

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá



Cero
indiferencia
con
la mortalidad
materna
y perinatal

En ***Bogotá***
vale la pena nacer



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.

Secretaría
Salud



Bogotá *sin indiferencia*

LUIS EDUARDO GARZON
Alcaldía Mayor de Bogotá

HECTOR ZAMBRANO RODRIGUEZ
Secretario Distrital de Salud

JOSE FERNANDO MARTINEZ LOPERA
Directora de Salud Pública

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Director de Desarrollo de Servicios

HAROLD HERNÁN CÁRDENAS HERRERA
Director de Aseguramiento

OSWALDO BARRERA GUAUQUE
Director de Planeación y Sistemas

Por el Grupo Funcional de la Red Materna y Perinatal

SANDRA RODRÍGUEZ LATORRE
RICARDO ROJAS HIGUERA
HERSON LUIS LEÓN GONZALEZ
AMANDA BEJARANO ZAMBRANO



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.
Secretaría
Salud

Bogotá *sin indiferencia*

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento
siempre y cuando se conserve intacto su contenido
y se dé crédito a la Secretaría Distrital de Salud

CONTENIDO

Presentación.....	3
Antecedentes	5
Dimensión estructural	6
Dimensión simbólica	6
Marco normativo	7
Situación de la mortalidad materna y perinatal.....	8
Dimensión de la acción	13
Actividades por línea de acción	13
Caja de herramientas	15



Presentación

Dentro del plan de desarrollo distrital “BOGOTA SIN INDIFERENCIA, Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” se contempla como propósito fundamental: “enfrentar múltiples carencias: hambre de afecto, de conocimiento, de libertad, de salud, de educación, de empleo, de ingreso, de vivienda, de ambientes sanos, de solidaridad y de cultura.

El plan de desarrollo refleja un compromiso con la Declaración del Milenio suscrita por 189 países en donde se establecen 8 objetivos que constituyen un pacto entre naciones para eliminar la pobreza: Reducir la mortalidad materna e infantil y mejorar la salud materna. Una visión integral contempla un conjunto de medidas como: Inversiones en desarrollo humano, promoción de los derechos humanos, equidad y bienestar.

Para enfrentar la indiferencia en Bogotá se requiere que la solidaridad social y ciudadana se adopte como principio rector como una forma de co-responsabilidad y esfuerzo colectivo para enfrentar los principales problemas sociales. Es así como se hace necesario, implantar un verdadero estado social de derecho a partir de la valoración y compromisos sociales que avance de manera decidida hacia

la inclusión social reconociendo la necesidad de ampliar las capacidades humanas y garantizar la realización de los derechos humanos de la población, transitando hacia la inclusión creativa, libertad, desarrollo y participación en decisiones públicas.

La Secretaría Distrital de Salud, reordenará su acción en tres grandes ejes, que constituyen el programa Salud para la vida digna; estos son: “Hacia la salud para todos y todas”, “Condiciones favorables para la salud” y “Ciudadanía en salud” y para el logro de los objetivos estratégicos de disminuir barreras de acceso a los servicios de salud, promover la exigibilidad del derecho a la salud, afectar los determinantes del proceso salud enfermedad para mejorar la calidad de vida y la salud, y garantizar el desarrollo institucional, tanto en la entidad como en la red de prestadores y aseguradores de servicios de salud, con gestión de calidad.

La Secretaría Distrital de Salud como ente territorial que direcciona las políticas de salud y dirige el SGSSS en el Distrito Capital, estableció dentro de su política de Bogotá Sin Indiferencia, énfasis y prioridades para diferentes hechos sociales en salud desarrollando el modelo de atención in-

tegral con un enfoque familiar y comunitario, la universalización progresiva del acceso a los servicios de salud, desarrollar intervenciones y acciones intersectoriales, fortalecer la salud pública y desarrollar políticas de cero indiferencia en temas y hechos sociales prioritarios en salud.

Es así como la Secretaría Distrital de Salud prioriza dentro de sus metas distritales este momento del ciclo vital de la gestación y de la infancia como prioridades territoriales que se reflejan en la formulación de la Política Distrital de Infancia y Adolescencia “Quiéreme bien, Quiéreme hoy” y esta política sectorial de “Cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal”.

El desarrollo de la política Cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal se construyó sobre tres dimensiones (Gráfica 1):

Dimensión simbólica: contempla el reconocimiento del sujeto en su construcción social e histórica, teniendo en cuenta los significados que los grupos sociales generan alrededor de la maternidad, de los derechos sexuales y reproductivos a partir de diferentes perspectivas de abordaje, principios que orientan la política, invitando al ciudadano a reconocer en su vida cotidiana los vínculos que construye con las mujeres gestantes, las representaciones de vida, cuidado, afecto, participación social y las relaciones que teje en su espacio local y social como actores sociales aportando en los procesos de participación, organización, ciudadanía, democracia y cultura.

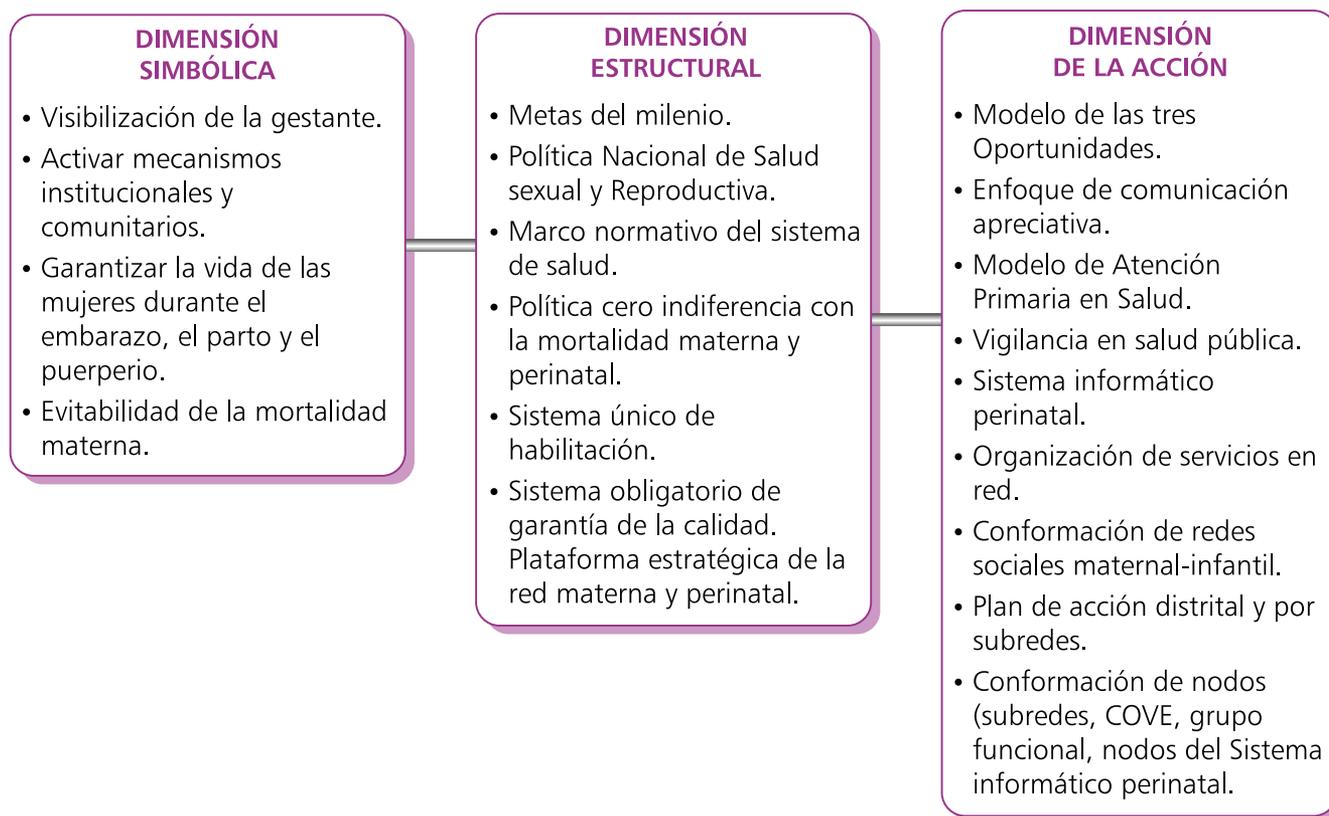
Dimensión estructural: contempla el marco situacional de lo que han sido los acuerdos, conferencias y pactos internacionales que hace un llamado a lo injusto de la mortalidad materna y perinatal y a convocar compromisos y voluntad política para la equidad y la justicia, en el marco de los derechos sexuales y

