



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

PLAN DE ACELERACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Versión 4

Dirección de Promoción y Prevención – Grupo Salud Sexual y Reproductiva – Grupo Curso de Vida





PLAN DE ACELERACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA¹

Contenido

INTRODUCCIÓN	- 2 -
Objetivo	- 3 -
Territorios priorizados	- 3 -
Líneas de acción del plan	- 3 -
Objetivos de choque e instrumentos de las líneas de acción	- 4 -
ANEXOS	- 7 -
Anexo 1. Seguimiento nominal a la cohorte de gestantes	- 7 -
Anexo 2. Lineamientos para el seguimiento a la morbilidad materna extrema – MME.	- 21 -
Anexo 3. Lineamientos técnicos y operativos para la implementación de la estrategia Hospital Padrino.	- 25 -

¹ Versión actualizada a 02 de marzo de 2023



INTRODUCCIÓN

En Colombia, la salud materna ha sido una de las prioridades en salud pública, se ha fortalecido con la implementación de herramientas de gestión y operativas incluyendo intervenciones costo efectivas para evitar las muertes maternas y las complicaciones obstétricas, a pesar de ello, los resultados siguen siendo insuficientes y las usuarias se enfrentan a barreras administrativas, geográficas, sociales y culturales lo que impide el acceso a servicios de salud con calidad.

A semana epidemiológica 35, Colombia contabiliza un total de 175 muertes maternas tempranas para una razón de mortalidad materna (preliminar) de 39.5 muertes por 100.000 nacidos vivos. Esta razón de mortalidad materna es más baja incluso que las cifras del período pre pandémico, en donde (para el 2018) se logró un resultado de 45 muertes por 100.000 vivos.

No obstante, este resultado está lejos de cumplir las expectativas respecto a la pendiente esperada para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible. Según la OMS, en el segmento del 2000 al 2017 Colombia Alcanzó una reducción total de solo el 11.7%. De hecho, los pronósticos muestran que la reducción podría alcanzar en el año 2030 a una cifra cercana a tan solo 35 muertes por 100.000 n.v. Además, las estimaciones del grupo interagencial muestran que frente a los países de la OCDE en donde la RMM estimada para el 2017 (última medición) es de 18 muertes x 100.000 nv comparado con un estimado de 83 para Colombia.

A nivel territorial de acuerdo con el comportamiento parcial del año 2022, las entidades departamentales con las mayores razones de mortalidad materna son Chocó, Arauca, La Guajira, Nariño, Magdalena, Norte de Santander, Bolívar, Cauca, a las que se suma el distrito de Santa Marta. Si bien los resultados en los 2 años anteriores muestran un aumento de muertes por causas indirectas como el COVID-19, durante este mismo periodo se evidencia un aumento de razones específicas de mortalidad por trastornos hipertensivos, sepsis obstétrica y aborto.

Por lo anterior, es necesario —tanto en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, como en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031—, desarrollar un plan específico de **aceleración para la reducción de la mortalidad materna**, que permita superar los determinantes de estas inequidades territoriales y ajustar la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030.



Objetivo

Reducir la mortalidad materna a través de la implementación de acciones estratégicas y operativas sectoriales e intersectoriales, adoptando un enfoque de género e intercultural, en las entidades territoriales priorizadas que cumplen con los criterios de focalización.

Territorios priorizados

Las acciones de este plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, aplican para todos los territorios en razón del análisis del comportamiento de la mortalidad materna en territorio. En este marco, se ha priorizado el acompañamiento de 56 municipios en 16 entidades territoriales de orden departamental o distrital que abarcan el 44% de la mortalidad materna y el 46% de las gestantes susceptibles de atender (mujeres gestantes que se estima reciben 3 o menos controles prenatales durante la gestación)².

Durante el desarrollo del plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna, se priorizarán los territorios que presenten una variación negativa en la situación de la salud materna.³

Líneas de acción del plan

El Plan de acción propone que se intensifiquen las intervenciones claves de eficacia comprobada para reducir la morbilidad y mortalidad materna, en seis líneas estratégicas:

1. Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar.
2. Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud reproductiva y la salud materno-perinatal con perspectiva intercultural y de género.
3. Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.
4. Cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones.
5. Estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal.
6. Fortalecer la gobernanza y hacer el seguimiento a la implementación del Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna.

² Estos territorios corresponden a: i) Bogotá; ii) Valle del Cauca (Tuluá); iii) Cali; iv) Buenaventura; v) La Guajira (Riohacha; Barrancas; Dibulla; Fonseca; Maicao; Manaure; San Juan Del Cesar; Uribia; Villanueva); vi) Antioquia (Medellín; Apartadó; Bello; Cauca; Chigorodó; El Bagre; Itagüí; Necoclí; Nechí; Turbo); vii) Norte de Santander (Cúcuta; El Tarra; Ocaña; Tibú; Villa Del Rosario); viii) Bolívar (Magangué; Mompós); ix) Cartagena; x) Magdalena (Aracataca; Ciénaga; El Banco; Fundación; Zona Bananera); xi) Santa Marta; xii) Atlántico (Soledad); xiii) Barranquilla; xiv) Chocó (Quibdó; Alto Baudó; El Litoral Del San Juan; Istmina; Riosucio); xv) Cauca (Popayán; Caldon; Páez; Santander De Quilichao; Silvia; Toribio); xvi) Nariño (Pasto; Barbacoas; El Charco; Ipiales; Olaya Herrera; San Andrés De Tumaco). En semana epidemiológica 39, se incluyeron los departamentos de Boyacá, Cesar y Córdoba; en consideración de razón de mortalidad materna y número de casos presentados.

³ Se priorizan a partir del 14 de agosto de 2022, los departamentos de Boyacá, Córdoba y Cesar.



