

MONTERÍA, MAYO 16 2015

El modelo de atención de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios debe estar enfocado al cumplimiento de metas del estado en el marco de las necesidades en salud de la población colombiana, por lo que la política de maternidad segura de EMDISALUD EPSS tiende a la disminución de la morbilidad severa y la mortalidad de la población materno infantil asegurada a esta EPSS, como una necesidad sentida en el sistema de salud.

*POLITICA DE
MATERNIDAD
SEGURA
“EMDISALUD
2015 – 2018”*

POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA



2015-2018

**EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD
EMDISALUD ESS EPS-S**

**Doctor
JORGE NICOLAS OLANO MEJIA
Gerente**

**Autor:
FERNANDO DE ORO VERGARA
Director de Aseguramiento**

**Montería
2015**

INTRODUCCION

La Maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, principalmente porque el embarazo, parto y post parto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres que viven en países en vías de desarrollo, en la mayoría de los casos.

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

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de esperanzas y limita las posibilidades de un recién nacido cuando este sobre vive al evento; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente, el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general.

Más de un millón de niños en el año quedan huérfanos por la muerte de sus madres. Estos niños reciben menos cuidados, menos educación y tienen un rendimiento escolar más bajo, son más susceptibles a la violación de sus derechos. Los niños menores de 10 años que pierden a su madre, tienen 10 veces más probabilidad de morir en los siguientes dos años, que aquellos que tienen los dos padres vivos.

Distribución de la mortalidad materna

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo.

Reducción de la mortalidad materna

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia.

Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

La pre eclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con pre eclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

En Colombia, Según los datos oficiales para el país, obtenidos a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila), la razón de MME para el año 2012, año en el cual se implementó el proceso, fue de 6,9 por mil nacidos vivos, correspondiendo a las principales causas los trastornos hipertensivos (57,7%) y las complicaciones hemorrágicas (23,1%). Para el año 2013 se notificaron 8478 casos con una razón de MME fue de 13,1 por mil nacidos vivos, un índice de

mortalidad de 4,1% y relación MME/MM de 24. La Guajira presentó la razón de MME más alta del país con 31,3 casos por mil nacidos vivos (RR=9,3), seguido de Huila con una razón de 20,1 (RR=6,0) y Vichada con una razón de 19,6 (RR=5,8); la edad promedio de las mujeres fue de 26,3 con una mínima de 12 años y una máxima de 52 años, la razón más alta se encuentra en las edades extremas, adolescentes menores de 15 años y mujeres de 35 y más años; las principales causas fueron nuevamente los trastornos hipertensivos (59%) y las complicaciones hemorrágicas (20%) (42,43).

MARCO NORMATIVO

Los lineamientos se enmarcan en los desarrollos políticos y normativos vigentes, como son:

- Ley 100 de 1993 y sus reglamentaciones.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- Resolución 412 y 3384 de 2000, así como R 3442 de 2006, R 425 de 2007; y , R 769 y R 1973 de 2008.
- Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la salud Pública. Basadas en Evidencia. MPS-PARS 2007.
- Ley 1098 de 2006 “Ley de Infancia y adolescencia”.
- Ley 1122 de 2007 y sus diferentes desarrollos.
- Decreto 3039 de 2007 y Resolución 425 de 2008.
- Circular Única (2008) y Circular 054 de 2009 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto 3518 de 2006, Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 2323 de 2006, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones
- Ley 1146 de 2007 y 1257 de 2009 sobre Violencia.
- Decreto 1011 de 2006 (SOGC) y Resoluciones reglamentarias a la fecha.
- Ley 1295 de 2009.
- Acuerdo 008 de 2009, de la CRES y sus decretos reglamentarios.
- Ley 1438 de 2011 “Por medio del cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”
- Resolución 1841 de 2013”Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”.
- Demás (Sentencias de tutelas y fallos de la corte constitucional)

Índice de contenido

Distribución de la mortalidad materna	4
Reducción de la mortalidad materna	5
La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.	
1. GENERALIDADES	9
1.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.2 RESUMEN DE PROBLEMAS ACTUALES.....	10
2.1 CONSOLIDADO ATENCIONES HOSPITALARIAS POR OBSTETRICIA DE II Y III NIVEL EMDISALUD ENERO A SEPTIEMBRE 2011.....	11
2.2 ATENCIONES HOSPITALARIAS DE OBSTETRICIA DE II Y III NIVEL DE ATENCIÓN, ENERO A SEPTIEMBRE DE 2014.....	11
2.3 ANALISIS DE CAUSALIDAD POR MORTALIDAD MATERNA:.....	12
3. GESTION DE LA PROBLEMÁTICA NIVEL NACIONAL:.....	13
3.1 FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL	13
3.1.1 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS A NIVEL NACIONAL:	13
3.1.2. FINALIDAD DE LA POLÍTICA NACIONAL:.....	17
3.2. GESTIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN LA EAPB.	18
3.2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	20
3.2.5. ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA DE EMDISALUD EPSS.	22
3.3. ACTIVIDADES EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA DE EMDISALUD EPSS	23
3.3.1. ACTIVIDADES EN PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS:	23
3.3.2. ACTIVIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL	23

3.3.3. ACTIVIDADES EN ATENCIÓN DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO	24
3.3.4. ACTIVIDADES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	25
3.3.5. ACTIVIDADES EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	25
3.3.6. ACTIVIDADES EN MOVILIZACIÓN SOCIAL.	26
4. POBLACION OBJETO.....	42
5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....	42
7. NORMASTECNICA.....	47
7.1. ADOPCIÓN DE NORMAS TÉCNICAS.....	47

1. GENERALIDADES

Razón de Mortalidad Materna:

El Total en este Indicador reportado en el 2013 fue de **89 muertes maternas** por cada 100.000 nacidos vivos, frente al reportado en el 2014 de **106 muertes maternas** por cada 100.000 nacidos vivos; disminuyendo en 56 muertes maternas con relación al 2013, frente al Estándar esperado de 75 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Siendo este un Indicador muy sensible la ocurrencia de un evento se considera un evento prioritario de análisis y sujeto a acciones de mejora de forma inmediata.

Además hemos evidenciado subregistro en el ingreso a nuestra base de datos de novedades por nacimientos durante los años 2013 y 2014.

Embarazos en adolescentes; nos indica que la problemática requiere intervenciones inmediatas, ya que la tendencia es constante, tal como lo indican las RMM en 2014, la situación se acentúa en regiones específicas, es así como se identifica a los Municipios de Córdoba y Urabá, como los de mayor número e incidencia de embarazos en adolescentes, destacándose de igual forma las grandes urbes y ciudades continúa con igual tendencia, tal como lo indica la tabla N°2 Embarazos en adolescentes 2011.