reproductivos en especial de aquellas en condiciones de mayor vulnerabilidad, así como la situación en términos de oferta y demanda y del perfil epidemiológico.

Dimensión de la acción: para el desarrollo de esta política el marco de acción será la estrategia promocional de calidad de vida y salud y sus cinco esferas:

- **Individual:** desarrollar la capacidad de las mujeres gestantes en la toma de decisiones relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos, y su facilitación para que se vea como sujeto de derechos.
- **Colectivo:** relacionado con visibilizar las inequidades, y el reconocimiento de necesidades diferentes que corresponden a respuestas diferentes y necesidades iguales a respuestas iguales.
- **Institucionalidad:** lo que lleva a generar procesos concertados y acordados para convocar diversos actores y superar causalidades y determinantes de la calidad de vida y salud de las gestantes y recién nacidos, venciendo la fragmentación.
- **Subjetividad:** nos permite reconocer los imaginarios socialmente construidos en torno a la gestación, al parto, al cuidado, al acceso, a la atención que construye la institucionalidad, los grupos sociales y las familias.
- **Sostenibilidad:** las estrategias en salud materna y perinatal requiere permanencia y seguimiento en el tiempo con la participación continua de diferentes actores, dentro de las competencias y los recursos que administra cada uno de ellos.

Gráfica 1. Dimensiones de la política



Para la implementación de la política se ha definido el Plan Cero Indiferencia con la Mortalidad Materna y Perinatal, retomando la propuesta de la Dra. Debora Mains, de las tres demoras en la mortalidad materna, convertidas en la política como las tres oportunidades (promoción de la salud de la familia gestante, acceso de la familia gestante y la calidad de los servicios para la atención a la familia gestante) y garantizar la calidad de vida de la salud de las mujeres gestan y los recién nacidos.

Cero indiferencia con la mortalidad materna es abrir caminos para construir cordones de democracia para la mujer gestante, su familia, las instituciones y la comunidad.

Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud, conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud que en 1998 celebró 50 años en defensa de la salud y el bienestar mundial, reiteró el compromiso de dar su apoyo continuo y renovado a la iniciativa de maternidad sin riesgos que 10 años atrás asumió la comunidad internacional. Se comprometió a promover con los gobiernos y la sociedad civil la reflexión sobre la diferencia y el camino a transitar entre la maternidad con riesgos hacia una maternidad saludable. Esta intención, según la OPS se debería ver traducida en **políticas públicas saludables**, que reflejaran el sentir de la colectividad y que permitieran efectivamente encarar los siguientes desafíos:

Reducir las desigualdades que en salud materna afectan a las mujeres pobres, especialmente las que viven en el área rural, en los tugurios de las grandes ciudades o han sido desplazadas por la violencia, pues en este grupo es donde se concentran los mayores riesgos.

Lograr que las niñas tengan igualdad de oportunidades en educación, nutrición y salud, para que alcancen unas condiciones de madurez física y emocional antes de ser madres.

Aumentar la información para que la mujer y su pareja puedan tomar decisiones acertadas que les faciliten el control sobre su vida reproductiva.

Dos documentos, publicados en 1985 por la OMS, produjeron controversia y debate, estos fueron una revisión llamada "Tecnología apropiada para el nacimiento" ("Appropriate technology for birth") y el libro "Teniendo un niño en Europa" ("Having a Baby in Europe"). La tesis y recomendaciones contenidas en estos trabajos tuvieron considerable apoyo y credibilidad y fueron seguidas por la publicación en 1989, del libro "Atención efectiva durante el embarazo y el nacimiento" ("Effective Care in Pregnancy and Childbirth").

Fruto de los anteriores debates la OMS promulgó una serie de recomendaciones las cuales conservan una correlación uno a uno, si se comparan con los resultados provenientes de los estudios clínicos controlados aleatorizados.

Impacto de las Recomendaciones para el parto de la OMS

La Oficina Regional Europea de la OMS recientemente desarrolló un Taller acerca de la atención perinatal en la cual se

propuso que la atención perinatal debía tener en cuenta 10 principios. Estos principios fueron ratificados en una reunión posterior de la Oficina Regional Europea y de sus estados miembros, la segunda reunión de los Puntos Focales para la Salud Reproductiva y para la Salud de las Mujeres y sus niños en la Región Europea.

Los 10 principios que la OMS instituyó en esta reunión en **relación con el cuidado del embarazo y parto normales fueron:**

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto con un conjunto mínimo de intervenciones necesarias y aplicando la menor tecnología posible.
2. Uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios clínicos controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como ser parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo como de su pareja.
8. Apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Posibilitar la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios abarcan la protección, promoción y soporte necesarios para un cuidado perinatal efectivo.