Objetivos de choque e instrumentos de las líneas de acción

1. **Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar.**
 - a. Aumentar, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la disponibilidad y suministro de métodos modernos de anticoncepción (de larga y corta duración, incluida la anticoncepción de emergencia) de forma que se garantice la anticoncepción post evento obstétrico antes del alta hospitalaria, así como en los programas regulares de salud sexual y reproductiva⁴.
 - b. Adelantar acciones para estimar las cantidades necesarias y proveer el suministro suficiente, de forma que se cubra la necesidad de anticonceptivos de larga duración para garantizar la anticoncepción post-evento obstétrico para población migrante no regularizada.
 - c. Todas las IPS deben contar con un protocolo de verificación del método elegido, asesoría y provisión en el marco de los derechos (incluida la esterilización quirúrgica posparto vaginal).
 - d. En el caso de mujeres con mayor riesgo, la EAPB deberá hacer inducción a la demanda y seguimiento para garantizar la asesoría y entrega de método anticonceptivo.
 - e. Asegurar el acceso sin barreras a la IVE.
 - f. Garantizar la aplicación del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, particularmente en niñas y adolescentes
2. **Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud reproductiva y la salud materno-perinatal con perspectiva intercultural.**
 - a. Instalación y desarrollo de mesas territoriales de diálogo de saberes.
3. **Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de atención en Salud Materno Perinatal.**
 - a. Conformación de equipos extramurales multidisciplinarios entrenados (incluidos los insumos o equipos necesarios) para el despliegue de las intervenciones individuales y colectivas de las Ruta Integral de Promoción y mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención materno -perinatal en las áreas rurales dispersas, de acuerdo con el lineamiento u orientación nacional en definida.

⁴ Ver anexo 3. Estimación de métodos anticonceptivos modernos en cada IPS por DTS (estimación para todas las DTS). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-estimacion-metodos-anticonceptivos-ips-dts-2022.zip>



- b. Vigilar y verificar la incorporación de las intervenciones en los acuerdos de voluntades y notas técnicas de los contratos entre EAPB e IPS y hacer seguimiento a la cohorte de gestantes – Anexo 1.
 - c. Fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con salud materna. Seguimiento a la morbilidad materna extrema – Anexo 2.
 - d. Las Direcciones Territoriales de Salud deben verificar la red de prestación de servicios con las EAPB.
 - e. Verificar y gestionar la disponibilidad de hogares de paso o albergues en territorios priorizados.
- 4. Cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones⁵.**
- a. Las DTS definirán las IPS destino (una o varias) de toda mujer que se identifique con preeclampsia severa, sepsis severa o con hemorragia posparto; así como los recién nacidos con complicaciones, independiente de la IPS primaria.
 - b. Las DTS en conjunto con las IPS, fortalecerán capacidades en el talento humano en salud
 - c. Las DTS verificarán las capacidades de la red para garantizar las intervenciones definidas para la atención materno perinatal
- 5. Estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal.**
- a. Despliegue territorial de estrategias de comunicación apropiadas al medio desde una perspectiva intercultural (incluye información relacionada con el cuidado materno y neonatal, mecanismos de exigibilidad de atención de la RIAMP, el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la atención a mujeres víctimas de violencia sexual).
- 6. Fortalecer la gobernanza y hacer seguimiento a implementación del Plan.**
- a. Formalización desde la Gobernación o de la Alcaldía del Plan territorial para reducir la mortalidad materna.
 - b. Socialización de resultados del proceso de implementación de RPMS y RIAMP desde MSPS y proceso de auditoría desde la Super Intendencia Nacional de Salud.
 - c. Seguimiento a la implementación del Plan de aceleración para reducir la mortalidad materna.

⁵ Ver Anexo 4. Lineamientos técnicos y operativos para la implementación de la estrategia Hospital Padrino.



El seguimiento y evaluación del plan de implementación para la reducción de la mortalidad materna, se realizará a través de tres mecanismos:

1. **Reporte semanal del cuadro de mando.** Responsable del reporte las Direcciones Territoriales de Salud; incluye el seguimiento al plan territorial y las acciones trazadoras de cada línea, este reporte debe realizarse los martes, a través del siguiente Link: <https://form.jotform.com/222545284628057>
2. **Seguimiento a la cohorte de gestantes.** Responsable del cargue de información la Empresa Promotora de Salud – EPS, a partir de la información de la red de prestación de servicios de salud. Este reporte realiza el seguimiento a: i) las atenciones entregadas a cada gestante en la etapa prenatal, parto y puerperio y ii) los casos de morbilidad materna extrema. Entre tanto se habilita el anexo técnico en la plataforma PISIS, las EPS deben cargar la información en el siguiente Link: <https://form.jotform.com/222610655105648>
3. **Unidades de seguimiento al plan.** El Ministerio de Salud y Protección Social, con el liderazgo de las Direcciones de Promoción y Prevención y Epidemiología y Demografía, realizará un espacio técnico de seguimiento a la situación de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y a la gestión realizada por parte de las Direcciones Territoriales de Salud y las EPS.



ANEXOS

Anexo 1. Seguimiento nominal a la cohorte de gestantes

1. Consideraciones generales

De conformidad con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, las EPS tienen como responsabilidad establecer y seguir las cohortes de su población a cargo, para este caso, la cohorte de gestantes.

Esta guía tiene como propósito definir las variables mínimas para el seguimiento a las atenciones de cuidado prenatal, las cuales deben ser monitoreadas y orientar la gestión ante alertas por incumplimiento.

El seguimiento a la cohorte de gestante se define como un mecanismo para el seguimiento nominal de todas las gestantes, mediante el cual se realiza el registro y seguimiento de las atenciones de cuidado prenatal, la atención del parto y el puerperio. Se constituye en una herramienta de gestión que debe ser alimentada por diferentes fuentes de información primaria y secundaria, con el objetivo de contar con información oportuna para la acción inmediata por parte de los integrantes del SGSSS en el marco de sus competencias.