Existe toda una problemática social compleja en los Municipios de Córdoba y el Urabá antioqueño (Desplazamiento forzado, dispersión geográfica, bajos niveles de escolaridad, presencia de grupos armados al margen de la ley, cultivos ilícitos, entre otros), que hacen incidir directamente en la iniciación temprana del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, relaciones sexuales sin medidas de protección, prostitución, entre otras, que requieren de intervenciones intersectoriales, del orden local y nacional de sostenibilidad en el tiempo y evaluación a través de indicadores de impacto.

EMDISALUD ESS EPS			
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES 2014			
ATENCIONES DE II Y III NIVEL			
Municipios	N° de Embarazos	Adolescentes (14-19 años) Fem	Incidencia x 1000 gr
Tierralta	100	2312	4,33
El Banco	14	416	3,37
Valencia	50	970	5,15
Turbo	47	2256	2,08
Montería	40	1706	2,34
Arboletes	2	107	1,87
Necoclí	35	1268	2,76

Montelíbano	65	1190	5,46
Puerto Libertador	38	767	4,95
Total	391	10992	3,59
Fuente: SIES			

1.2 RESUMEN DE PROBLEMAS ACTUALES.

Para la vigencia 2014 la razón de Mortalidad Materna fue de 106 por cada 100.000 nacidos vivos muy superior a la razón nacional 2006, la cual fue de 75 x 100.000 nv.

por obstetricia en la regional Norte, podemos observar que el 21% corresponde a atenciones por partos expulsivos con o sin episiotomía, el 41% corresponde a Atenciones de partos por Cesáreas, el 12% corresponde a Hospitalizaciones por algún tipo de complicaciones antes, durante y después del parto y un 17% correspondieron a Legrados uterinos obstétricos post parto o post aborto.

Si observamos únicamente la forma de resolutivez del parto en la mediana y alta complejidad podemos ver que de 1018 eventos, que en el 65% la conducta tomada por los profesionales de salud es el parto por cesárea y solo el 35% optan por el parto normal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene su preocupación por el incremento de las cesáreas durante los partos, sobre todo en países más desarrollados, y ha insistido en la necesidad de que sólo se realicen estas intervenciones cuando sea clínicamente necesario. A pesar de que en ocasiones puede salvar vidas, este organismo de Naciones Unidas ha criticado que "a menudo" esta cirugía se realiza "sin necesidad médica" y expone tanto a las mujeres como a sus bebés a riesgos para su salud a corto y largo plazo. Las cesáreas deberían realizarse en entre el 10 y el 15% de los partos. Por ello, en un comunicado han insistido en centrarse en las necesidades del paciente y recurrir a la cesárea cuando el parto vaginal pueda suponer un riesgo para la madre o el bebe, en partos prolongados, por sufrimiento fetal o por que éste se encuentre en una posición diferente. Desde 1985, la comunidad internacional ha establecido que estos procedimientos deberían realizarse en entre el 10 y 15 por ciento de los partos. De hecho, hay estudios que demuestran que, cuando esa tasa es más cercana al 10 por ciento, más se reduce tanto la mortalidad materna como neonatal.

Ver más en: <http://www.20minutos.es/noticia/2428635/0/oms-insiste/cesareas/cuando-sea-necesario/#xtor=AD-15&xts=467263>

Observamos entonces como por falta de implementación de los programas de Planificación familiar y la forma irresponsable como se afronta la sexualidad incide en que se den

situaciones que coloquen en riesgo la salud y la vida de la gestante y el incremento del legrado uterino obstétrico como una salida a la consecuencia de conductas erróneas para enfrentar la sexualidad.

Si se analizan los datos de la atención a gestantes en el Departamento de Córdoba, y los comparamos con la alta tasa de morbilidad, podemos inferir que hay falencias en la atención de las gestantes en todos los niveles de complejidad.

La resolutivez en las IPS de primer nivel en Córdoba, solo alcanza el 32,9%, mientras se congestionan los servicios de II y III nivel con un alto índice de remisiones de gestantes “con algún grado de complicaciones”.

2.1 CONSOLIDADO ATENCIONES HOSPITALARIAS POR OBSTETRICIA DE II Y III NIVEL EMDISALUD ENERO A SEPTIEMBRE 2011.

En promedio se hospitalizan en II y III nivel 25 gestantes, con alteraciones propias de su estado, eventos que si el nivel de resolutivez y los programas de control prenatal fuesen efectivos, no debieran presentarse o en su defecto tener mayor grado de gestión en el primer nivel de atención.

A nivel institucional como EAPB se deben adquirir los compromisos que permitan mejorar la accesibilidad y la calidad en la prestación de servicios, tales como fortalecer el seguimiento a las acciones de demanda inducida, socializar la política de atención preferencial a la gestante desde la EPSS y fortalecer los ciclos de auditorías integrales a los prestadores de servicios, tal como lo manifestaron los funcionarios de atención al usuario en las distintas oficinas SIAU de Emdisalud en el departamento de Córdoba.

Los costos sociales y económicos por la no calidad, la poca adherencia a las guías y protocolos y el cumplimiento de las metas en los programas de protección específica y detección temprana son exageradamente superiores al cumplimiento óptimo y con calidad de las acciones de protección específica y detección temprana.

2.2 ATENCIONES HOSPITALARIAS DE OBSTETRICIA DE II Y III NIVEL DE ATENCIÓN, ENERO A SEPTIEMBRE DE 2014.

Conductas para la Resolución del Parto en IPS de Mediana Complejidad		
Emdisalud ESS 2014		
CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	2861	90,54
ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO)	299	9,46
TOTAL ATENCIONES	3160	100,00

Fuente: SIES

Conductas para la Resolución del Parto en IPS de Mediana Complejidad	
Emdisalud ESS 2014	
HOSPITALIZACIONES POR MORBILIDAD	2701
Fuente: SIES	

Fuente: SIES.

Esta información tiene como fuente primaria las ordenes de servicios generadas desde el sistema de información de Emdisalud SIES, en el cual encontramos que la estimación de costos por servicios autorizados a usuarias de Emdisalud por servicios Hospitalarios de Obstetricia en el periodo de Enero a Septiembre de 2011 es de aproximadamente \$1.855.880.000 de los cuales los servicios más autorizados han sido:

Partos de II nivel 778 procedimientos por un monto de \$505.700.000 pesos, lo cual representa el 27.2% del total.

Cesáreas electivas y de emergencias 1277 procedimientos por un monto de \$1.021.600.000 pesos, que representan el 55.0% de los costos.

Hospitalizaciones por morbilidad 562 eventos, por un costo de \$207.940.000 que representan el 11.2% del total de costos por atenciones hospitalarias de obstetricia.

