregan clindamicina por infección grampositivo , leucos de 54.800,neutrófilos de 87% HB:9,7 HTCO;28,8, PLAQUETAS:78.000, indican laparotomía exploratoria, mas histerectomía, con riesgo de mortalidad en la inducción de la anestesia, el procedimiento empieza a las 17:00 horas, con un hallazgo de liquido libre em cavidad, útero puerperal perfundido, con un diagnóstico de miocarditis séptica 5 en 30%, una coagulopatía inducida por sepsis, una paciente que esta multitransfundida, en ese momento ya le habían transfundido plaquetas, plasma, con su trastorno de la coagulación, el 23 de septiembre paciente séptica con ventilación mecánica, con múltiples soportes vasopresores , entra en paro cardiorrespiratorio y fallece sobre las 17:**07el doctor German** pregunta por que dura esta paciente 5 días en trabajo de parto?? responde Aracelis que en ese resumen se evidencia el no oportuno manejo, no se hizo control de foco, no hay adherencia a las guías, la dejan en trabajo de parto mas de cinco día, esta muerte materna a pesar de que inicia con un evento de causa externa , el desenlace final es una sepsis de origen obstétrico ***compromiso de la realización de la unidad de análisis,*** para revisar cuando se empieza a manejar gases , cual fue el manejo de líquidos, y todo el tema de la noradrenalina cuando la incorporaron, principalmente el trabajo de parto por que dura una inducción de cinco días y todo el tema de control de foco, cuales fueron los eventos que lo retrasaron y la cuestión de la laparotomía que no se hizo, Araceli responde que si la hicieron pero el mismo día que la paciente falleció, interviene NUEVA EPS, **Geraldine moya** referente de gestión del riesgo con relación al análisis de la MM, es una usuaria afiliada desde el 01 de marzo de 2019 del régimen subsidiado, procedente del municipio de restrepo meta, IPS primaria centro de salud restrepo, una usuaria que dentro de las atenciones de primer nivel fueron realizados solo tres controles prenatales, el primer control prenatal fue en el mes de julio, el ingreso tardío, se realizo con el ente territorial del municipio de restrepo la visita epidemiológica de campo a los familiares, refirieron que a usuaria desconocía que a usuaria se encontraba en estado de embarazo, por lo tanto no ingreso antes al control prenatal, ella tuvo una urgencia en la ultima semana, el 26 de julio, por presentar náuseas y pues allí manifiesta una FUM de mes de mayo, por lo tanto en esta urgencia, no le toman prueba de gravidez, sin embargo la usuaria se hace una ecografía particular sobre la última semana de junio y tiene su primer control prenatal el 6 de julio, con 15 semanas de gestación, tuvo su segundo control prenatal durante el mes de agosto en el centro de atención, por sus infecciones de vías urinarias, infección vaginal, según su segundo control en el mes de agosto , tiene una consulta en el mes de agosto por que efectivamente tuvo una caída en moto, se le realiza una valoración a la usuaria, tacto, monitoreo y evidencian que el cuello esta cerrado, la clasifican como categoría uno y le dan egreso con recomendaciones médicas, posteriormente tiene su tercer control en el mes de septiembre, sigue con su infección vaginal reportada en los paraclínicos, reportada en los paraclínicos por cándida y le dan tratamiento para esa infección. se hace el análisis de las atenciones realizadas en la clínica servimedico, Nueva EPS, aplico una visita que se llevó a cabo el día 27 de septiembre, donde se llevo aplico la lista de chequeo para sepsis ya que esta fue la causa que llevo a la muerte a l usuaria , en los cuales se encontraron el reconocimiento precoz de la sepsis, no se realizó una valoración de Qsofa desde el inicio, la paciente ingreso el 15 de septiembre y la qsofa se la empezaron aplicar desde el 21 de septiembre , donde ella tuvo su ingreso a la unidad de cuidados intensivo , no se encontró una valoración de la escala de alerta temprana en esta usuaria y no se encontró que se utilizaran un reconocimiento precoz de la sepsis, dentro de la activación de la emergencia obstétrica, en el análisis de la historia clínica no está la interpretación de los laboratorios de todas las atenciones, posterior a este remiten las historias con los reportes de los laboratorios que se le tomaron a