Las Empresas Promotoras de Salud son las responsables de la base nominal de las gestantes a su cargo y por lo tanto deben garantizar los mecanismos para la captura de la información y el reporte del consolidado a las entidades territoriales de salud del orden departamental y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Las gestantes que en el momento de captación se encuentren sin afiliación, es responsabilidad de la Entidad Territorial o de la IPS cumplir con lo establecido en el artículo 4 del Decreto 064 de 2020, entre tanto queda afiliada al SGSSS, la entidad territorial es la responsable del seguimiento a la atención. Para el caso de las gestantes migrantes el seguimiento debe realizarse a través de las submesas territoriales de salud sexual y reproductiva, en el marco del cluster de salud.

El seguimiento de la cohorte se realizará hasta las seis semanas posparto para garantizar las intervenciones incluidas en la Ruta Integral en Salud Materno - Perinatal, en el caso de las mujeres que han presentado una Morbilidad materna extrema, el seguimiento se realizará hasta seis meses después de la terminación del embarazo⁶.

En la tabla 1. Se presenta el conjunto de variables mínimas que debe incluir el seguimiento a cada gestante, estas variables corresponden a las ya definidas en las fuentes oficiales como: Resolución 866 de 2021, Resolución 202 de 2021, Resolución 2175 de 2015 y RIPS.

⁶ Ver anexo 3 adjunto. Seguimiento de morbilidad materna extrema.



Para la captación de las gestantes en otras fuentes de información, se recomienda fortalecer alianzas y mecanismos de reporte con: laboratorios clínicos que reporten pruebas de embarazo u otras pruebas relacionadas con la gestación, ii) Programas de protección especial (ICBF; Departamento de Prosperidad Social - DPS), iii) Redes sociales y comunitarias (Gestores comunitarios, agentes de la medicina tradicional, líderes comunitarios o parteras), entre otros.

2. Variables mínimas y estructura del seguimiento a cohortes de gestantes

El conjunto de variables mínimas que debe incluir el seguimiento a cada gestante corresponde a las ya definidas en las fuentes oficiales como: Resolución 202 de 2021, Resolución 2175 de 2015, RIPS e Historia Clínica - Resolución 866 de 2021.

Para la captación de las gestantes en otras fuentes de información, se recomienda fortalecer alianzas y mecanismos de reporte con: laboratorios clínicos que reporten pruebas de embarazo u otras pruebas relacionadas con la gestación, ii) Programas de protección especial (ICBF; Departamento de Prosperidad Social - DPS), iii) Redes sociales y comunitarias (Gestores comunitarios, agentes de la medicina tradicional, líderes comunitarios o parteras), entre otros.

Para el reporte de la información el Ministerio de Salud habilitará el anexo técnico en la plataforma PISIS, los responsables de esta información son las Empresas Promotoras de Salud – EPS y en los casos de población no aseguradas

REPORTE DE INFORMACION DE LAS ATENCIONES EN SALUD A LAS GESTANTES, ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO

Las entidades obligadas a reportar definidas en el presente anexo deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los archivos planos con la información de las atenciones en salud prestadas a las gestantes, durante la etapa prenatal, la atención del parto y del puerperio. Para este anexo técnico se definen cuatro capítulos:

- 1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS.**
- 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS.**
- 3. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS.**
- 4. PERIODO DE REPORTE Y PLAZO.**

Estructura y especificación del nombre del archivo.

El nombre de los archivos con la información de las atenciones en salud prestadas a las gestantes, durante la etapa prenatal, la atención del parto y del puerperio debe ser enviada por la Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo, subsidiado y de excepción, responsables de las intervenciones individuales para la atención en salud de las gestantes hasta el puerperio, que debe cumplir con el siguiente estándar:



Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	SGD	Identificador del módulo de información: reportes de información de control referente a atenciones en servicios de salud.	3	SI
Tipo de fuente	126	Fuente de la información - Empresas Promotoras de Salud	3	SI
Tema de información	GEST	Información con la identificación de las gestantes y las atenciones que reciben en la etapa prenatal, atención del parto y del puerperio	4	SI
Fecha de corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada. No debe utilizar ningún tipo de separador. Ejemplo fecha válida: 20200913	8	SI
Tipo de Identificación de la entidad reportadora	ZZ	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información Si corresponde a una Dirección Territorial del orden Departamental: se debe especificar DE Si corresponde a una Dirección Territorial del orden Distrital: se debe especificar DI Para las EPS se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT .	2	SI
Número de Identificación de la entidad reportadora	000999999999	Número de identificación de la entidad que envía los archivos, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior:	12	SI



*El registro Tipo 2 – Registro de detalle identificación de las gestantes es obligatorio siempre que se requiera reportar por primera vez una gestante o en los casos que se requiera actualizar alguna variable, en esta última situación siempre se tomará el último dato reportado.

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por pipe line (|).

b.1 Registro Tipo 1 – Registro de control

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	SI
1	Tipo de Identificación de la entidad reportadora	2	A	NI corresponde a NIT	SI
2	Número de identificación de la entidad reportadora	12	N	Número de identificación de la entidad que envía los archivos, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior: Número de NIT	SI
3	Código de la entidad reportadora - EPS	6	A	Código asignado al administrador del plan de beneficios en el SGSSS.	SI
4	Fecha inicial del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.	SI
5	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder final del periodo de información reportada y debe corresponder a la fecha de corte del nombre del archivo.	SI
6	Total registros de detalle	10	N	Corresponde al total de registros de detalle.	SI

b.2 Registro Tipo 2 – Registro de detalle identificación de las gestantes

Mediante el registro de detalle tipo 2, las EPS reportan la información correspondiente a la identificación de las gestantes y variables de caracterización, este reporte debe ser realizado una vez la gestante ingrese a la cohorte y actualizado cuando se requiera. Los registros se identifican de manera única mediante los campos 6: Tipo de identificación de la usuaria y 7: Número de identificación de la usuaria; por lo cual estos campos no deben repetirse dentro del archivo.



NOTA: Cada vez que ingrese una gestante a la cohorte debe ser reportada a través de este registro. Se debe tener en cuenta que a este registro se asociaran las atenciones reportadas en los registros de detalle tipo 3 y 4. Cuando exista una actualización en los datos de identificación se debe realizar el reporte y se actualizará con el último dato reportado.