Implementación de los Principios de la OMS

Aunque los países adquieren conocimientos en forma intuitiva y algunas veces explícitamente, los Principios de la OMS sobre la Atención Perinatal, elaborados en 1998, hasta el momento no siempre son puestos en práctica. La diseminación de los conceptos y su implementación son tareas prioritarias para aquellos que desean aplicar los cuidados basados en la evidencia en todo el mundo. Los métodos usados para promover este modelo son los académicos tradicionales y el dictado de cursos, logrando habitualmente poco éxito.

Dimensión simbólica

¿Por qué cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal?

La Secretaría Distrital de Salud como ente territorial que direcciona las políticas de salud y dirige el SGSSS en el Distrito Capital, estableció dentro de su política pública, la prioridad de reducir la mortalidad materna, teniendo en cuenta que en este evento se reflejan condiciones de iniquidad, desigualdad e inaccesibilidad al sistema de salud y por consiguiente expresa el no respeto de los derechos humanos ni de los sexuales y reproductivos.

Además el gobierno distrital y la Secretaría Distrital de Salud, consideran que Bogotá no puede ser indiferente frente a la mortalidad materna, teniendo en cuenta que:

- Según la OMS por cada muerte materna se producen 135 enfermedades tales como prolapso uterino, fístulas, incontinencia o dispareunia. De otra parte no se encuentran datos en nuestro medio de cuantas afecciones como retardo mental, defectos de tubo neural y parálisis, entre otros, son ocasionados por baja calidad en el control prenatal y en la atención del parto, hecho preocupante si se tiene en cuenta la alta tasa de mortalidad neonatal y perinatal.
- Una muerte materna impacta no solo a la sociedad sino que además tiene efectos negativos sobre la estructura familiar, quedando en grave desprotección los niños y niñas.
- Las estrategias de promoción de la salud figuran entre las más eficaces, en función de los costos del sector, en particular en el primer nivel de complejidad y la atención primaria.
- Bogotá se encuentra dentro de las ciudades con mayor desarrollo tecnológico, mayor número de profesionales de la salud calificados para la atención integral de las familias gestantes, mayor infraestructura en todos los niveles de complejidad y posibilidades de ampliar cobertura de la atención institucional del parto.
- Las muertes maternas ocurren con mayor frecuencia entre la población pobre, con escasos recursos económicos y bajo nivel educativo, generándose adicionalmente repercusiones familiares y sociales, así como discapacidades inaceptables en la madre y el recién nacido. Por consiguiente, la incidencia de la muerte materna está directamente relacionada con los derechos de la mujer y de las comunidades en que viven.
- Garantizar la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, que es el ciclo mediante el cual generan la vida, es garantizar un derecho humano fundamental.
- La muerte materna es evitable. Se sabe qué intervenciones son eficaces, reducirá la mortalidad y la discapacidad maternoinfantil, contribuirá al mejoramiento de la salud y la calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y comunidades.
- La mortalidad neonatal no ha sufrido modificaciones en los últimos diez años.
- Muchas de las muertes perinatales se deben a que la madre no es cuidada de buena forma durante el embarazo y el parto se produce sin preparación previa y en condiciones precarias.

Ideas fuerza

1. Garantizar la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y del recién nacido como un derecho humano fundamen-

tal, construyendo cordones de democracia con la mujer gestante, su familia, las instituciones y la comunidad.

2. La transformación de la institucionalidad para la atención integral de las gestantes y los recién nacidos a partir del fortalecimiento del talento humano y de la infraestructura para la atención integral de la mujer gestante y su familia.
3. Visibilizar a la mujer gestante como protagonista social desarrollando mecanismos institucionales y comunitarios que aseguren la participación efectiva de las mujeres en la toma de decisiones de políticas públicas.
4. El aseguramiento que garantizara el acceso, la inclusión y la equidad en la mujer gestante, recién nacido y familia.
5. Fortalecimiento de las redes de servicio en confluencia con las redes sociales para contener transformar las prácticas en la toma de decisiones en este momento vital en el cuidado, el acceso y la atención, y en la generación de vínculos sostenidos para la salud materna y perinatal.

Dimensión estructural

Marco político

La política de CERO INDIFERENCIA CON LA MORTALIDAD MATERNA, tiene en cuenta los siguientes hechos políticos internacionales, nacionales y territoriales:

1987. *La iniciativa por una Maternidad Segura* fue formulada en la reunión de Nairobi, Kenya, convocada por OMS, FNUAP, USAID, BM, Consejo de población, adoptada por OPS en el Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas y aprobada en 1990 en la XXVI Conferencia sanitaria Panamericana. El Plan fijó la meta de reducir la mortalidad materna en un 50% de los países de las Américas.

Década de los 90. Las Naciones Unidas realizaron varias conferencias con el fin lograr acuerdos y diseñar programas que produjeran un desarrollo sostenible y socialmente equitativo en los próximos siglos: Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena. 1993; III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo CPID, El Cairo. 1994; Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 1995 y IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995. En 1997 se formuló una Agenda para la Acción en materia de maternidad sin riesgo, que incluye el impulso al respeto por los derechos humanos, el cambio socioeconómico para las mujeres, el retraso del matrimonio y del primer nacimiento y el mejoramiento de las intervenciones en el sector salud.

La iniciativa mundial para una Maternidad sin Riesgo, que la OPS lanzó en 1990 como Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, tenía como objetivo principal reducir las tasa de mortalidad materna en un 50% o más para el año 2000. Sin embargo el alcance del plan fue demasiado amplio y por consiguiente demasiado difícil de realizar en los países. Además las estrategias se enfocaron únicamente en el control prenatal y no se tuvieron en cuenta aquellas relacionadas con el acceso y/o calidad en la atención¹.

2000, En la declaración de la sesión plenaria del 13 de septiembre la Organización de Naciones Unidas, planteó como uno de los objetivos del milenio *"Haber reducido, para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes, respecto de sus tasas actuales"*.

En septiembre de 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, aprobó unánimemente el documento CSP26/14 Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad maternas. Al firmar y adoptar las resoluciones propuestas, los países miembros se compro-

metieron a priorizar la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y a avanzar conjuntamente en el logro de las metas del milenio¹.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2002 a 2006, de acuerdo con lo planteado en la Conferencia Mundial Sobre la Mujer de 1995, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y la constitución nacional, ha establecido como meta el reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable, mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal¹.

El plan de desarrollo Distrital de Bogotá Sin Indiferencia, ha puesto mayor atención a la protección a los derechos humanos, a la reducción de las inequidades en salud y a la participación social, marco dentro del cual ha establecida para el sector salud como prioridad la meta de Reducir la Mortalidad Materna a 55 por 100.000 nacidos vivos o menos, teniendo como línea de base que para el año 2003 la mortalidad materna fue de 65 por 100.000 nacidos vivos.