la usuaria, también se hizo una aplicación del instrumento ISABEL en conjunto con auditoria medica de la zonal, dentro de esta se evidencio que no tenían la escala de alerta temprana, no tenían mecanismos estandarizados de comunicación, para estos casos y no se cuenta con ayudas visuales en los servicios para estas emergencias, as mismo, no se tenían unas listas de chequeo especificas para los casos de emergencias obstétricas, no tenían protocolos a los cuales se comprometen al envió de ellos, se realizo una segunda visita con seguimiento a servimedico el día de ayer, con los hallazgos encontrados ya disponible en la sección de parto y en los servicios de valoración de la gestante y ya que ya habían hecho la solicitud para que se encontraran de forma visible, con relación al mecanismo estandarizado, ya se tiene el protocolo del mecanismo, se quedo como compromiso que en el transcurso de esta semana hacían la socialización al personal, en relación con la lista de chequeo para e tema de emergencias ya se tienen, manifiestan que con el área de sistema indican que esas escalas habían sido entregadas para que se disponga como un anexo de la historia clínica de la atención de las usuarias y posterior ser socializadas al personal medico para poder hacer el respectivo el check-list en cada uno de los casos que se tienen, el doctor German intervienen que hay que tomar las acciones desde la IPS, por que gravísimo lo que se está comentando.

Intervención del viceministro el **Doctor Urrego**, hace el saludo a las instituciones presentes y manifiesta que a un año de haber iniciado este plan, reconocer los esfuerzos que han hecho las diferentes secretarias de salud, sus equipos en materia de salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, para responder a este llamado que no tiene otra motivación que es la garantía del derecho humano fundamental a la salud, en este caso particular de las mujeres y para enfrentar un intolerable, como bien lo saben las muertes maternas están definidas como evitable, y en esa dirección la mortalidad evitable, nos convoca nos obliga a tomar las medidas que sean necesarias para garantizar: **1)** el derecho fundamental a la salud **2)** una buena atención de las mujeres durante el embarazo **3)** evitar la morbilidad materna extrema , si se presenta poderla acompañar para que ella no ocasione ni deterioro ni sufrimiento y por supuesto mucho menos muerte; comentarles que digamos según las predicciones técnicas y epidemiológicas y seguir los compromisos adquiridos con la agenda de los objetivos de desarrollo sostenible, Colombia como todos los países del mundo que están metidos en esta puesta, tenemos plazo hasta el 2030, para e esa agenda llegar a la tercera parte que teníamos al iniciar todo este tipo de estrategia, primero fueron los objetivos de desarrollo del milenio del año 2000 a 2015 y ahora con los objetivos de desarrollo sostenible, ha sido decisión de este gobierno que no nos vallamos hasta esa fecha, sino que lo adelantemos hasta el 2026, algunos dicen que eso es como un suicidio anunciado pero realmente la voluntad política de este gobierno, el señor presidente, el señor ministro y desde el equipo del ministerio, la directora de promoción y prevención, donde esta la parte del equipo que les acompaña el día de hoy, aunque también esta la dirección de epidemiologia, prestación de servicios, aseguramiento, es una decisión luchar para lograrlo en el 2026, por que tenemos una paradoja, tenemos unos de los gastos en salud mas altos de la región, estamos por encima de la media de América latina, en destinación del gasto en salud, segundo, nosotros en el sistema que tenemos, tenemos una afiliación que se acerca a la universalidad, pero también se ha compartido que una de las motivaciones de la reforma que aunque pueda haber una cobertura de protección financiera nominal, respaldad en una afiliación, eso no es igual a acceso a los servicios de salud y en ese contexto las mujeres y los niños, termina llevando buena parte de las consecuencias de no poder tener acceso, hemos montado con el equipo y reconocer el trabajo de German, Mónica, lía, pero también de la auditora, la doctora jhoana la doctora yina y en epidemiologia la doctora libia todo el equipo de viceministerio de protección social, hemos también diseñado si bien se han dado cuenta, cambiamos un poco la manera de presentar es decir el enfoque, para hacer una lectura de lo que está pasando con este proceso, entonces todo llevándolo a que tomemos conciencia, a que esto es intolerable, porque si está declarada la evitabilidad de la muerte materna, nosotros no podemos se r inferiores a lo que esta definido, tenemos pase en la región que están en las mismas características nuestras y que están por debajo de un digito en la mortalidad materna, hay que reconocer que hay algunos departamentos , ciudades se tienen unos indicadores muy positivos, entonces eso es lo que ha animado, hemos tenido el respaldo de la OPS, UNFPA,se siente preocupación pero a la vez satisfecho ya que todos los jueves hay una ritualidad, pero una ritualidad positiva, se nota el entusiasmo el compromiso, hemos estado trabajando sin descanso para poder impactar, los resultados frente al indicador es relativamente bueno, no es lo que queremos, no es lo que nos acompaña, pero estamos en un proceso de reducción importante de la MM y creo que se evidencia el día de hoy, las cosas pueden cambiar de semana en semana, han pasado cosas que yo considero horribles y más intolerables, no había muertes en menores de 14 y ya tenemos 5 este año, caso buenaventura que estuvo por dos años con mortalidad cero y se disparo este año, no entendemos que pasa en soledad atlántico ni en barranquilla, a pesar de que atlántico sin barranquilla, estaría con los mejores indicadores del país, miremos las paradojas, ya expuso Antioquia, cuando yo hago estas menciones no quiero molestar realmente a nadie, pero donde haya preocupaciones, donde haya un cambio en la tendencia los tenemos es que juntar para invertir estas tendencias, igual pasa con Cartagena, que había llegado a 8 pero también decir ya freno y ojala de mantenga hasta final de año porque no había tenido, ese numero de muertes