No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle.	SI
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros detalle dentro del archivo. Continúa en el siguiente consecutivo en que terminó el consecutivo del anterior registro de detalle y va incrementando de 1 en 1 hasta el final del archivo.	SI
2	País de la nacionalidad	3	N	Código a tres caracteres según estándar ISO 3166-1. Informar dato según campo "código" de la tabla de referencia: "País", en web.sispro.gov.co .	SI
3	Municipio de residencia habitual	5	N	Código del municipio según División Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Informar dato según tabla de referencia: Informar dato según tabla de referencia: "Municipio" en web.sispro.gov.co	SI
4	Zona territorial de residencia	1	A	U: Urbana R: Rural Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Zona	SI
5	Código de habilitación IPS primaria de la gestante	12	N	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" o el código asignado por el Ministerio para los casos de excepción, publicados en el portal del SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=IPSCodHabilitacion	SI
6	Tipo de identificación de la usuaria	2	A	Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=SGDTipoID	SI



No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
7	Número de identificación de la usuaria	17	A	Número del documento de identificación, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior	SI
8	Primer apellido de la usuaria	60	A	Corresponde al primer apellido de la usuaria	SI
9	Segundo apellido de la usuaria	60	A	Corresponde al segundo apellido de la usuaria. Si la usuaria no tiene segundo apellido dejar en blanco.	NO
10	Primer nombre de la usuaria	60	A	Corresponde al primer nombre de la usuaria	SI
11	Segundo nombre de la usuaria	60	A	Corresponde al segundo nombre de la usuaria. Si la usuaria no tiene segundo nombre dejar en blanco.	NO
12	Fecha de nacimiento	10	F	AAAA-MM-DD – Ejemplo fecha válida 2020-09-13	SI
13	Código pertenencia étnica	1	N	1: Indígena 2: ROM (Gitanos) 3: Raizal (San Andrés y Providencia) 4: Palenquero de San Basilio de Palenque 5: Negro(a) Mulato(a) Afrocolombiano(a) o Afro descendiente 6: Ninguna de las anteriores 7: Otro Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=GrupoEtnico	SI
14	Código de ocupación	4	N	Corresponde a la información de la ocupación, trabajo o tareas realizadas por la usuaria. Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=SGDCIUO NOTA: Para el caso de las gestantes desempleadas o amas de casa o con dedicación al hogar utilizar el código 9998 que hace parte de la tabla de referencia.	SI
15	Código de nivel educativo de la gestante	2	N	Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=SGDNivelEducativo	SI
16	Fecha probable de parto	10	F	AAAA-MM-DD (Ejemplo fecha válida 2023-01-31)	SI



b.3 Registro Tipo 3 – Registro de detalle de las atenciones en salud en la etapa prenatal, parto y puerperio.

Mediante el registro de detalle tipo 3, las EPS reportan la información de las atenciones prestadas a las gestantes, atención del parto y puerperio, para la fecha de corte presentada en el registro de control. Los registros se identifican de manera única mediante los campos: **2:** Tipo de identificación de la usuaria; **3:** Número de identificación de la usuaria; **4:** Fecha de la tecnología en salud y **5:** Código CUPS de la tecnología en salud, por lo cual estos campos no deben repetirse dentro del archivo.

No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle.	SI
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros detalle dentro del archivo. Continúa en el siguiente consecutivo en que terminó el consecutivo del anterior registro de detalle y va incrementando de 1 en 1 hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de identificación de la usuaria	2	A	Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Cod e=SGDTipoID	SI
3	Número de identificación de la usuaria	17	A	Número del documento de identificación, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior	SI
4	Fecha de la tecnología en salud	10	F	AAAA-MM-DD – Ejemplo fecha válida 2020-09-13	SI
5	Código CUPS de la tecnología en salud	6	N	Código de la consulta definido en el Sistema, según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS. https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Cod e=CUPS Nota: Los CUPS corresponden a los definidos en el Anexo 2 “Lista Tabular”; se debe informar el dato según campo “código” de la tabla de referencia. Los CUPS reportados deben corresponder con los relacionados en el campo “descripción” en los capítulos 01 hasta el 24”.	SI



No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
6	Finalidad de la tecnología en salud (Consultas o procedimientos)	2	N	Informar dato según tabla de referencia que indique finalidad para consultas y procedimientos de acuerdo con lo establecido para RIPS https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RIPSFinalidadConsulta https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RIPSFinalidadProcedimiento	SI
7	Clasificación del riesgo gestacional	2	N	4 -Alto riesgo 5 -Bajo riesgo 21 - Riesgo no evaluado Informar dato según tabla de referencia: SGD045621	SI
8	Clasificación del riesgo de preeclampsia	2	N	4 -Alto riesgo 5 -Bajo riesgo 21 - Riesgo no evaluado Informar dato según tabla de referencia: SGD045621	SI
9	Suministro de ácido acetilsalicílico - ASA	2	N	0 -No aplica 1 -Sí se suministra 21 - Registro no evaluado Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=SGDSumComplementos	SI
10	Suministro de ácido fólico en el control prenatal	2	N	0 -No aplica 1 -Sí se suministra 21 - Registro no evaluado Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=SGDSumComplementos	SI



No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
11	Suministro de sulfato ferroso en el control prenatal	2	N	0 -No aplica 1 -Sí se suministra 21 - Registro no evaluado Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Codel=SGDSumComplementos	SI
12	Suministro de calcio en el control prenatal	2	N	0 -No aplica 1 -Sí se suministra 21 - Registro no evaluado Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Codel=SGDSumComplementos	SI
13	Fecha suministro de anticonceptivo post evento obstétrico	10	F	AAAA-MM-DD – Ejemplo fecha válida 2020-09-13 *Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
14	Suministro de método anticonceptivo post evento obstétrico	2	N	0 -No aplica 1 -Dispositivo intrauterino 2 -Dispositivo intrauterino y preservativo 3 -Implante subdérmico 4 -Implante subdérmico y preservativo 5 -Oral 6 -Oral y preservativo 7 -Inyectable mensual 8 -Inyectable mensual y preservativo 9 -Inyectable trimestral 10 -Inyectable trimestral y preservativo 13 -Esterilización 14 -Esterilización y preservativo 15 -Preservativo Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Codel=SGDMetAnt	SI