2.3 ANALISIS DE CAUSALIDAD POR MORTALIDAD MATERNA:

Las principales fallas detectadas en el análisis de casos de los eventos de Mortalidad Materna que en su totalidad, fueron:

- Diligenciamiento incompleto de la historia clínica en un 40%.
- Incumplimiento de las guías de atención en el componente asistencial y epidemiológico en un 44%, siendo éste último el de mayor criticidad.
- Deficiente clasificación (primer trimestre) y reclasificación (semana 36 de gestación) del Riesgo Obstétrico 50%.
- Inoportuna toma de decisiones en la resolución de la urgencia obstétrica 45%.

- En el 63% de los casos la remisión no fue oportuna y en el 38% de los casos no fue posible realizar la remisión por razones administrativas.
- El 100% de los eventos de mortalidad eran evitables desde la perspectiva de las variables evaluadas.

Antioquía es otro de los Departamentos críticos en la atención a las gestantes y débiles acciones de protección específica y detección temprana, acentuándose esta problemática en los Municipios de Urabá.

A nivel Departamental, la resolutiveidad de primer nivel es del 50,8%, bajo y con un alto índice de Hospitalizaciones de gestantes, en promedio 46 gestantes mes son hospitalizadas en el II y III nivel de Atención, según el SIES.

3. GESTION DE LA PROBLEMÁTICA NIVEL NACIONAL:

Esta problemática trasciende los niveles locales y regionales, convirtiéndose en una prioridad de las instituciones directoras, controladoras de vigilancia y control de la salud en el territorio nacional, razón por la cual se convoca a todos los actores a participar en la construcción escenarios a través de metodologías altamente participativas, como primer paso en la formulación de las estrategias que permitan minar la mortalidad materna y perinatal como problemas de salud pública en Colombia.

3.1 FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

3.1.1 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS A NIVEL NACIONAL:

Recurso Humano, Falta de oferta y calidad de las prestadoras de Salud
Nivel de resolutiveidad
No reconocer la vulnerabilidad de la mujer gestante

Captación tardía de las maternas
Falta de liderazgo de las agremiaciones médicas
Falta de autorregulación y autocontrol del personal de salud
Falta de registro en las Historias Clínicas
Deficiente personal para brigadas extramurales
Escaso desarrollo servicios amigables para adolescentes
Difícil acceso a los servicios de salud
Indolencia y falta de solidaridad en el RRHH de salud
Fallas en la academia en la formación en el perfil de salud

El recurso humano de los niveles primarios de Atención adolece de la formación idónea para realizar el acompañamiento y la gestión para el adecuado control prenatal, inclusive de la atención del parto y del recién nacido, lo que afecta de forma directa la resolutivez del primer nivel de atención, se requiere quizás más y mejor liderazgo de las agremiaciones en la formación de los nuevos profesionales, quienes se visionan laborando en instituciones de mediana y alta complejidad.

Competencias del Aseguramiento.

Se debe dar un viraje en el enfoque del sistema general de seguridad social en salud, en donde primen los derechos fundamentales, sobre los intereses y el mismo enfoque de RIESGO FINANCIERO.

- Enfoque transaccional del sistema de salud, centrado en recursos y no en la vida
- Falta de integración, seguimiento y control efectivo a políticas saludables
- Falta de compromiso gerencial
- Demanda Inducida Insuficiente.
- Posición Dominante de las agremiaciones tanto de EAPB e IPS.
- Modelos inapropiados de contratación en la baja complejidad.
- Barreras administrativas y tramito manía.
- Fraccionamiento del Plan de Beneficios.

- Condicionamiento al pago para el ingreso de maternas a IPS de mediana y alta complejidad.

Se identifican entonces bajo la óptica de diferentes EAPB y distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional, las situaciones que afectan directa e indirectamente la prestación de servicios con calidad y equidad a la familia gestante.

Recursos del sistema
Des articulación del POS y el Plan de Intervenciones Colectivas
Tolerancia con la corrupción y desvío de recursos
Capacidad instalada insuficiente

Se analiza el sistema general de seguridad social en el contexto político, su influencia en la forma como se opera en la prestación de servicios y el planteamiento de estrategias a corto plazo y de poco impacto debido a la alta dinámica de la normatividad en el sistema de salud colombiano.

Inestabilidad política del SGSSS
Cambios normativos constantes
SGSSS inestable
Selección adversa por parte de Entes territoriales (gestantes 3er trimestre)

Aspectos sociales, culturales, personales y familiares
Desconocimiento derechos sexuales
Embarazos no deseados, no planeados
Pobreza extrema
Baja autoestima de nuestras mujeres
Creencias, etnias y cultura
Orden público alterado

Se analiza el contexto en el cual se desarrolla y viven las gestantes del régimen subsidiado, su autoestima, su organización cultural, su cultura y niveles de conocimiento como determinantes de la forma como interactúan las personas con los servicios de salud.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN NO INTEGRALES:

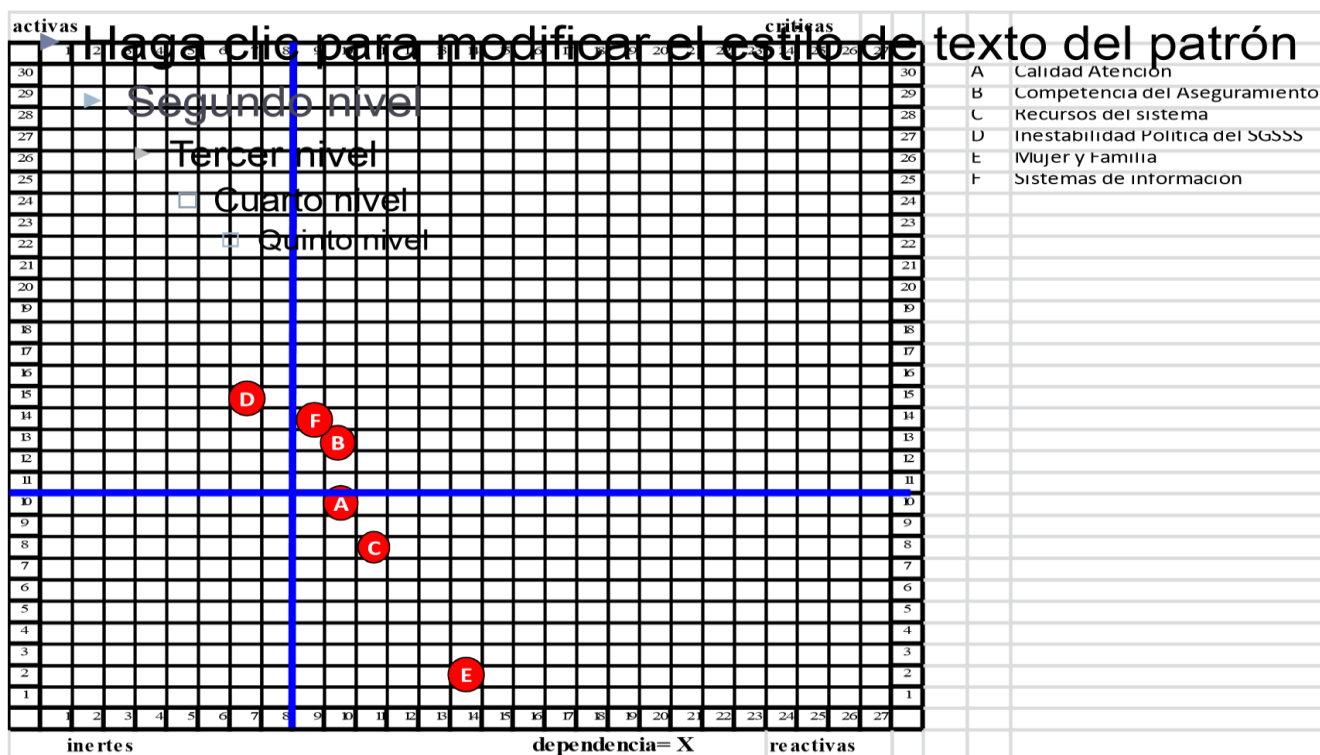
- Sistemas de Información NO integrados, poco Accequibles.