Marco normativo

La Política de CERO INDIFERENCIA CON LA MORTALIDAD MATERNA, tiene en cuenta como referencia para su implementación:

- El Decreto Reglamentario 3380 de 1981 que establece que el médico tiene el deber de poner sus conocimientos y habilidades en procura del bienestar del paciente, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad, así como el deber de informar al paciente su diagnóstico y los tratamientos disponibles para que le sean aplicados con su previo consentimiento.
- La ley 10 de 1990 establece la organización de los servicios de salud que se prestan en los municipios; niveles y grados de complejidad para las instituciones prestadoras de servicios de salud; la organización y establecimiento de modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud; el establecimiento de un sistema de normas de calidad de los servicios de salud y mecanismos para su control y vigilancia; la regulación de procedimientos para autorizar a las entidades privadas para prestar servicios en los diferentes niveles y grados; la organización del régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes; la obligatoriedad de prestar la atención inicial de urgencia.
- La Resolución 1531 de 1992 del Ministerio de Salud, sobre derechos de salud de las mujeres, contiene los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tales como el derecho a decidir sobre aspectos que afectan su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad, a nivel individual, comunitario e institucional; el derecho a una maternidad feliz, es decir, una maternidad acompañada, deseada, libre, decidida, sin riesgos; el derecho a una atención médica humanizada, a un trato digno y respetuoso a su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad; el derecho a ser tratada y atendida por los servicios de salud como ser integral y no exclusivamente como reproductora biológica.
- Ley 100 de 1993 de la Presidencia de la República de Colombia, mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, definiendo normas y procedimientos que el Estado y la sociedad deben desarrollar, para suministrar a la población estándares de vida que contribuyan a mejorar el nivel de vida de individuos y comunidad.
- La Ley 100 busca integrar la salud al resto de la seguridad social bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, y participación. Está orientada hacia los siguientes propósitos

fundamentales : especializar las instituciones públicas, lograr la cobertura universal de servicios asistenciales, crear el régimen subsidiado, generar subsidios a la demanda, incorporar el sector privado, fomentar la competencia y la libre elección, garantizar un plan integral de salud, garantizar la prevención y la promoción, crear mecanismos de compensación y solidaridad, crear mecanismos de control de costos, reformar los hospitales y descentralizar la salud pública.

- La Resolución 3997 de 1996 el Plan de Atención Básica (PAB), que hace referencia al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública, control de factores dirigidos a la colectividad, cuyo desarrollo corresponde en forma gratuita al Estado, según lo establecido en la Resolución 4298 de 1996.
- El Decreto 2174 de 1996 a través del cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (de acuerdo a lo planteado en la Ley 100), en donde se le atribuyen como características principales a la calidad de la atención en salud: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica; y como características adicionales; idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y satisfacción del usuario por la atención recibida.
- La Resolución 3997 de 1996 acciones de promoción y prevención, reglamenta las actividades de promoción en salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresa Promotora de Salud, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado ARS e Instituciones prestadores de servicios de salud y establece los lineamientos para su evaluación y seguimiento.
- La Resolución 4298 de 1996 plan de atención básica – PAB define el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública, control de factores dirigidos a la colectividad, cuyo desarrollo corresponde en forma gratuita al Estado
- El Acuerdo 77 de 1997, define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del SGSSS, para la selección de nuevos afiliados determina los grupos de población prioritaria, dentro de los cuales figuran las mujeres en estado de embarazo y niños menores de 5 años.
- El Decreto 812 de 1996, por el cual se modifica la estructura y se establecen los objetivos y funciones de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud.
- La Ley 344 de 1996, dicta normas tendientes a la racionalización del gasto público, con el objeto de disminuir el gasto y reasignar recursos hacia sectores definidos como deficitarios, para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable.
- El Decreto 806 de 1998. El Fondo Financiero Distrital con fondos del subsidio a la oferta contrata con las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas la prestación de servicios de salud para la población participante vinculada sin capacidad de pago.
- Ley 715 de diciembre de 2001 deroga la ley 60 de 1993 y se dictan normas orgánicas en materia de recursos, competencias y disposiciones para la organización de los servicios de educación y salud.
- Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, en la que definen las guías y normas para la atención.
- Decreto 2309 de 2002 del Ministerio de Salud
- Resolución 3384 de 2002 del Ministerio de Salud Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.

Situación de la mortalidad materna y perinatal

En los últimos seis años, tanto la mortalidad materna como infantil, han venido disminuyendo tanto en número de casos, como en razones en la ciudad de Bogotá, siendo más evidente este cambio para el primer caso, ya que la razón de mortalidad infantil se ha mantenido igual en los últimos tres años del periodo analizado (Tabla 1).

De otra parte y a manera de ejemplo se pueden observar en la tabla 2 las causas de mortalidad materna ocurridas en el año 2004 en Bogotá, comparadas con el nivel nacional, ya que en general estas causas han venido siendo las mismas en años anteriores (Tabla 2).

Analizando en forma separada la mortalidad fetal, se corrobora la importancia de fortalecer la calidad de la atención al momento del parto o en los primeros minutos y horas del nacimiento, así como profundizar el conocimiento acerca de las anomalías congénitas con el fin de definir las políticas para la reducción de la mortalidad por estos eventos (Tabla 3).

Tabla 1. Mortalidad materna e infantil Bogotá D.C. 1999 - 2004

AÑOS	MORTALIDAD MATERNA		MORTALIDAD INFANTIL	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
1999	109	86.5	2458	19.5
2000	114	92.8	2267	18.5
2001	92	77.1	1997	16.7
2002	74	64.2	1743	15.1
2003	70	61.7	1709	15.1
2004	66	58.5	1710	15.1

FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales

Tabla 2. Causas de mortalidad materna Nacional y Bogotá D.C. 2004

CAUSA	TOTAL NACIONAL		BOGOTA	
	No. de casos	%	No. de casos	%
OTRAS AFECCIONES OBSTETRICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (O95-O99)	146	25.7	27	37.0
EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO (O10-O16)	167	29.3	17	23.3
COMPLICACIONES DEL TRABAJO DEL PARTO Y DEL PARTO (O60-O75)	110	19.3	9	12.3
EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO (O00-O08)	55	9.7	7	9.6
COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL PUERPERIO (O85-O92)	42	7.4	7	9.6
CAUSAS ESPECIFICADAS EN OTROS CAPITULOS (A34X,B200-B24X,C58X,D392,E230,F530-F539,M830)	23	4.0	3	4.1
ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y LA CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO (O30-O48)	18	3.2	2	2.7
OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO (O20-O29)	8	1.4	1	1.4
TOTAL	569	100	73	100.0

FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

Tabla 3. Bogotá defunciones fetales por tiempo de gestación, según grupos de causas de mortalidad 2004