No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
15	Fecha de salida de atención parto o cesárea	10	F	AAAA-MM-DD – Ejemplo fecha válida 2020-09-13 *Si no aplica registrar 1845-01-01	SI

b.4 Registro Tipo 4 – Registro de detalle seguimiento y atención en salud a casos

Mediante el registro de detalle tipo 4, las EPS reportan la información de la gestión y la atención en salud de las gestantes de alto riesgo, morbilidad materna extrema y casos especiales, para la fecha de corte presentada en el registro de control. Los registros se identifican de manera única mediante los campos 2: Tipo de identificación de la usuaria; 3: Número de identificación de la usuaria; 4: Tipo de caso y 5: Fecha de seguimiento, por lo cual estos campos no deben repetirse dentro del archivo.

No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle.	SI
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros detalle dentro del archivo. Continúa en el siguiente consecutivo en que terminó el consecutivo del anterior registro de detalle y va incrementando de 1 en 1 hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de identificación de la usuaria	2	A	Informar dato según tabla de referencia: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=SGDTipolD	SI
3	Número de identificación de la usuaria	17	A	Número del documento de identificación, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior	SI
4	Tipo de caso	2	N	Se debe registrar la característica principal que motiva el seguimiento 1: Mayor de 35 años 2: Alteraciones nutricionales	SI



No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				3: Consulta a servicios de urgencias 4: Hospitalización 5: Laboratorios alterados 6: Antecedente de preeclampsia 7: Riesgo de preeclampsia 8: Menos de cuatro controles prenatales mediando la semana gestacional 30 9: Morbilidad Materna Extrema 10: Riesgo de tromboembolismo 11: Diagnóstico de enfermedad del colágeno 12: Diagnóstico de algún tipo de cáncer Informar dato según tabla de referencia: SegMaternaTipoCaso	
5	Fecha de seguimiento	10	F	AAAA-MM-DD – Ejemplo fecha válida 2020-09-13	SI
6	Tipo de seguimiento	1	N	1: Contacto telefónico 2: Visita domiciliaria 3: Visita de auditor concurrente en hospitalización 4: Otro Informar dato según tabla de referencia: SegMaternaTipoSeguimiento	SI
7	Seguimiento - Asignación de cita por profesional de medicina	1	N	1: SI 2: NO	SI
8	Seguimiento - Asignación de cita por medicina especializada	1	N	1: SI 2: NO	SI
9	Seguimiento - Referencia a institución de mayor complejidad	1	N	1: SI 2: NO	SI
10	Seguimiento - Asignación de cita para procedimientos	1	N	1: SI 2: NO	SI
11	Seguimiento - Canalización a entrega	1	N	1: SI 2: NO	SI



No	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
	de resultados de laboratorio				
12	Seguimiento - Entrega de medicamentos	1	N	1: SI 2: NO	SI
13	Seguimiento - Información para el cuidado de la salud	1	N	1: SI 2: NO	SI

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- a. En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes:
A-Alfanumérico N-Numérico D-decimal F-Fecha T-Texto con caracteres especiales
- b. Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- c. Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- d. El separador de campos debe ser pipe (|) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial pipe (|).
- e. Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos pipes, por ejemplo, si entre el dato1 y el dato3, el dato2 está vacío se reportará así: dato1||dato3.
- f. Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial.
- g. Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales.
- h. Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- i. Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- j. Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto, no se les debe completar con ceros ni espacios.
- k. Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser remplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero.
- l. Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro
- m. Los archivos deben estar firmados digitalmente.



2. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Primero se registra o actualiza la entidad en el Sitio Web del SISPRO y luego se registran los usuarios de la entidad.

Registrar entidad:

<https://web.sispro.gov.co/Entidades/Cliente/VerificarEstadoRegistro>

Registrar usuarios institucionales: se pueden registrar en línea o mediante anexo técnico por PISIS.

Registro de usuarios institucionales en línea:

<https://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx>

Registro de usuarios institucionales mediante Anexo Técnico SEG500USIN por PISIS:

El procedimiento se encuentra detallado en la Guía de Usuario de Seguridad en <https://web.sispro.gov.co>

Control de calidad de los datos.

La Plataforma PISIS recibe los archivos conformados según la estructura del presente Anexo Técnico determinado en este acto administrativo y realiza el proceso de validación, así:

- Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.
- Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa.

Mesa de ayuda.

Con el propósito de brindar ayuda técnica para el reporte de los archivos, transporte de datos y demás temas relacionados, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene dispuesta una mesa de ayuda. Los datos de contacto se encuentran en el siguiente enlace:

<https://www.sispro.gov.co/ayudas/Pages/Ayudas.aspx>

Adicionalmente, se dispone de documentación para el uso de la plataforma PISIS en el siguiente enlace:

<https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Soporte/FAQ/FAQ.aspx>

Tratamiento de la información.

Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, de la Ley 1712 de 2014, del capítulo 25 del Título



2 del Libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 del 2015, y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tiene acceso.

Seguridad de la información.

Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente.

3. PERIODO DE REPORTE Y PLAZO

La periodicidad de envío de esta información al Ministerio de Salud y Protección Social es semanal, la plataforma estará habilitada todos los martes y se debe reportar la información correspondiente a las gestantes atendidas así:

Periodo de la información a reportar		Plazo para enviar el archivo
Fecha inicial	Fecha de corte	
28 de febrero de 2023	6 de marzo de 2023	14 de marzo de 2023
7 de marzo de 2023	13 de marzo de 2023	21 de marzo de 2023
14 de marzo de 2023	20 de marzo de 2023	28 de marzo de 2023
21 de marzo de 2023	27 de marzo de 2023	4 de abril de 2023
28 de marzo de 2023	3 de abril de 2023	11 de abril de 2023
4 de abril de 2023	10 de abril de 2023	18 de abril de 2023
11 de abril de 2023	17 de abril de 2023	25 de abril de 2023
Y así sucesivamente		

Anexo 2. Lineamientos para el seguimiento a la morbilidad materna extrema – MME.