en fin, este es un ejercicio que como primer resultado estamos creando un equipo de trabajo forjando una conciencia y una sensibilidad frente a lo intolerable, frente a todo aquello que nos produce sufrimiento, y yo por eso quiero a nombre de ministerio reconocer, agradecer e invitar a no desfallecer para lograr, tenemos que seguir frenando este año, trabajar sobre todo a aquellas tendencias de desviación, cabe también que hacer unas menciones, el tema de guajira que siempre ha sido preocupante, viene mostrando una tendencia a la disminución, reconocer, el tema del valle del cauca me parece una buena tendencia que se mantiene, el cauca siempre ha tenido un comportamiento de mortalidad baja, pero el desafío es muy grande, valle sin buenaventura, por que buenaventura repito senos disparo en este año 2023, destacar en logro de poder tener una lectura compartida, poder tener sentado a todos los actores, la Supersalud, el INS, las EPS, IPS, secretarias de salud, hemos tenido dos reuniones nacionales con residentes de EPS, la superintendencia actúa de oficio, subrayando su responsabilidad sobre el IVC, y el apoyo siempre de la cooperación internacional, creo que esto es un avance más positivo que negativo, pero las cifras todavía distan de lo que se merecen las mujeres y de lo que se merece e sistema de salud como es el colombiano, debo decir por que nosotros nos empeñamos en una reforma y que tiene que ver con este plan y de otros planes que ya están en marcha como es el de la mortalidad infantil, el cáncer, hemos desplegado un plan muy interesante, en donde hay una lógica que tiene que cambiar, ojala a través de la reforma pero ojala también a través de la medida del gobierno ejecutivo, de los entes territoriales de los instrumentos de evaluación y sobre todo de ponerle corazón a esto, ganas, de que esto tiene sentido y de que esta es nuestra misionalidad, nuestra obligación, en ese sentido y en ese marco: 1) que podamos tener un plan que compartimos de manera conjunta en general 2) que hemos diseñado unas herramientas que permiten hacer el seguimiento las cuales han sido muy positivo trabajar con la cohorte de gestantes por que nos permite hacer un seguimiento nominal, también el poder estar relacionando con la atención integral, un llamado permanente a los que están a cargo de la gestión de riesgo en salud, del riesgo financiero, operacional, riesgo técnico que esta en cabeza de las EPS a las que ustedes saben en el debate publico hemos insistido en su responsabilidad alrededor de todo lo que se denomina la gestión del riesgo, hemos puesto en el debate nacional de como no logramos superar el 80% en control prenatal adecuado entendido como mínimo de cuatro, encontrar miles de mujeres que tiene cero controles prenatales, trabajar de la mano de la estrategia hospital padrino, telemedicina, para mejorar la calidad en¿ la prestación de servicio, en fin todo el acompañamiento que hay, asistencia técnica, trabajo en equipo pero también exigencia y acciones de IVC, esto ha sido muy importante, hay otras organizaciones que han estado apoyando el proceso,USAID, banco interamericano de desarrollo, banco mundial, quienes aportan recursos, pero decir aquí no es de recursos los recursos están en el sistema, pero los resultados aun no se ven reflejados, nosotros los colombianos deberíamos estar en un digito, es decir menos de 10 x100.000 nacidos vivos, como será de complejo que nos estamos resignando a llegar a 32 a 2026 y eso lo vemos a 3 años en una complejidad enorme, y no debería ser así, nosotros deberíamos arriar esa meta y seguir bajando, pero esta difícil, ahora estadísticamente hay un problema por que están disminuyendo el numero de nacidos vivos en el informe del DANE hay una disminución entre e 11 y el 17% de nacimientos comparados con el 2022, eso significa que de pronto no lleguemos a los 600.000 nacimientos este año y eso en términos de indicadores epidmeiologicos,hace que disminuya el denominador y que todos los esfuerzos que hagamos nos da una disminución numérica, por lo cual hay hacer monitoreo al numero de muertes, por que ha pasado que donde hay grandes denominadores nos quedamos tranquilos por que van numero de muertes, pero la razón no coincide, podemos decir que hay departamentos que pueden ver que ya se cumplió el ODS, pero vemos que es uno con los mayores número de muertes más altas del país, por eso hay que ir de la mano de los dos, numero bruto de muertes maternas temprana, pero también razón de mortalidad por que es una vida, es un sueño un proyecto de vida, hemos desterrado unos mitos, que por ejemplo es que el problema de MM, es de los territorios dispersos, cuando usted aplica el denominador será, pero es que en el vichada en Vaupés, son denominadores bastante bajos, pero claro si muere una mujer se dispara la razón y claro es grave, por que es una mujer que habíamos proteger y salvar, pero yo no puedo analizar en una grande ciudad donde hay todo, para poder atender las mujeres. Entonces es desterrar el mito que es un problema rural, inclusive esta demostrando que la mortalidad urbana es mayor que la rural, también tenemos un tema con los grupos étnicos en cuanto a la población indígena, los números están demostrando que el problema es mayor o peor y se vuelve inclusive menos comprensible, en ninguna parte es ponderable pero si es un llamado, la doctora Yina de PYP, interviene hace un saludo, manifiesta la importancia que tiene la adherencia a los procesos, a veces nos resulta incomprensible pensar o creer que a una gestante en una consulta médica, no se le tome la presión arterial y la diferencia entre tomar esa practica puede salvar una vida, y por eso se insiste en un llamado a las EAPB presente y a los prestadores sobre todo, a los DTS, para que siempre se le garantice a la gestante una atención con calidad, que permite predecir una complicación que la puede llevar a la muerte, por eso la adherencia a protocolo, guías clínicas es clave, por eso desde la dirección de pyp de ministerio estamos trabajando para actualizar las guías de manera permanente se espera tener para el próximo año las guías actualizadas, invita continuar con las reuniones para el beneficio de toda la sociedad. A