- NO obligatoriedad de RIPS.

Cada EAPB en el afán de adaptarse a la dinámica de la normatividad, formulación de sus propios modelos y estrategias de gerenciamiento del riesgo de sus afiliados, ha generado diversos modelos de sistemas de información.

Se necesita entonces que se formule un sistema único de información para el gerenciamiento del riesgo de la salud materna infantil y mayor control por los entes de inspección, vigilancia y control a la red de prestadores en el cumplimiento de entregas de rips con calidad.

Se llevan los problemas ya agrupados, bajo una metodología definida y se priorizan de acuerdo a su posibilidad de intervención desde los actores involucrados en el taller.



Producto de esta priorización se define entonces el orden lógico para la intervención de cada problema, el cual queda agrupado de la siguiente forma:

Variable	Nombre	Significado de cada variable	Estado
			Alto - Medio
			-
			Bajo

A	Calidad Atención	Grado de no implementación de un modelo ÚNICO de atención en el marco del Sistema de Garantía de Calidad para la atención integral en salud para la gestante y la familia	Alto
B	Competencias del Aseguramiento	Grado de subdesarrollo del Régimen Subsidiado en la implementación del Sistema de Administración de Riesgo Materno Perinatal	Alto
C	Recursos del Sistema	Grado inadecuado de optimización y vigilancia de recursos para la garantía de la atención Materna y Perinatal	Alto
D	Inestabilidad política del SGSSS	Grado de inestabilidad normativa que afecta la planeación y financiación de la atención Materno Perinatal	Alto
E	Mujer y Familia	Grado de inequidad por factores culturales, sociales y de red de servicios para la atención Materno Perinatal en el territorio Nacional	Alto
F	Sistemas de información	Grado de carencia de sistemas de información integrales y accesible para la gestión del riesgo Materno Perinatal	Alto

MB Siendo el problema que más afecta a las EAPB, el grado de subdesarrollo del régimen subsidiado en la implementación del sistema de administración del riesgo materno perinatal.

El producto final de la mesa de trabajo, son los lineamientos de base para la formulación de las estrategias de las EAPB para la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal en Colombia.

Siendo esos lineamientos los siguientes:

3.1.2. FINALIDAD DE LA POLÍTICA NACIONAL:

Aseguramiento con calidad y equidad para el binomio madre hijo.

3.1.3. OBJETIVO GENERAL DE LA POLÍTICA NACIONAL:

Proteger la vida y Fortalecer el bienestar de la gestante, del recién nacido y su familia, mediante el gerenciamiento del riesgo con enfoque de equidad y calidad.

3.1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA NACIONAL:

Construir un modelo de atención integral para la gestante y su familia mediante la articulación y definición de las competencias de cada actor, con enfoque diferencial, según su riesgo.

Gerenciar el riesgo de las mujeres en edad fértil con énfasis en la etapa, preconcepcional, gestacional, parto y post parto del binomio madre e hijo.

Implementar políticas de contratación que disminuyan las barreras de acceso materno perinatal a los servicios de salud.

Estandarizar un sistema de información que permita evaluar la atención materno perinatal con indicadores para la gestión del riesgo y la vigilancia epidemiológica.

Fortalecer el talento humano para la administración del riesgo materno perinatal en las EAPB y la red prestadora de servicios bajo el enfoque de competencias.

3.2. GESTIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN LA EAPB.

Han existido las mejores intenciones en la gestión del riesgo materno perinatal desde el mismo momento en que se construye el modelo de atención “Biosicosocial” de Emdisalud EPSS, el cual se centra en el usuario y con gran importancia la gestión y el desarrollo de las mismas comunidades.

Este modelo tuvo su punto máximo en el periodo 2006 – 2008 cuando la EPSS monto u modelo de atención primaria en salud con promotores propios de la EPSS, los cuales se encargaron de el diligenciamiento de la herramienta “Tarjeta Familiar” la educación intradomiciliaria de la familia y la inducción a la demanda de los servicios de salud.

Debido a las dificultades financieras que ha atravesado el sector salud y específicamente el régimen subsidiado, el modelo decayó sustancialmente, delegando el 100% de las acciones a la red de prestadores.

Esperamos con la formulación de la Política de Maternidad Segura de EMDISALUD, mejorar ostensiblemente los indicadores de salud pública derivados o que tienen relación directa con la prestación de servicios de la población materno perinatal.

Pretendemos crear conciencia al interior y exterior de Emdisalud de la vulnerabilidad de este grupo y su trazabilidad en la evaluación de los indicadores de desarrollo de los pueblos y la calidad con la que las instituciones prestan servicios de salud.

3.2.1. PRIORIDADES DE LA POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA DE LA EMDISALUD EPSS.

- Brindar a toda gestante un trato y servicios de salud con calidad y calidez.
- Centrar el interés de todos los estamentos de la institución en la Atención de las Gestantes.
- Generar para toda gestante el acceso oportuno a los servicios de salud; y comprometer a la familia y a la comunidad frente a cada gestante.
- Brindar atención integral especializada a embarazadas adolescentes, VIH positivas.
- Identificar precoz mente la Sífilis gestacional, tratar a la gestante y conyugue y garantizar el seguimiento de la madre y su producto.
- Atender de manera integral a todas las mujeres víctimas de violencia doméstica y sexual, para ello es necesario que se acceda a la anticoncepción de emergencia, antiretrovirales, antibióticos y demás medidas profilácticas en las primeras 24 horas de ocurrida la agresión y a servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo si falla la primera acción.
- Garantizar acceso a adolescentes y jóvenes a servicios en SSR con énfasis en Diagnostico precoz de alteraciones en el desarrollo, servicios de consejería en SSR (Anticoncepción, ITS, VIH), así como a información clara oportuna y adecuada por grupos de edad sobre sus derechos en salud y en salud sexual y salud reproductiva; con abordaje intersectorial
- Garantizar la continuidad de la atención de las maternas de alto riesgo, por medicina especializada, según el caso hasta el puerperio tardío.
- Fortalecer las acciones de referencia y contrareferencia entre las IPSs de mediana y baja complejidad con énfasis en el seguimiento a la atención del Parto de Alto Riesgo.