CAUSA	TOTAL DE CASOS	Casos según tiempo de gestación				
		< de 22 semanas	22-27 semanas	28-37 semanas	38-42 semanas	Sin información
	77	16	20	34	4	3
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	805	241	162	332	55	15
Infecciones específicas del periodo Perinatal	7	4	1	2	-	0
Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	63	18	11	28	5	1
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	4	0	0	4	0	0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	38	10	16	9	2	1
Sífilis y otras enfermedades venéreas	2	0	0	2	0	0
Todas las demás afecciones originadas en el periodo Perinatal	424	205	34	47	91	47
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	6	0	1	5	0	0
Trastornos respiratorios específicos del periodo Perinatal	112	28	19	60	5	0
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido y los no especificados	3	2	0	1	0	0
Total	1,541	524	264	524	162	67

FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

Según los análisis realizados en los comités de vigilancia epidemiológica, a las muertes maternas y perinatales, se ha podido establecer que la mayor carga se encuentra en la calidad de la atención, y en especial en la detección y manejo oportuno de factores de riesgo, en la atención adecuada del trabajo de parto y el parto, así como en la observación calificada de la evolución del posparto en la mujer, así como del seguimiento a la dinámica de la labor, la reanimación por personal capacitado y la reducción de la prematuridad para el caso del neonato.

Para el caso de la mortalidad materna, es mayor la proporción de eventos en el régimen subsidiado, seguidos por el contributivo y en último lugar los presentados en mujeres pobres sin capacidad de pago. Las muertes perinatales en cambio, son más frecuentes en el régimen contributivo, seguidas por los frutos de mujeres afiliadas al régimen subsidiado y finalmente de aquellas incluidas al sistema como participantes vinculadas.

Se ha demostrado en varias ocasiones la exigibilidad del derecho por parte de las mujeres gestantes, antes de la concepción, durante la misma y después de ella, sin embargo ha sido evidente el gran peso que tiene la calidad de la atención como ya se señaló, ocasionada principalmente por la falta de experiencia en el cuidado materno, rotación del personal, debilidad en la formación del talento humano y barreras administrativas ocasionadas por la forma de contratación.

Objetivos de la política

Garantizar la calidad de vida y salud de la mujer gestante, el recién nacido y sus familias a través de la estrategia promocional teniendo en cuenta procesos de atención, prevención, promoción y sociales, desde los diferentes ámbitos en donde se desarrolla su vida cotidiana, que activen la solidaridad, la equidad, la igualdad y la defensa de la vida con la cooperación de saberes, experiencias y acciones de todos los actores sociales.

Objetivos específicos

1. Consolidar redes de servicios y redes sociales para facilitar el acceso al sistema de salud, la calidad de la atención, así como el desarrollo de corresponsabilidad, de participación y de construcción conjunta de iniciativas que promuevan la salud de las mujeres gestantes, los recién nacidos y sus familias.
2. Generar abogacía y movilización social con organismos de cooperación internacional, sociedad civil, universidades y asociaciones científicas, para el desarrollo de estrategias y acciones sostenidas en favor de la población materna e infantil.
3. Fortalecer la vigilancia y control y la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal para el mejoramiento continuo de la atención a la mujer gestante y al recién nacido.
4. Promover en la comunidad el sentido de responsabilidad frente a la salud de los recién nacidos y las mujeres y familias gestantes mediante procesos que permitan su empoderamiento.

Metas

1. Reducir la Mortalidad Materna a menos de 55 por 100.000 nacidos vivos.
2. Reducir la mortalidad perinatal evitable en un 50%
3. Reducir la mortalidad infantil a menos de 12 por 1.000 nacidos vivos.
4. Reducir en un 17% los nacimientos en adolescentes.
5. Eliminar los casos de transmisión vertical de VIH/SIDA en nacimientos ocurridos en partos institucionales.

Principios

• Acceso universal a la atención integral

Dentro del nuevo modelo de atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, se generaran estrategias para que toda gestante, en especial aquellas mujeres en mayores condiciones de vulnerabilidad, accedan a atención integral de su gestación, parto, puerperio y del recién nacido.

Será prioritario tener en cuenta en la atención a la mujer gestante y su familia la integralidad conectando cuerpo, emociones, arraigo culturales e históricos.

• Igualdad en los planes de beneficios

Todas las personas sin ningún distinguo son iguales ante la ley y ante el Estado, esto implica que todos los individuos reciban el mismo tratamiento, que tengan las mismas oportunidades de satisfacción de sus necesidades, de desarrollo de sus potencialidades y las mismas garantías para el ejercicio de sus derechos. En la coordinación intersectorial se establecen compromisos para desarrollar acciones que disminuyan las desigualdades en el goce de la salud sexual y Reproductiva mediante la provisión de servicios de nutrición, salud, educación, recreación, protección y justicia.

A través del régimen subsidiado, el régimen contributivo y de atención a la participante vinculada, se homologará la oferta en la atención que dentro del Distrito se ofrezca a las gestantes y recién nacidos.

• Identificación de necesidades sociales para garantizar la equidad

El reconocimiento de las diferencias étnicas, de género, religiosas y culturales y garantizar el tratamiento especial de las necesidades y promoverá las oportunidades que debe tener cada persona. Se reducirá la iniquidad por condiciones socioeconómicas de las mujeres los hombres y sus familias.

• Respeto a la autonomía de las familias y las gestantes escuchando lo que cobra sentido para ellas.

Habrà educación en derechos sexuales y reproductivos para que las gestantes y sus familias se empoderen de su sexualidad y puedan resolver sus inquietudes y necesidades relacionados con su sexualidad teniendo en cuenta el género, la vinculación afectiva, la procreación y el erotismo¹.

Enfoques

Enfoque Familiar

Desarrollar un enfoque familiar conlleva a comprender la familia como un constructo cultural, constituido por valores sociales, tradicionales, religiosos y políticos, puesto en acción por sus miembros en la medida en que la forma que adquiere la familia, así como el estilo de relación entre las personas que la componen y las posturas políticas y religiosas inherentes a su constitución, son todas establecidas por el medio cultural. Sin embargo, cada núcleo familiar interpreta ese dictamen proveniente del gran sistema social, lo modifica y lo concreta según su propia experiencia, en patrones de relación, rituales y celebraciones idiosincrásicos que determinan su identidad como familia.

Se busca vincular y brindar atención al grupo familiar, grupos institucionales para la referencia y contrarreferencia e integración en la atención, lo que favorece la salud materna al reducirse los riesgos psicosociales, los sesgos de información, mejorándose la calidad en la atención y favoreciéndose el empoderamiento y la toma de decisiones en favor de la mujer gestante y del feto o recién nacido.

Ciclo vital

Una mirada del ciclo vital en las ciencias de la salud, sugiere poner de relieve la perspectiva temporal y social examinando retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de un cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de sus estado de salud o enfermedad, reconociendo que las experiencias pasadas y presentes están determinadas por el entono social, económico y cultural.