veces la diferencia la puede hacer la persona mas humilde de una institución y no se necesita grandes tecnologías para hacer una transformación. la doctora Mónica manifiesta que es importante todas las articulaciones.
Continua la intervención de Nueva EPS, ¿pregunta German cuales son las acciones?, y revisando el resultado de la ISABEL en la clínica, tiene en preparación 70% eso quiere decir que para ninguna de las emergencias obstétricas tiene una acciones completas de preparación, pero viendo muy específicamente a las acciones que tienen que ver con sepsis maternas, necesitamos no solamente en clínica centauro del departamento del meta, saber exactamente como estamos en términos de las competencias institucionales para prevenir la muerte por sepsis, porque según el relato del caso, secretaria de salud concuerda que fallaron los procesos de preparación, esto incluso antes de una de la unidad de análisis, pero como vamos ajustar procesos para garantizar no solamente en servimedico, sino en toda la región del departamento se den los procesos para que una paciente no se muera por sepsis, esto no es más que aplicar la escala de alerta temprana, la aplicación de la escala qsofa, la toma del lactato temprano, la incorporación de la noradrenalina de manera temprana, los análisis de casos, garantizar la atención del foco séptico como todo lo que se ha aprendido, cual es el plan específico que tiene nueva eps para que no solamente servimimedico sino toda la red esas capacidades. responde nueva eps con relación al plan de acción es : seguimiento a la clínica servimedico de manera semanal a esos hallazgos y seguimiento a las otra IPS de atención del parto, que tendremos el hospital de Villavicencio en el meta, el hospital de granada, así mismo a esta actividad las IPS deben hacer la notificación de estas gestantes que consultan por urgencias y hospitalización una vez egresen para poder hacer el seguimiento a estas usuarias y articular con ruta de promoción y mantenimiento, es empezar a enviar mensajes de texto a las mujeres en edad fértil ofertando la consulta preconcepcional y planificación familiar y el seguimiento a la cohorte de mujeres en edad fértil principalmente aquellas que tienen patologías relacionadas