Población objeto de seguimiento

La población objeto del seguimiento es la población de mujeres que tienen una morbilidad materna extrema⁷.

El seguimiento de los casos es una actividad a cargo de la EPS de la usuaria y se realizará al 100 % de las mujeres notificadas con una morbilidad materna extrema.

Inicio de seguimiento en la estancia hospitalaria

⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como “una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”.



El seguimiento debe iniciarse a partir del reporte diario que el Instituto Nacional de Salud hace a cada EPS. Debe realizarse contacto inmediato con la mujer y su familia de manera presencial, ello incluye los equipos de auditoría concurrente, y con la IPS que atiende el caso. Se debe verificar que la mujer se encuentre en la institución que podría atender las potenciales complicaciones, es decir, en el mayor nivel de complejidad disponible en el territorio. Así mismo, las acciones en esta etapa deben estar encaminadas a minimizar los tiempos de referencia, a realizar de manera oportuna los procedimientos diagnósticos y terapéuticos intrahospitalarios que aseguren la continuidad y la eficacia de la atención.

Continuación del seguimiento postegreso

El seguimiento debe realizarse de acuerdo con el algoritmo establecido en el protocolo de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema - Código 549.

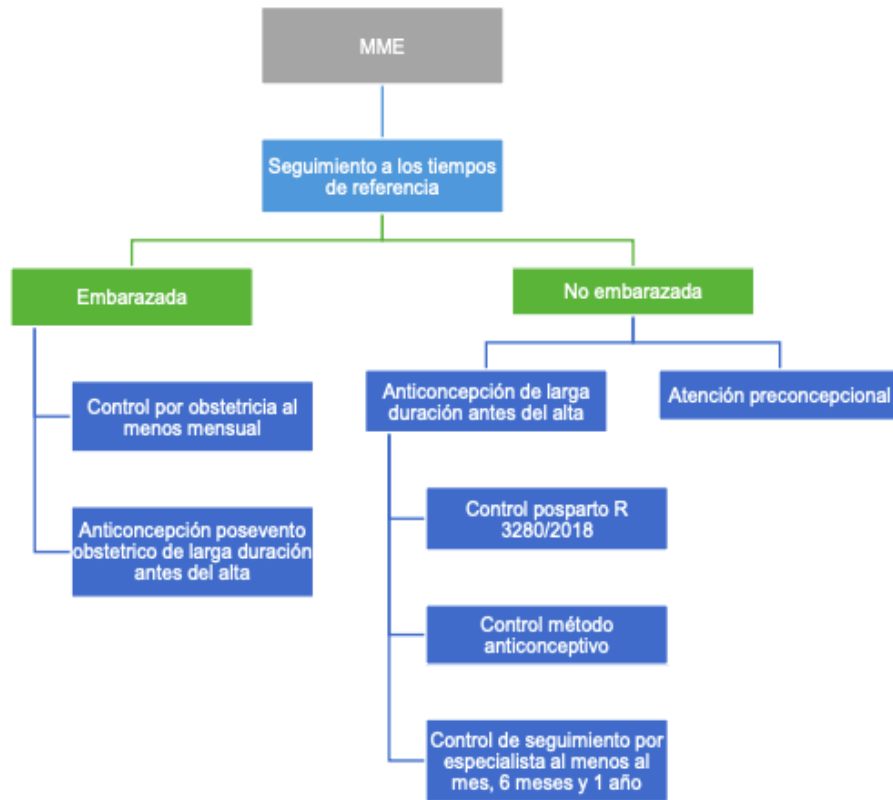
El seguimiento deberá estar enfocado en el logro de cada una de las atenciones establecidas y las que sean necesarias para tratar la complicación que llevo a cabo la MME o sus potenciales secuelas, ello incluye la realización de procedimientos diagnósticos, entrega de medicamentos y generación de consultas que sean necesarias

Para el seguimiento posterior al egreso hospitalario se debe evaluar el progreso del puerperio, la adherencia al tratamiento médico y a las recomendaciones hechas en el alta, con especial énfasis en la detección de signos de alarma, incluida la valoración del entorno social y familiar para, de esta forma, evitar reingresos hospitalarios. Se debe ofrecer una atención integral con base en estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y recuperación, fundamentada en la atención en salud sexual y reproductiva con calidad y continuidad.

El seguimiento posterior al egreso hospitalario se realizará en los siguientes momentos:

- Entre las 48 – 72 horas después del egreso.
- A los 7 días de egreso,
- A los 14 días de egreso
- A los 21 días de egreso
- A los 28 días de egreso

Figura 1. Espectro de la morbilidad: desde gestaciones sin complicación a muertes maternas



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

VARIABLES DE SEGUIMIENTO A LOS CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Tipo de documento
Número de documento
Código de Institución que realiza la notificación inicial del caso
Tiempo de remisión en horas (en blanco si no aplica)
Fecha de egreso
Gestión realizada en el caso durante su hospitalización
FECHA DE SEGUIMIENTO 1 (POST EGRESO) DD/MM/YY
Tipo de seguimiento 1. Telefónico 2. Domiciliario 3. Otro
¿La usuaria sigue en gestación?
Fecha de realización control de cuidado prenatal o posparto con especialista DD/MM/YY