3.2.2. OBJETIVOS GENERAL DE LA POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA DE EMDISALUD EPSS

Gerenciar el riesgo materno y perinatal, bajo el enfoque de equidad y calidad para minimizar las pérdidas humanas maternas y perinatales, reducir al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre EMDISALUD ESS, los prestadores de servicios de salud y los afiliados.

3.2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Realizar búsqueda activa de afiliadas embarazadas, para promover el inicio del control prenatal ante la sospecha de embarazo familiar.
- ❖ Implementar en toda la Red primaria la escala de riesgo Biopsicosocial, como método de evaluación integral de los factores de riesgo de la gestante y su núcleo familiar.
- ❖ Garantizar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna, en todos los niveles de atención.
- ❖ Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que permita identificar y clasificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno.
- ❖ Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia para el control prenatal y atención del parto conforme a la condición de salud de la gestante, que garantice su manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de atención de la red de servicios.
- ❖ Garantizar que la red de servicios contratada para la atención prenatal, del parto y del recién nacido, esté debidamente habilitada y que adopte las normas técnicas y guías de atención.
- ❖ Identificar las embarazadas de alto riesgo, y/o con alteraciones para garantizar atención especializada según nivel de atención según el caso.
- ❖ Ofrecer educación a la pareja, que permita una interrelación adecuada entre los padres, la familia y su hijo desde la gestación.
- ❖ Garantizar que desde el control prenatal se brinde la educación que permita a la madre conocer la importancia de los cuidados del recién nacido (lactancia materna, vacunación, planificación familiar y crecimiento y desarrollo).
- ❖ Brindar consejería en planificación familiar, derechos en salud sexual y reproductiva, a la pareja que permita una libre, informada y responsable decisión sobre el espaciamiento de los hijos y la disminución de embarazos no deseados.

3.2.4. METAS DE LA POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA DE EMDISALUD EPSS

- ❖ Lograr que el 95% de las embarazadas captadas en la búsqueda activa, ingresen al programa de control prenatal
- ❖ Captación del 90% de las gestantes en el primer trimestre de gestación.
- ❖ Reducir la tasa de mortalidad materna a 45x100.000 nacidos vivos.
- ❖ Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales.
- ❖ Incrementar la prevalencia en el uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 75% y a 65% en la población de 15 a 19 años.
- ❖ Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%
- ❖ Clasificación del riesgo y definición de conducta del control a el 100% de gestantes inscritas en programas de CP por Especialista en el Primer mes de captación o antes de la semana 14 de gestación.
- ❖ Reclasificación del Riesgo y definición de conducta Atención del Parto por Especialista en la semana 36 de gestación al 100% de las gestantes inscritas en programas de control prenatal.
- ❖ Hacer de la Atención Integral, Oportuna, Digna y de calidad a la gestante una política Institucional.
- ❖ Cero registros de causas de no atención a embarazadas y cero quejas por no atención de embarazadas.
- ❖ Que el 100% de las IPS'S registren sistemáticamente la evolución del proceso de gestación, la clasificación del riesgo y el plan de manejo a las embarazadas en control.
- ❖ Auditar Integralmente el 100% de los Programas de Control Prenatal, bajo las premisas de atención integral y atributos de calidad, como mínimo cada Trimestre.
- ❖ Implementar y operativizar el flujo grama de referencia y contra referencia materna y perinatal de Emdisalud EPSS.
- ❖ Que el 100% de las IPS'S contratadas para la atención prenatal, del parto y del recién nacido, estén habilitadas y apliquen las normas técnicas y guías de atención.
- ❖ Exigir y la implementación de las estrategias IAMI y AIEPI, en el 100% de las instituciones contratadas para la atención prenatal, del parto y del recién nacido.
- ❖ Que las IPS contratadas Realicen una (1) actividad educativa mensual, a la pareja sobre estimulación intrauterina, lactancia materna, cuidados del recién nacido y de la madre en el post parto.

- ❖ Realizar una (1) actividad mensual de consejería en planificación familiar y derechos en salud sexual y reproductiva a la pareja que se encuentra inscrita en el programa de control prenatal, a cargo de la IPS.
- ❖ Ejecutar en un 75% como mínimo el plan de IEC por parte de la EPS en los Ejes temáticos de sexualidad responsable y maternidad segura.

3.2.5. ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA DE EMDISALUD EPSS.

1. Lograr la Implementación de las estrategias IAMI y AIEPI en toda la red de servicios contratadas para la atención prenatal, del parto y del recién nacido.
2. Garantizar la gerencia del riesgo basados en enfoque de determinantes en salud.
3. Conformar con la Asociación de Usuarios una red comunitaria de apoyo, por municipio, para la captación comunitaria de embarazadas afiliadas a EMDISALUD ESS EPS-S.
4. Visita domiciliaria Mensual a todas las gestantes inscritas por parte de las Instituciones que realicen las acciones de Demanda Inducida; en la que se realice seguimiento a el cumplimiento de las actividades contempladas en la guía de atención, educación y motivación a la gestante y su núcleo familiar.
5. Eliminación de barreras administrativas para la atención de la embarazada, atención del recién nacido y atención en planificación familiar, para garantizar la accesibilidad al servicio.
6. Priorización de la Autorización de Servicios de II y III nivel de todas las gestantes de EMDISALUD.
7. Priorización de la revisión de historias clínicas de los programas de control prenatal, atención del parto y atención del recién nacido, por parte de los comités de historias clínicas de las IPS'S y la auditoria de calidad de la EPS-S.
8. Sistema de referencia y contra referencia materna y perinatal, por niveles de complejidad, de acuerdo a la política de "maternidad Segura" de EMDISALUD ESS EPSS.
9. Implementar un Plan de Información, Educación y Comunicación que abarque la Educación Integral a Jóvenes, que les permita vivir su sexualidad responsable mente y decidir sobre su reproducción.

10. Recordar que **todo contacto con mujeres en edad fértil, es una oportunidad** para tomar una citología, hacer una serología, informar sobre el acceso a servicios básicos en SSR, direccionar a Consejería en SSR, o específicamente en Anticoncepción y prevención del VIH.