El ciclo vital se relaciona con la calidad de vida de la población convocando una mirada del sujeto desde su carácter social, biológico político y su determinación histórica. Propende por el desarrollo de autonomía y ciudadanía.

¹ Rubio Eusebio. Visión Panorámica de la Sexualidad Humana. Universidad Nacional Autónoma de México. 1996.

Enfoque promocional

El enfoque promocional de la calidad de vida y salud es un instrumento estratégico que plantea, en primer lugar, el imperativo de comprender y dimensionar toda la complejidad de causas conocidas y determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, y su impacto desigual entre la población.

El análisis no se reduce entonces a la determinación de “problemas”, aislados o parcelados, sino a la “problematización” de la realidad en todas sus complejidades, incluyendo todas las dimensiones y factores que dan cuenta de su causalidad. Por ello, la idea de construir “configuraciones o perfiles de necesidades” a partir de su totalidad compleja y expresiones diferenciales. Esto permite trabajar con la lógica de las posibilidades, es decir, con perspectiva de cambio.

En segundo lugar, permite definir los objetos de transformación y hacer una lectura de sus causalidades desde una visión de continuo, construyendo posibilidades de cambio centradas en la condición deseada y no en el defecto a ser evitado, afirmando la lectura positiva de su expresión. Ello conduce a un giro radical de las orientaciones de las políticas y acciones, cambiando la dirección del esfuerzo hacia el mejoramiento de la calidad de vida y salud. Por ejemplo, dejando de enfocar el problema en la mortalidad materna y perinatal para hablar de calidad de vida y salud de familias gestantes y recién nacidos.

En tercer lugar, obliga a pensar deliberadamente y de forma estructurada en la anticipación y superación de la matriz de los problemas, que significa atacar “antes” y con la potencialidad suficiente, la complejidad de los determinantes que directa o indirectamente estén implicados en los problemas, no solamente porque es importante evitar o prevenir su aparición, por ejemplo, prevenir la enfermedad o garantizar la ausencia de enfermedad, sino porque su superación demanda asegurarse de hacer todo lo indispensable para proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos sus ámbitos y etapas, de acuerdo con la configuración individual, social y territorial de las necesidades, dentro de las mejores condiciones posibles, es decir, garantizar que haya calidad de vida y salud y que sea perdurable durante toda la vida.

La participación social forma parte de los imperativos del enfoque porque es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber, tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida.

Perspectiva de género

La categoría género² tiene una relación directa con la Salud Sexual y Reproductiva en tanto las construcciones simbólicas de femenino y masculino se fundamentan en interpretaciones, valoraciones y asignaciones sociales de las diferencias orgánicas entre los sexos, las cuales han generado distorsiones de la

realidad y relaciones inequitativas que lesionan el ejercicio de los derechos humanos, la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo de hombres y mujeres.

La categoría género señala que las imágenes sociales de hombres y mujeres, condicionan las concepciones y prácticas que las personas y comunidades tienen en torno a la gestación, al nacimiento y la muerte, por lo que deba ser tenida en cuenta en los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios.

Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario

Busca explicar el proceso de salud enfermedad como el producto de la interacción de los procesos orgánicos, psicológicos, los roles sociales y las relaciones de las personas con el ambiente natural y cultural, en donde todas las condiciones que rodean a las personas tienen una significación, en este sentido el oficio, la dedicación especial o la función que mayor peso tenga tendrá mayor impacto en la persona.

Perspectiva de derechos y de los derechos sexuales y reproductivos

Para entender lo que son los derechos, hay que partir del hecho de que son derechos humanos que surgen de la dimensión jurídica natural de la persona, es decir que son inherentes (pertenecen a cada ser humano), esenciales (constituyen la naturaleza del ser), inalienables (no son transferibles ni objeto de renuncia), universales (pertenecen a todos los individuos), interdependientes (todos son importantes y están conectados, por lo que al afectar uno se afectan los demás, e indivisibles (su reconocimiento debe ser a la totalidad de los derechos)

El fin general de la garantía estos derechos, por parte de las entidades de salud se convierte así en uno de los enfoques sobre los cuales se debe trabajar para contribuir al logro de las metas generales de desarrollo social y mejoramiento de la calidad de vida de las personas y comunidades para lo que se requiere ejecutar acciones que permitan a funcionarios y ciudadanos en general, conocerlos, exigirlos y ejercerlos.

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos que tenemos todas las personas para que el ejercicio de la sexualidad, sea pleno respetuoso, digno y feliz, recordando que estos derechos llegan hasta donde comienzan los del otra o la otra.

Estrategias

Las redes dentro la política

Redes sociales y redes de servicio delimitan diferentes contextos, lenguajes y formas de construcción de vínculos. Si tomamos como marco de referencia común para su entendimiento un concepto de salud basado en el modelo de los determinantes, cada una de las redes genera oportunidades de acción que en su conjunto permiten actuar de manera compleja y sinérgica sobre los diferentes determinantes de la salud. La importancia de conectar la metáfora de la red con los determinantes de la salud es la de entender la salud como un proceso dinámico inmerso en múltiples relaciones donde se incluye la familia, las instituciones de salud, la comunidad, la

² Rubio Londoño V. Argelia. Salud y Género. Un enfoque para pensar a hombres y mujeres en los procesos de salud-enfermedad. Proyecto Proequidad. Santa Fe de Bogotá. 1995

escuela etc. ,procesos que se dinamizan y articulan desde las diferentes redes.

El planteamiento fundamental para el desarrollo de la articulación de redes sociales en salud materna infantil y redes de servicio maternales perinatales que mas que ser complementarias son procesos simultáneos que originan diferentes conversaciones en diferentes espacios y con diferentes actores. Conversaciones necesarias en su diversidad, desde las más formales y técnicas hasta las que atienden a particularidades de contexto cultural y emocional.

Partiendo de una generalización podemos decir que las conversaciones generadas por las redes de servicio materna perinatales se basan en un lenguaje formal, técnico, rígido, y universal; donde el vínculo se conforma a través de mecanismos formales y reglas; basados en un deber ser según el conocimiento institucional. Estas conversaciones son de gran importancia en la implementación de estándares de calidad, eficiencia y aprovechamiento de recursos.

La dinamización de redes sociales en salud materna infantil implica que la institución participe en otro tipo de conversaciones donde el vínculo se construye desde el lenguaje de la cotidianidad, inmerso en realidades afectivas y culturales que determinan la participación de diferentes actores dentro de una dinámica social, territorial y política que favorezca la salud. Comprender esta dinámica, participar en su transformación como un actor social, navegar en ese espacio relacional donde la creación del vínculo soporta la emergencia de nuevas prácticas institucionales que permiten una mayor participación del ciudadano y la emergencia de lenguajes diversos y complejos en la comprensión de la salud es el reto de dinamizar la red social. La red social no excluye el lenguaje o la voz institucional, pero la define solamente como una más dentro de muchas otras que son importantes incluir.