Método anticonceptivo elegido y provisto
Fecha de realización de consulta del recién nacido DD/MM/YY
Entrega de medicamentos y realización de laboratorios en casa (detalle)
Gestión realizada posegreso
FECHA DE SEGUIMIENTO 2 (7 DÍAS) DD/MM/YY
¿La usuaria sigue en gestación?
Fecha de realización control de cuidado prenatal o posparto con especialista DD/MM/YY
Fecha de realización de consulta del recién nacido en caso de ser necesaria DD/MM/YY
Entrega de medicamentos y realización de laboratorios en casa (detalle)
Gestión realizada durante la primera semana
FECHA DE SEGUIMIENTO 2 (14 DÍAS) DD/MM/YY
Tipo de seguimiento 1. Telefónico 2. Domiciliario 3. Otro
¿La usuaria sigue en gestación?
Fecha de realización control de cuidado prenatal o posparto con especialista DD/MM/YY
Fecha de realización de consulta del recién nacido en caso de ser necesaria DD/MM/YY
Entrega de medicamentos y realización de laboratorios en casa (detalle)
Gestión realizada durante la segunda semana
FECHA DE SEGUIMIENTO 2 (21 DÍAS) DD/MM/YY
Tipo de seguimiento 1. Telefónico 2. Domiciliario 3. Otro
¿La usuaria sigue en gestación?
Fecha de realización control de cuidado prenatal o posparto con especialista DD/MM/YY
Fecha de realización de consulta del recién nacido en caso de ser necesaria DD/MM/YY
Entrega de medicamentos y realización de laboratorios en casa
Gestión realizada durante la tercera semana
FECHA DE SEGUIMIENTO 2 (28 DÍAS) DD/MM/YY
Tipo de seguimiento 1. Telefónico 2. Domiciliario 3. Otro
¿La usuaria sigue en gestación?
Fecha de realización control de cuidado prenatal o posparto con especialista DD/MM/YY
Fecha de realización de consulta del recién nacido en caso de ser necesaria DD/MM/YY
Entrega de medicamentos y realización de laboratorios en casa



Fecha de realización de la Consulta de apoyo para la lactancia materna DD/MM/YY
Fecha de Realización del primer control del método anticonceptivo DD/MM/YY
Gestión realizada durante la cuarta semana

Reporte del seguimiento

El reporte de la información se realizará de acuerdo con lo definido en el anexo técnico **SGD126GEST**, entre tanto se estabiliza el reporte, se realizará durante tres semanas de manera simultánea el reporte del anexo técnico y el reporte a través del Link <https://form.jotform.com/222610655105648> (agregado a la cohorte de gestante)

Anexo 3. Lineamientos técnicos y operativos para la implementación de la estrategia Hospital Padrino.

Introducción

Para el año 2022, a semana 38 la razón de mortalidad materna es de 41.6 muertes por 100.000 nacidos vivos, De que este resultado es menor que las cifras encontradas para la mortalidad materna antes de la pandemia por COVID 19, y que esa disminución representa un progreso. Este resultado se considera insuficiente, en el contexto de un país en renta media como Colombia.

Cuando se compara el nivel de la mortalidad materna de los países de la OCDE, Colombia es -de lejos- el país con mayor mortalidad estimada. Bajo esta misma estimación de mortalidad, al compararnos con los países de la región de las américas, Colombia se encuentra lejos de sus pares y muestra una disminución de solo un 11.7% de reducción desde el 2000.

Si bien, se ha tenido una reducción en el último año, la tendencia indica que no se cumplirá la meta esperada para el ODS (32 muertes x 100mil nv). A semana 38 en Colombia ha ocurrido 184 muertes maternas, de ellas el 86% estaba afiliada a alguna EPS

Derivado de los análisis de las muertes maternas en los procesos operativos de la vigilancia, se ha encontrado que el 88% de los hallazgos tienen que ver con las obligaciones en el marco del aseguramiento y la oferta de atenciones esenciales en el marco de las Rutas integrales de atención.

A fin de enfrentar la situación epidemiológica de la salud materna, el Ministerio de Salud viene implementando un plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna que contiene como una de sus líneas el mejoramiento de las competencias institucionales de la red de prestación de servicios con relación a la identificación e intervención de los casos de morbilidad materna extrema.

Hospital Padrino, es una estrategia en la articulación y fortalecimiento de capacidades de la red de prestación de servicios de salud que desarrolla de manera integrada acciones de entrenamiento bajo escenarios de simulación, asistencia técnica permanente, telesalud, telemedicina, regulación de urgencias y atención efectiva de casos de morbilidad materna extrema.



Población sujeto de la estrategia

La población sujeto de la estrategia se ha definido de manera inicial en 11 territorios:

Distrito de Bogotá
Valle del Cauca, y los distritos de Cali y Buenaventura
La Guajira y el Distrito de Riohacha
Antioquia
Norte de Santander
Bolívar, y el distrito de Cartagena
Magdalena, y el distrito de Santa Marta
Atlántico y el distrito de Barranquilla
Chocó
Cauca
Nariño

La definición de los criterios de la población particular que atenderá la estrategia se enmarca en la definición de caso que tiene el país de la Morbilidad materna extrema.

Actores institucionales que participan

Se definen para la ejecución del proyecto, 3 tipologías de IPS:
Nodos primarios
Nodos u hospitales Padrinos
Instituciones Asesores nacionales de la estrategia: Superpadrinos

Los nodos primarios corresponden a la totalidad de IPS con atención de gestantes en su fase de trabajo de parto o parto por territorio.

Los nodos u hospitales padrino, corresponden a IPS definidas por el territorio con 2 tipos de criterios:

Criterios de accesibilidad y equidistancia para los municipios del territorio.

Criterios de capacidades técnicas como Disponibilidad de Obstetricia de alta complejidad, Cirugía Obstétrica, Unidad de cuidado Adultos, Unidad de cuidado Intensivo neonatal y telemedicina.