3.3. ACTIVIDADES EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE MATERNIDAD SEGURA DE EMDISALUD EPSS

3.3.1. ACTIVIDADES EN PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS:

1. Promoción de la utilización de métodos anticonceptivos.
2. Divulgar a toda la red de prestadores y exigir la adherencia a las guías y protocolos de planificación familiar.
3. Implementación de Servicios Amigables en Salud para Adolescentes, con énfasis en consejería, oferta de anticoncepción de emergencia y de métodos modernos.
4. Fomentar la educación en Salud Sexual y Reproductiva y del SGSSS.
5. Garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de las usuarias de lo requieran.
6. Responsabilizar a las IPS responsables de la Demanda Inducida de la búsqueda activa de las gestantes y garantizar su acceso a los servicios de salud.

3.3.2. ACTIVIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL

1. Realizar búsqueda activa de gestante inasistente.
2. Articular los programas de control prenatal, con las estrategias IAMI y AIEPI en toda la red de servicios contratadas para la atención prenatal, del parto y del recién nacido.
3. Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo Biopsicosocial, sin barreras y con calidad en el control prenatal.

4. Divulgación y capacitación de normas y guías de detección temprana de alteraciones del embarazo, manejo de ITS.
5. Conformación con las Asociaciones de Usuarios la red de apoyo, para la Maternidad Segura.
6. Garantizar la entrega oportuna de resultados de pruebas diagnósticas en las IPS adscritas a la red de servicios.
7. Desarrollar mecanismos de auditoria de estándares de calidad en las instituciones que prestan servicios obstétricos a la población afiliada.
8. Exigir mediante la contratación y auditar la idoneidad, los planes de capacitación y la actualización del recurso humano para la atención de la familia gestante a las IPS adscritas a red de servicios.
9. Realización de las actividades, procedimientos y servicios contemplados en la guía de atención y las de la Política de Maternidad segura de la EPSS.
10. Garantizar atención especializada ambulatoria y hospitalaria inmediata a todas las gestantes, a través de una red habilitada, funcional e idónea, que se identifique con la Política de Maternidad Segura de la EPSS.

3.3.3. ACTIVIDADES EN ATENCIÓN DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO

1. Garantizar la atención del trabajo del parto y el parto a todas las gestantes de Alto Riesgo según conducta definida por Especialista tratante a través de una red que se identifique con la Política de Maternidad Segura de la EPSS.
2. Garantizar una red habilitada y suficiente para la atención oportuna e idónea para la gestante y el recién nacido.
3. Auditar y garantizar el cumplimiento de los estándares los Estándares establecidos por el SOGC.
4. Fortalecer la auditoria a fin de garantizar la disponibilidad de sangre y hemocomponentes en los sitios que así lo hayan establecido en su declaración de habilitación.
5. Garantizar a la materna y el recién nacido la toma, entrega e interpretación oportuna de pruebas diagnósticas en las IPS adscritas a la red de servicios

6. Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo Biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, atención del parto, post parto e interrupción voluntaria del embarazo.
7. Divulgación y capacitación de normas y guías de detección temprana de alteraciones del embarazo, manejo de ITS, planificación familiar.
8. Divulgación y capacitación de normas y guías de atención del parto y puerperio, atención del recién nacido, guía de sífilis gestacional y congénita, guía de VIH, guía de atención de complicaciones hemorrágicas e hipertensivas.
9. Garantizar la información, educación y comunicación en salud a la familia y a la gestante.
10. Inscripción del RN en el Programa de Crecimiento y Desarrollo e iniciación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
11. Promover la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva y a libre demanda hasta los seis meses de vida.

3.3.4. ACTIVIDADES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Inscripción de la Pareja en el Programa de Planificación Familiar y Detección Temprana de Alteraciones del Joven, según la guía de atención..
2. Ofertar los métodos de anti concepción (Incluye métodos modernos).
3. Informar antes del egreso del centro asistencial sobre los cuidados del recién nacido.

3.3.5. ACTIVIDADES EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

1. Establecer mediante los mecanismos de contratación, la obligatoriedad de la identificación y notificación del 100% de los eventos de interés en salud pública a partir de los registros de atención, estadísticas vitales y búsqueda activa institucional.
2. Auditar las actas de COVE para la investigación, el análisis y los planes de mejoras ejecutados a partir del estudio de cada uno los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los protocolos de vigilancia epidemiológica de cada uno de los eventos.

3. Verificar la idoneidad del recurso humano para la ejecución de las acciones de vigilancia en salud pública en la red adscrita a la EAPB.
4. Verificar que se haya realizado el análisis de los casos de mortalidad materna, mortalidad perinatal, sífilis congénita, sífilis gestacional, VIH y hepatitis B.

3.3.6. ACTIVIDADES EN MOVILIZACIÓN SOCIAL.

1. Diseñar material para la entrega a la población y al personal de salud.
2. Establecer en coordinación con la asociación de usuarios redes de apoyo para la maternidad segura y la SSR.
3. Educar y sensibilizar a la familia para el cuidado, protección y promoción de la salud de los niños y de las niñas en conjunto con las estrategias AIEPI, IAMI

4. POBLACION OBJETO.

- Hombres y mujeres en edad fértil, afiliados a EMDISALUD ESS EPS-S. ▪ Todas las mujeres afiliadas a EMDISALUD ESS EPS-S que estén embarazadas
- Recién nacidos hijos de madres y/o padres afiliados a EMDISALUD ESS EPS-S.
- Familia gestante

5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.

EL NIVEL NACIONAL a través de la coordinación de programas coordinará la divulgación de la Política en las oficinas regionales de Emdisalud.

El profesional de aseguramiento del nivel regional apoyará la capacitación y presentación del programa, a la red de apoyo comunitaria conformada desde la base de la asociación de usuarios.

La red de apoyo comunitaria apoyará las acciones de demanda inducida en el área urbana las cuales son responsabilidad la red contratada para esa labor, realizando búsqueda activa de mujeres embarazadas afiliadas a EMDISALUD ESS y remite a la pareja para su inscripción al control prenatal. En la zona rural la realizará el grupo extramural de la IPS

Las demás actividades se realizarán de acuerdo a las guías de atención y respectivo nivel de complejidad.

La Política de Contratación de la EPSS exigirá a la red primaria la adopción de la Política de Maternidad segura de la EPSS, la adherencia a guías y protocolos de atención y las acciones de vigilancia en salud pública.

El equipo de Auditoria integral de la EPSS, garantizará el cumplimiento de las guías y protocolos de atención, de los Indicadores de calidad y los estándares contenidos en el SOGC, además en el primer año de ejecución de la política de Maternidad segura, la implementación en la red primaria de las Estrategias IAMI y AIEPI, a través de los ciclos de acompañamiento y auditoria trimestrales.

La Coordinación de Programas de la EPSS, monitoreara Trimestralmente los indicadores de control definidos para la Política de Maternidad Segura y retro alimentara a las Regionales, Gerencia y demás órganos directivos, los avances obtenidos y las acciones de mejora a Implementar.