Compromiso: la próxima semana requerimos ver del grado de avance de cada una de estas acciones , cual es el resultado, cuantas mujeres se revisaron en cada una de esas acciones, pero adicionalmente, se necesita una foto del departamento en el termino de la sepsis con las variables que ya se comento en todas las IPS de la red, en la herramienta ISABEL, reunión con Aracelis antes de mañana o con la secretaria de salud del meta, conocer de primera mano los resultados de las IPS con las que ustedes tiene contrato, porque hay hallazgos que se tienen que conocer y dentro de 8 días verificar que eso este completamente resuelto, es decir que ese 72% que saco ISABEL en la IPS centauro este por encima del 95%.proporcionada por la secretaria de salud departamental. dos cosas Aracelis, unidad de seguimiento semanal con todos los actores EPS, unidad de seguimiento a la cohorte de gestantes semanal, cuando se realizó? o cuando la van hacer? manifiestan que el día de ayer, el siguiente miércoles para que hagan la presentación del todo el diagnostico de ISABEL a todas las EPS, para que ellos tengan los resultados y puedan trabajar con eso y lo segundo IVC en clínica centauro, como se va a realizar por parte de la DTS, responde Aracelis que se realizó una reunión el día lunes con el equipo técnico del PARE, donde participa la jefe gloria que participa en la IVC, se informo la situación, se realizó ese preanálisis que se tuvo de la revisión de primera mano con relación a la atención de la gestante y vamos a solicitar formalmente que se haga una IVC, frente al incumplimiento de guías y protocolos y la resolución 3280, no se ha programado la visita, se define en el comité del días lunes .

Seguimiento a la Cohorte de gestantes

Para el cierre de la reunión , se evidencia una disminución en los trastornos hipertensivos de 52 casos a 34 casos en el 2023, tuvo que haber pasado algo, hace 5 años la RMM por trastornos hipertensivos era sostenidamente muy alto, pero hago relación en la gestión del riesgo en la atención anticipatoria, es decir hay una correlación predictiva en lo que hacemos y los resultados en términos de la mortalidad por trastornos hipertensivos, se debe trabajar en los controles prenatales , por que la meta es cerrar e año con el 90% de los controles prenatales y es que eso suena bien, pero el 10% son 60.000 mujeres que no tendrían ningún ingreso al control prenatal mas simple , se ha venido insistiendo si tenemos 425.000 mujeres embarazadas afuera, pues al menos debemos sabernos el nombre y apellidos y donde viven esas mujeres ya la discusión si le hacemos 5, 6 o 10 ya es más fácil si sabemos donde están estas gestantes y atravesamos incluso antes del jaqueo, donde no pasábamos de 225.000 y que incluso bajamos a 208.000 a 209.000 y todo ese esfuerzo que se hace en esta acción ha hecho que hayamos soportado en esta cohorte mas de 259.000 gestante en la cohorte estamos aun lejos de lo que deberíamos estar ya que deberíamos estar alrededor de las 425.000 gestantes, pero consideramos algo impórtate el esfuerzo que se ha hecho por parte de las eps, pero aun estamos muy lejos en algunas EPS y nuevamente se quiere hacer la mención no solo de la cohorte, sino de una alerta que venimos haciendo de manera clara, el problema que vamos a tener con la vacunación de la gestantes sino nos ponemos las pilas a final de año, pero si no uso el dato de la cohorte de gestante no voy a cambiar los resultados y usarlo que es