En este sentido, se reconocen un modo ideal de implementación y unas posibilidades alternas para la implementación en los territorios priorizados como lo muestra el cuadro 1

	ASISTENCIA TÉCNICA	TELEEXPERTICIA	TELEAPOYO	REGULACIÓN Y REMISIÓN DE URGENCIAS
--	-------------------------------	-----------------------	------------------	---



Escenario 1	X	X	X	X
Escenario 2 Sin de habilitación de Telemedicina	X		X	X
Escenario 3 Sin red capacitada en el territorio	X	X		X Fuera del territorio

En el escenario 1, el territorio (Departamento + Distrito) cuenta con al menos una Institución que llena los criterios de capacidad técnica y con el servicio de telemedicina habilitado. En ese caso se pueden adelantar todos los componentes de la estrategia. El escenario 2 presenta todas los servicios habilitados, pero no se cuenta con la modalidad de Telemedicina, lo cual deberá implica que se inicie un proceso de habilitación formal de la modalidad. En el escenario 3, no existe en el territorio una IPS con los servicios que garanticen la respuesta. En este caso se deberá buscar una IPS que pueda aplicar la totalidad de la estrategia fuera de la geografía del territorio pero que pueda recibir los casos de acuerdo a criterios de distancia entre lo municipios del Territorio y la IPS seleccionada.

Roles en la estrategia

Rol de la entidad territorial

En el marco de la estrategia la entidad territorial, en el marco de su competencia deberá:
Definir la IPS que haga el rol de padrino, en el territorio, así como la asignación de las IPS apadrinadas que estarían en la estrategia.

Levantar un estimado de los recursos técnicos (Kits de emergencia obstétrica, Unidades transfusionales, elementos de comunicación, etc.) en las IPS padrino y apadrinadas, necesarios para la implementación de la estrategia.

Realizar acciones de Desarrollo de capacidades territoriales en el marco de la estrategia en entrenamiento para la detección de la emergencia obstétrica y complicaciones del recién nacido, basado en escenarios de simulación donde los responsables de dicho entrenamiento sean los profesionales ginecobstetras de la IPS padrina y donde se incorporen acciones de asistencia técnica posterior al entrenamiento como el teleapoyo.

Rol de las Entidades Promotoras de Salud

Garantizar el pago de las acciones de Telemedicina entre las IPS en el marco de la estrategia.

Garantizar el traslado inmediato de las mujeres y los recién nacidos cuando se haya definido la remisión urgente en el marco de la estrategia entre las IPS o desde la comunidad.

Garantizar el acceso de las mujeres que presentan alguna complicación obstétrica, al conjunto de intervenciones definidas en la Resolución 3280 de 2018 para a prevención y la atención de la emergencia obstétrica, ello incluye la disponibilidad en las IPS de los elementos, recursos e insumos necesarios.



Rol de las IPS padrinas

Brindar asistencia técnica basada en escenarios de simulación previo acuerdo de voluntades con las Entidades territoriales, EPS o alguna entidad cooperante. De acuerdo a los lineamientos nacionales y los contenidos técnicos definidos en la resolución 3280 de 2018.

Brindar asistencia técnica continua 24/7, en el marco de las modalidades de Telemedicina y/o teleapoyo. Para los casos de urgencias y emergencias obstétricas o complicaciones del recién nacido, en el marco de la estrategia. Así como seguir los lineamientos y protocolos de comunicación que se establezcan en el marco de la estrategia.

Hacer reporte de indicadores de desempeño y resultado sobre la estrategia al nivel nacional.

Recibir asistencia técnica para la implementación y seguimiento de la estrategia por parte del Ministerio o de las Instituciones asesoras (superpadrinos)

Rol de las IPS apadrinados

Garantizar la asistencia y participación del talento humano de la Institución en las actividades de entrenamiento y asistencia técnica.

Seguir los lineamientos y protocolos de comunicación que se establezcan en el marco de la estrategia.

Garantizar los recursos técnicos (Kits de emergencia obstétrica, unidades transfusionales, elementos de comunicación, etc.) necesarios para la atención de las emergencias obstétricas en el marco de sus niveles de complejidad.

Mecanismos de operación en el marco de la red de prestación de servicios de salud

Fase 1. Preparación:

En esta fase, las IPS Padrino deberán realizar la estandarización de contenidos y metodologías entre el equipo de sus Médicos obstetras con el apoyo de las Institución asesora y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se deben seleccionar en el equipo técnico quienes se encargarán de los talleres con las Instituciones apadrinadas. Este equipo estará conformado por 2 ginecobstetras. Se deberá hacer la respectiva convocatoria con anticipación.

Las IPS apadrinadas deberán prepararse con un censo de recursos disponibles: Unidades componentes hemáticos, Kits de emergencia obstétrica, Trajes antichoque, balones hemostáticos, equipos de comunicación, Material virtual o físico con las escalas e instrumentos necesarios (SOFA, Escala de alerta temprana, índice de choque, entre otros).

Fase 2. Entrenamiento:



Este taller debe hacerse con una periodicidad mínimo de 2 al año. El entrenamiento debe contener los siguientes contenidos:

Prácticas clave que salvan vidas (Detección, manejo de la emergencia obstétrica como hemorragia posparto, trastornos hipertensivos relacionados al embarazo y sepsis; Intervenciones de la Ruta integral de atención en salud materno perinatal – Resolución 3280 de 2018.

Ayudando a los bebés a respirar

Organización logística de teleexpertise y protocolo de Comunicaciones del proceso de teleexpertise y teleapoyo en el marco de la estrategia de Hospital Padrino.

Alrededor de estos aspectos se deberá hacer el establecimiento de una línea de base y un seguimiento (pretest y postest) de conocimientos respecto a los contenidos.

Fase 3. Seguimiento:

En esta fase deben coincidir acciones de entrenamiento virtual asincrónico con periodicidad mínimo mensual y de resolución de preguntas a través de medios como foros y chats. Además, inician las acciones de teleexpertise y/o teleapoyo. Las acciones de entrenamiento virtuales sincrónicas y asincrónicas deben ser organizadas por el hospital padrino con regularidad y deben incluir la retroalimentación sobre casos ocurridos en alguno de los casos en la red.

Las acciones de Teleapoyo y Teleexpertise deben funcionar de acuerdo con el documento técnico y necesidades que define la Resolución 2654 de 2019. Y deben incluir los casos de urgencia y emergencia obstétrica y neonatal que a criterio del médico tratante requieran la intervención del nivel superior de complejidad.