6. EVALUACIÓN.

La gestión de la Política de Maternidad Segura, se realizará a través de la medición de los siguientes indicadores de proceso, de resultado y de impacto:

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	FRECUENCIA
Porcentaje de redes de apoyo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de municipios que cuentan con red de apoyo}}{\text{Total municipios}} \times 100$	Resultado	Trimestra

Razón de mortalidad materna	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes maternas}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos}} \times 10,000$	Impacto	Trimestra
Tasa de mortalidad perinatal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes perinatales}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos}} \times 10,000$	Impacto	Trimestra
Tasa de fecundidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos}}{\text{Número de mujeres en edad fértil}} \times 1,000$	Impacto	Trimestra
Cobertura de atención prenatal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas prenatales de primer av ez}}{\text{Total de embarazadas remitidas}} \times 100$	Resultado	Trimestral
Cobertura en Clasificación del Riesgo por Medicinal Especializada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Clasificaciones del Riesgo por ME}}{\text{Total de embarazadas Inscritas en el CP}} \times 100$	Resultado	Trimestral
Cobertura en Definición de conducta de atención del parto por Medicinal Especializada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Conductas de atención de Partos definidas}}{\text{Total de embarazadas Inscritas en el CP}} \times 100$	Resultado	Trimestral
Tasa de Hospitalización durante la Gestación, Parto y Puerperio(GPP) secundaria a complicaciones.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Hospitalizaciones durante (GPP) a complicaciones ME}}{\text{Total de embarazadas Inscritas en el CP}} \times 100$	Impacto	Trimestral
Partos atendidos institucionalmente	$\frac{\text{Total de partos atendidos institucionalmente}}{\text{Total de partos}} \times 100$	Resultado	Trimestral
Cobertura en vacunación con T.T./T.D	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con segundo sis}}{\text{Número de gestantes inscritas}} \times 100$	Resultado	Trimestral
Cobertura en vacunación en niños menores de un año	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de menores de un año con esquema completo}}{\text{Total menores de un año}} \times 100$	Proceso	Trimestral

% de recién nacidos con bajo peso	$\frac{\text{Número de recién nacidos con bajo peso}}{\text{Número total de partos}} \times 100$	Impacto	Trimestral
-----------------------------------	--	---------	------------

Cobertura de visitas domiciliarias a gestantes	N° de gestantes identificadas a través de visitas domiciliarias notificadas por la red de apoyo / N° de gestantes notificadas por la red de apoyo que se inscribieron en el programa de CP en cada Municipio X 100	Resultado	Trimestral
% de niños inscritos en crecimiento y desarrollo antes del primer mes de vida.	N° de niños menores de un mes inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo / total de nacimientos de afiliados a Emdisalud EPSS en cada Municipio X 100	Proceso	Trimestral
% IPS que cumplen con las normas técnicas y guías de atención para la atención materna, perinatal y en planificación familiar	N° de IPS que cumplen con las normas técnicas y guías de atención para la atención materna, perinatal y en planificación familiar x100 / Total de IPS de Primer Nivel de cada Regional.	Proceso	Trimestral
Porcentaje de hombres y mujeres en edad fértil, a quienes se les hizo consejería en planificación familiar inmediatamente después del Parto	N° de hombres y mujeres con consejería en <u>P. F. x 100</u> N° Total de Partos	Proceso	Trimestral
Porcentaje de IPS que implementan las estrategias IAMI y AIEPI	N° de IPS de primer nivel contratadas que <u>implementan IAMI y AIEPI. x 100</u> N° de IPS de primer nivel contratadas	Resultado	Trimestral

7. NORMASTECNICA.

7.1. ADOPCIÓN DE NORMAS TÉCNICAS

Considerando que EMDISALUD ESS EPS-S, tiene la obligatoriedad de garantizar a través de su red de prestatarios de servicios de salud, las normas técnicas y guías de atención y de práctica clínica, basadas en los protocolos de común aceptación por la comunidad científica y avaladas por el Ministerio de la Protección Social, como ente de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptó mediante Resolución 040 del 10 de octubre de 2002, emanada por la Gerencia de la corporación, las normas técnicas y las guías de atención de la Resolución 412 de 2000, del otrora Ministerio de Salud y las guías de práctica clínica basadas en la evidencia de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME, para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública y que en su artículo 2, se establece la aplicación de las disposiciones de esta resolución a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud contratistas de EMDISALUD ESS EPS-S , en los tres niveles de atención en todo el territorio nacional, se aplicarán las siguientes normas del anexo técnico 1-2000:

1. Detección temprana de alteraciones del embarazo
2. Atención del parto
3. Atención del recién nacido
4. Atención en planificación familiar a hombre y mujeres

Se aplicarán las siguientes guías de atención, contenidas en el anexo técnico 2-2000, para las enfermedades de interés en salud pública:

1. Bajo peso al nacer
2. Enfermedades de transmisión sexual
3. Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo

En el evento que el prestador de servicios de salud, cuente con protocolos de atención institucionales, dentro del proceso de contratación de la red, el coordinador de aseguramiento, concertará en la negociación de la minuta la aplicación de los mismos. Igualmente, concertará los contenidos educativos para los usuarios del programa.

ANEXO # 1.

METAS DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA POR CADA 10.000 NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTOS EMDISALUD ESS EPS 2011.

De los indicadores trazadores de la calidad en la prestación de servicios de salud, tenemos la razón de mortalidad materna, en la cual el estado Colombiano ha trazado la meta para 2015 de estar por debajo de 45 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, razón por la cual EMDISALUD EPSS, consciente que sus afiliados hacen parte natural de la población objeto de la estrategia nacional y teniendo en cuenta que como aseguradores debemos ser coadyuvantes para el cumplimiento de esta, con la implementación de políticas y estrategias que permitan impactar este indicador.

TEMAS BÁSICOS PARA IMPARTIR INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN A LA POBLACIÓN OBJETO DE LA POLITICA DE MATERNIDAD SEGURA DE EMDISALUD EPSS

Nº	QUE	PARA QUÉ	TIEMPO	RESPONSABLE
GRUPO PRIORIZADO : MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO				
1	Promoción del registro civil y carnetización del recién nacido	Informar a las madres de niños menores de un año los requisitos para garantizar la afiliación y el acceso del recién nacido a los servicios de salud.	30'	Contratista demanda inducida
2	Fomento de la lactancia materna	Brindar información sobre las ventajas de la lactancia materna y su incidencia en el estado de salud del lactante, de acuerdo con las guías alimentarias del ministerio de protección social.	30'	Contratista demanda inducida
3	Prevención y cuidados de la Enfermedad Diarreica Aguda	Informar sobre medidas preventivas de la EDA y los cuidados que se deben brindar en el hogar al niño con EDA para evitar complicaciones y muerte.	30'	Contratista demanda inducida
4	Prevención y cuidados de la Infección Respiratoria Aguda	Informar sobre medidas preventivas de la IRA y los cuidados que se deben brindar en el hogar al niño con IRA para evitar complicaciones y muerte.	30'	Contratista demanda inducida