Las redes sociales consolidan una dinámica social que fortalece el tejido social, promueva la participación de ciudadanos en las acciones de salud y contribuye a consolidar la legitimidad social de las redes de servicio. Las redes de servicio permiten organizar una respuesta eficiente, oportuna y con calidad en la prestación del servicio.

Red social materna e infantil

La conformación de redes y de espacios intersectoriales y comunitarios favorecen la acción coordinada de los diferentes actores hacia la población más vulnerable y permiten mirar las relaciones donde los procesos de salud enfermedad se tejen y se construyen; es decir, permite pensar más allá de la organización de la prestación de servicios de salud. Por tanto la red social trasciende el sector, y sus actores y favorece la participación de otros sectores y actores (actores políticos, culturales, sociales, comunitarios) en los procesos de salud-enfermedad.

La red social es importante porque: se desarrollan en la vida diaria de los individuos, de la familia y de la sociedad en general; estimulan iniciativas y acciones de los ciudadanos y otros sectores para su cuidado; promueven e invitan a otros actores (instituciones estatales, sector privado, comunidad y organismos gubernamentales y no gubernamentales) a articular acciones que dan respuestas completas a los ciudadanos; hay

mas gente aportando a un proceso colectivo; aportan a otros procesos de ciudad como la protección y la defensa de la vida, la convivencia y la solidaridad; dinamizan procesos comunitarios y sociales. Estas a su vez aportan a la obtención del Capital Social³ de la ciudad puesto que vinculan a personas, organizaciones de base e instituciones que buscan mejores alternativas de vida, según el hecho social al que estén comprometidas y generan objetivos de acción colectiva y metas a largo plazo

Las redes sociales para la salud materna infantil son procesos organizativos y de la gestión local desde las perspectivas de ciclo vital, enfoque de derechos y la construcción de ciudadanía que convocan relaciones entre, grupos, personas, familias, instituciones. Caracterizada por construir y mantener la articulación y coordinación, la construcción de conocimiento y la movilización social en los diferentes ámbitos donde se desarrolla la vida cotidiana de las gestantes, los niños y sus familias, a través de relaciones nutridas por vínculos estructurales, afectivos y culturales que movilizan socialmente personas, organizaciones e instituciones para construir conjuntamente repuestas sociales integrales que favorezcan la salud materna infantil.

La mujer gestante y su familia continuamente construyen lazos con el servicio de salud, con otras madres gestantes, con historias familiares de cuidado, con creencias y patrones culturales que orientan una manera de vivir la gestación. Estas dinámicas cobran vida al hacer un análisis desde la teoría de las tres demoras de Debora Mains "Con frecuencia, las mujeres que presentan complicaciones obstétricas han tenido barreras de tipo económicas (sin capacidad para pagar el transporte o los servicios de salud) y/o geográficas (largas distancias hasta el organismo de salud) y/o culturales (subvaloración de la vida de la mujer, percepción de los riesgos, miedos hacia el servicio de salud etc.), causas que pueden significar la vida de la gestante. Las redes sociales al escuchar y movilizar significados, al hacer lecturas de los problemas desde una óptica integral, al activar vínculos con diferentes actores sociales, al hacer visibles recursos, construye un marco de reflexión y acción centrado en el reconocimiento de los derechos y su exigibilidad, creando relaciones horizontales con carácter participativo fortaleciendo el empoderamiento en la toma de decisiones que privilegian la vida de la familia gestante

Redes de Servicios Materno Perinatales

Las redes de servicios se estableció como un modelo de atención debe centrarse en el trabajo conjunto permitiendo conformar un conjunto organizado de instituciones prestadoras, con portafolios de servicios flexibles y unificados por red, estructurado en niveles de complejidad –baja y alta, explícitamente definidos por la Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de garantizar la atención integral, suficiente, pertinente y oportuna a la comunidad de una área geográfica determinada, optimizando la utilización de los recursos disponibles para tal fin.

³Capital Social, entendido como el conjunto de normas, instituciones y organizaciones que promueven la confianza y la cooperación entre las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto. Durston, John, 1999. "Construyendo capital social comunitario. Revista del a Cepal Número 69 en Redel Capital Social y pobreza. Cepal .

Esta es una propuesta flexible de organización que permite fortalecer la relación entre la oferta de servicios y las condiciones epidemiológicas y de aseguramiento de la población objetivo, así como de las condiciones políticas y financieras del sector salud en Bogotá, D. C.

El modelo busca la integración vertical entre prestadores de servicios de diferente nivel de complejidad. En Bogotá, se agruparon en cuatro redes, conformadas de acuerdo con la ubicación geográfica y el tamaño de los mercados potenciales, con una importante base de instituciones de baja complejidad que confluyen en un hospital de alta complejidad ubicado estratégicamente. Para ciertos servicios de alta complejidad se pretende también la integración horizontal, buscando con ello la especialización, la utilización eficiente de los recursos y la prestación de servicios de la más alta calidad.

Bajo esta nueva visión se propone una red de servicios basada en las necesidades del usuario, por medio de unas relaciones interinstitucionales de cooperación y acuerdos para la atención de un segmento poblacional determinado, definiendo claramente las responsabilidades individuales y de conjunto, sin perder la autonomía institucional, mejorando la competitividad y la capacidad de resolución en red mediante la unificación de los portafolios de servicios, brindando así una atención integral, oportuna y de calidad.

Intersectorialidad

La aplicación específica de la concertación al logro del acuerdo entre los diferentes sectores alrededor de un propósito concreto de trabajo se conoce como intersectorialidad, ya que se requieren intervenciones desde diferentes ámbitos de las construcciones sociales. Los sectores sociales considerados indispensables para dar respuestas efectivas para la actual política en el nivel Distrital son educación, justicia, comunicación, bienestar social y gobierno, su participación a través de la planeación conjunta, la coordinación de recursos y talento humano, así como a identificación de estrategias comunes de trabajo, constituyen la transectorialidad, camino a recorrer con la presente propuesta.

Será prioridad para el presente Plan, la concertación con Organizaciones Sociales y Comunitarias, Organizaciones no Gubernamentales, Organismos gubernamentales, Administradora del Régimen Subsidiado, Empresa Promotora de Salud, IPS, ESE.

Mejoramiento de la calidad de atención

El mejoramiento de la calidad de la atención en salud y especialmente en SSR, es una estrategia para garantizar el logro de la misión del sector, la buena implementación de las políticas y estrategias de salud y en pro de la satisfacción de las mujeres usuarias, e implica la revisión de las condiciones de prestación de los servicios y ejecución de acciones de optimización de las mismas.