llamar a las eps que se presento las dos muertes de esta semana y la semana pasada, y que nos cuente que esas mujeres que tienen en la cohorte de gestantes, hablemos de nueva eps de esas 64.000 gestantes ustedes tenían perdidas 32.000 y yo les pregunto conocer si encontraron a estas, están alrededor del 80%, quiero saber de estas 51.529 cuantas tienen vacunadas y cuantas no contra influenza?? responde nueva eps, las que se han logrado rastrear son en vacunación es del 39.5% , se les pidió el cruce nominal donde están las vacunadas y otro donde están todas las embarazadas, por que hacer cruce con población estimada no me lleva al dato, pero nueva eps manifiesta que el dato que ella esta dando del 39.5% es vacunadas versus cohorte de gestantes, las zonas que menos cobertura tienen son putumayo, Nariño, meta con menos del 30% y en ese ejercicio de tomaron así, se cruza con PAI y con las acciones establecidas 61% empezar hacer las acciones que se tienen establecidas en articulación con PAI. Se realizarán las campañas masivas.
¿Sanita? 40.5% de las gestantes están vacunadas de las que se han captado en control prenatal, ustedes tenían perdidas 16.000, encontraron 6.000, les faltan 10.000, se aplaude el esfuerzo, que se va hacer Para ese 60% se vacune, Se tiene un plan una apuesta al día, donde se les dice a las IPS que se reporten semana a semana según la base que se envían a ellas. ustedes tienen un sobredimensionamiento de lo que puede hacer la IPS en la gestión de riesgo, que van hacer con ese listado de gestante que ustedes tienen, saben donde están y cual es el numero de teléfono, la IPS puede atender, pero están reemplazando la gestión del riesgo con lo que hagan las IPS, y eso no es todo. En estos momentos no se tiene diseñada una estrategia, pero se puede hacer una campaña específica, promocionando para que esas gestantes se vacunen y hacer el seguimiento de esa base.

Al comienzo de este plan solo el 6% de la gestante manifiesta el doctor German tenían clasificación con aspirina, hoy cerca del 23% tiene suplementación con aspirina, es suficiente no, tenemos que continuar y profundizar el tema de suplementación con ASA, y finalmente al comienzo de este 1 de cada 5 mujeres tenia un control postparto, después 1 de cada 4, después 1 de cada 3, hoy podríamos decir que 1 de cada 2 tiene control postparto, es insuficiente

COMPROMISOS:

- La próxima semana en la unidad de seguimiento por parte de NUEVA EPS, requerimos ver del grado de avance de cada una de estas acciones, cual es el resultado, cuantas mujeres se revisaron en cada una de esas acciones, pero adicionalmente, se necesita una foto del departamento en el término de la sepsis con las variables que ya se comentó en todas las IPS de la red, en la herramienta ISABEL.
- Sanitas debe mostrar todas las pacientes de Nariño para dentro de ocho días, ¿dónde están? y como va hacer la estrategia que las mujeres que tienen una anticoncepción de larga duración, tengan un seguimiento estricto de su método, una por una y la caracterización de los médicos, capacitados en el manejo de eventos adversos
- Nueva EPS, reunión con Aracelis antes de mañana o con la secretaria de salud del meta, conocer de primera mano los resultados de las IPS con las que ustedes tiene contrato, porque hay hallazgos que se tienen que conocer y dentro de 8 días verificar que eso este completamente resuelto, es decir que ese 72% que saco ISABEL en la IPS centauro este por encima del 95%.
- DTS meta, realizar el siguiente miércoles la presentación del todo el diagnostico de ISABEL a todas las EPS, para que ellos tengan los resultados y puedan trabajar con eso y lo segundo IVC en clínica centauro, como se va a realizar por parte de la DTS.
- Activar el subcluster de SSR y definir fechas para la articulación con la secretaria de salud de Antioquia, 2. estar seguros de que esa población se va a tender con los mejores estándares y cobertura posible, pero también subscribir el plan de acción y mirar que se va hacer con turbo específicamente y con el personal que se había quedado sin el fortalecimiento en la emergencia obstétrica, y como todos saben las prácticas claves trasmiten dos cosas, una urgencia de priorizar las gestantes.(programar reunión 9 de octubre en la tarde)
- Se necesita un plan en el que la EPS SANITAS asuma colaboración en el despliegue de Isabel y por tanto en los resultados de esta misma, como parte de esa unidad de análisis que se va a realizar el 9.
- para el próximo jueves profesional de la secretaria de Tumaco asignado nos va a presentar como va el seguimiento semanal de todos los casos de emergencias obstétricas del municipio cuantos se reportaron y con que oportunidad se reportaron a telexperticia. Se espera dentro de ocho días esa primera evaluación de la primera semana de todas las IPS de la red tanto públicas y privadas del municipio que tengan o hayan presentado una emergencia obstétrica.
- 6 de octubre en la tarde necesitan un informe por parte de Sanitas IPS por IPS, cuantas pacientes tienen y a cuantas se le aplico la escala de alerta en todo el departamento de Nariño, mañana en la tarde con el informe

de lo que paso hoy y lo del día de mañana, y que podamos ver datos de los que han gestionado.

- compromiso de la realización de la unidad de análisis caso Meta.

U