5	Prevención de accidentes en el hogar	Informar y dar pautas de medidas preventivas en el hogar para evitar accidentes, teniendo en cuenta los riesgos de este grupo etáreo.	30'	Contratista demanda inducida
6	Vacunación	Informar sobre la importancia de la vacunación y de la conservación de carné de vacunas del niño.	30'	Contratista

demanda inducida

Nº	Q U	PARA QUÉ	TIEMPO	RESPONSABLE
GRUPO PRIORIZADO: ADOLESCENTES				
1	Sexualidad responsable	Brindar información clara y precisa al adolescente, que le permitan ejercer su sexualidad en forma responsable ante la pareja, la familia y la sociedad.	30'	Contratista demanda inducida
2	Prevención del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas	Contribuir en la formación integral del adolescente, difundiendo estrategias de efectividad comprobada en la prevención de la drogadicción.	30'	Contratista demanda inducida
3	Prevención de las ITS – VIH/SIDA	Brindar información clara y precisa al adolescente sobre medidas preventivas para evitar contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.	30'	Contratista demanda inducida
4	Planificación familiar	Brindar información clara y precisa al adolescente sobre lo que significa planear la constitución de una familia, tomar la decisión de iniciar vida marital, programar el número de hijos y el momento adecuado para la concepción.	30'	Contratista demanda inducida
5	Prevención de embarazos tempranos	Brindar información asertiva de los diferentes métodos anticonceptivos según los criterios de edad antecedentes de salud, estado civil y concepción ético-religiosa, en el marco de los fundamentos biopsicosociales que se dan en la adolescencia de la mujer y el hombre.	30'	Contratista demanda inducida
6	Promoción de la salud bucal	Brindar información y pautas de hábitos saludables para conservar la salud oral en los adolescentes.	30'	Contratista demanda inducida

7	Nutrición adecuada y prevención de desordenes alimentarios	Informar a los adolescentes, cuál es el contenido alimentario ideal para la edad, de acuerdo con las guías alimentarias del ministerio de protección social.	30'	Contratista demanda inducida
8	Derechos en salud sexual y reproductiva	Información necesaria, que le permita tomar decisiones saludables respecto a su vida sexual y reproductiva.	30'	Contratista demanda inducida
Nº	QUE	PARA QUÉ	TIEMPO	RESPONSABLE
GRUPO PRIORIZADO : MUJERES GESTANTES				
1	Derechos en salud sexual y reproductiva	Informar a las madres gestantes, sus derechos en salud sexual y reproductiva para promover decisiones saludables en cuanto a la planificación familiar.	30'	Contratista demanda inducida
2	Prevención de embarazos no deseados	alternativas de control de la Natalidad existente y disponible a través del plan obligatorio de salud subsidiado, para evitar embarazos no deseados; lo mismo que el sistema de referencia y contrarreferencia para esta finalidad.	30'	Contratista demanda inducida
3	Importancia del control prenatal	Dar a conocer a las madres gestantes, la finalidad de los controles prenatales para la detección temprana de cualquier tipo de alteración y para motivar la demanda de servicio.	30'	Contratista demanda inducida
4	Lactancia materna	Brindar información sobre las ventajas de la lactancia materna y su incidencia en el estado de salud del lactante, de acuerdo con las guías alimentarias del ministerio de protección social.	30'	Contratista demanda inducida
5	Detección de signos y síntomas de alarma	Educar a la madre gestante sobre el reconocimiento de signos y síntomas que ponen en riesgo la continuidad del embarazo y la salud del binomio madre-hijo.	30'	Contratista demanda inducida

**ANEXO # 3. REGISTRO DE
ACTIVIDADES EDUCATIVAS**
MPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DIRIGIDAS A USUARIOS

OBJETIVO: Consolidar el número total de participantes de las actividades educativas realizadas

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO: Auxiliares Municipales de Salud.

COPIAS Y FLUJO: El formato se aplica en original y dos copia. El cual debe ser diligenciado en forma manual a cargo del auxiliar municipal de salud durante la capacitación, la periodicidad será mensual. Se archiva la copia en la oficina municipal y se envía el original y una copia a la oficina de la zona y esta a su vez mensualmente envía copia a la oficina central.

ARCHIVO: El formato es archivado en las oficinas municipales ordenadamente.

FECHA: Anotar el día, mes y año en que se realizo la capacitación **LUGAR:**

Debe escribir el sitio donde se realizo la capacitación.

MUNICIPIO: Nombre del municipio donde se realizo la capacitación

TEMAS TRATADOS: Relacionar todos los temas desarrollados en la capacitación

DE ASISTENTES: Anotar el número de personas que recibieron la capacitación.

NOMBRE: Relacionar los nombres de cada una de las personas que asistieron a la capacitación.

CÉDULA: Relacionar el número de la cédula de ciudadanía de cada una de las personas que asistieron a la capacitación.

FIRMAS: En este espacios deben quedar registradas las firmas de cada uno de los usuarios que asistieron a la capacitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Protección Social, Plan Nacional de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna 2010.
- 2) Berg C, Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Washington D.C. 1996.
- 3) Safe Motherhood (página web en Internet). New York: Safe Motherhood Inter – Agency Group; Disponible en <http://www.safemotherhood.org/index.html>
- 4) World Health Organization. Maternal Mortality in 2000: estimate developer (Monografía en Internet).Geneva: Who, UNICEF and UNFPA; 2004.
Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf

- 5) Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (Página web en internet). Bogotá D.C., DANE. Disponible en [http:// www.dane.gov.co/](http://www.dane.gov.co/)
- 6) Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP (Página web en Internet). Montevideo: CLAP, Estadísticas de la región de América Latina y el Caribe. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005estadisticas%20%20la%20region/index.htm
- 7) Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Ministerio de la Protección Social;
- 8) Fondo de Población de las Naciones Unidas, Mortalidad materna y perinatal en Colombia a los albores del siglo XXI. Bogotá D.C. DANE, 2004.
- 9) Plan de choque para la mortalidad materna EMDISALUD EPSS, septiembre 2009 Montería Córdoba.
- 10) Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS 2009" Ministerio de la Protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC.
- 11) Ministerio De la Protección Social Fondo de las Naciones Unidas Iniciativa de Desarrollo Institucional de los servicios de Atención Materna e Infantil con Enfoque de Derechos en el Marco del Sistema de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud. Bogotá, Mayo 2008-
- 12) Fortalecimiento de la Gestión Territorial en la Implementación de la Estrategia AIEPI en Colombia en el Marco de la Cooperación Técnica entre el Ministerio de la protección Social y OPS/OMS.