Además de fomentar la capacidad institucional de los diferentes actores (entes de dirección y control, aseguradores y prestadores) y fortalecer el papel de las instituciones públicas de salud, se pretende ver la calidad como el ejercicio del derecho de las familias gestantes y sus recién nacidos al cuidado, protección y atención con los mayores estándares de calidad y

evidencia existentes, y el deber de las instituciones, prestadoras y aseguradoras, de garantizarlos.

Las relaciones interpersonales constituyen uno de los componentes fundamentales en la calidad de atención. Claro está que este componente no debe ser analizado solamente en relación al trato entre proveedores y clientes. Es necesario también tener presente el contexto sociocultural en el que se desenvuelven y en como funcionan los servicios.

Un factor fundamental en las relaciones interpersonales es el respeto, lo cual significa aceptar y reconocer al otro con toda su realidad. Generalmente las relaciones interpersonales se dan en un contexto de discriminación social, cultural y de género. Muchos de los profesionales de la salud son educados y formados en contextos donde se rechaza lo cultural, que además es asociado con pobreza e ignorancia.

La información para la toma de decisiones

Construir conocimiento en salud desde la investigación cualitativa y cuantitativa relacionada con representaciones sociales y basadas en la evidencia, de tal forma que se puedan conocer los factores culturales, sociales, científicos que afectan la salud de las mujeres gestantes y sus recién nacidos, con el fin de implementar decisiones efectivas de corto, mediano y largo plazo para la calidad de vida y salud de la familia gestante y el recién nacido.

Esta estrategia se nutrirá por la generada en los registros individuales de atención, por el sistema informático perinatal, por los comités de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal, las suministrada por investigaciones aplicadas, la obtenida de grupos focales, entre otras.

Comunicación para las transformaciones de prácticas sociales en salud materna e infantil

La comunicación para el cambio social es ética, es decir que parte de la identidad y de la afirmación de valores, amplifica las voces ocultas o negadas, y busca potenciar su presencia en la esfera pública. Recupera el diálogo a través del cual las personas definen quiénes son, qué es lo que quieren, y cómo lo pueden obtener, empoderando a los individuos y fortaleciendo las comunidades. Es un cambio positivo en la vida de las personas, asumiendo el cambio como ellas mismas lo definen. Busca particularmente mejorar la calidad de vida y salud de la mujer gestante el recién nacido y su familia y se apoya en principios de tolerancia, auto-determinación, equidad, justicia social y participación activa de todos los actores sociales.

Se genera y se construye el conocimiento con el otro en contexto en este caso las gestantes, los recién nacidos y sus familias y no solo con la institucionalidad o los expertos técnicos. La comunicación para el desarrollo puede ser potencial de participación y organización comunitaria ya que presentan las experiencias alternativas comunitarias, institucionales, sociales y de los grupos de interés en la salud materna perinatal.

Fortalecimiento de la gestión institucional

Desde la estrategia promocional de calidad de vida y salud, nos convoca a revisar los modos de gestión y operación que corresponda a las necesidades sociales en salud materna y perinatal, por esta razón las instituciones ajustan sus portafolios de servicios, motivan al cambio del talento humano a favor de

las usuarias. La puesta en marcha de la política ayuda a la modificación en el modo asistencial y administrativa, generando en estas humanización, calidad, calidez y eficacia en el ciclo de atención de mujeres gestantes, familias y recién nacidos.

Dimensión de la acción

Líneas estratégicas

De acuerdo con los últimos estudios de la Universidad de Columbia, la doctora Deborah Mains⁴ planteó la “teoría de las tres demoras”, que enmarcan las dificultades en la atención a las maternas y los recién nacidos. El modelo de las tres demoras se sustenta en que éstas contribuyen a la muerte materna, a saber: 1) demora en tomar la decisión de buscar ayuda; 2) demora en llegar a la instalación de tratamiento; y 3) demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación.

Primera demora: “Tomar la decisión de buscar ayuda”

1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda.

Decisión, en una mujer que presenta complicaciones obstétricas, puede estar generada por falta de información en la comunidad, falta de credibilidad en la habilidad del personal médico para manejo obstétrico, aspectos culturales en que la mujer asume en silencio su embarazo;

Esta decisión en una mujer que presenta complicaciones obstétricas puede estar generada por: falta de información en la comunidad, falta de credibilidad en la habilidad del personal médico para manejo obstétrico, aspectos culturales en que la mujer asume en silencio su embarazo haciendo difícil que los demás miembros de la familia busquen ayuda, grandes distancias hasta el organismo de salud, baja disponibilidad de medio de transporte, incapacidad de pago por los servicios de salud situaciones que influyen en la mujer para decidir buscar ayuda.

Segunda demora: “Llegando a la instalación médica”

2. Demora en llegar al lugar de tratamiento.

Los obstáculos para el acceso al sitio donde recibirá la atención y la no-disponibilidad de servicios básicos, incrementarán los efectos de esta demora, al igual que la disponibilidad, eficiencia y costos del transporte;

Una vez decidida la búsqueda de ayuda la gestante debe llegar al organismo de salud. Los obstáculos para el acceso al sitio donde recibirá la atención, y la no disponibilidad de servicios básicos incrementarán los efectos de esta demora, al igual que la disponibilidad, eficiencia y costos del transporte.

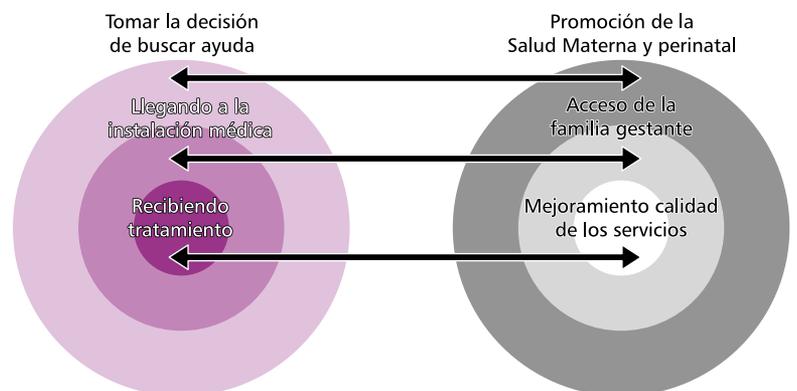
Tercera demora: “Recibiendo tratamiento”

3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación.

El cuidado y atención obstétrica depende del personal capacitado, de las condiciones generales de la infraestructura y de la disponibilidad de insumos y medicamentos.

A veces no basta haber traspasado las anteriores demoras. El cuidado y atención obstétrica depende del personal capacitado, de las condiciones generales de la infraestructura y de la disponibilidad de insumos y medicamentos, agravándose la situación cuando la demora es de carácter administrativo.

Este modelo ha sido referencia ya que las tres demoras se han transformado en las *tres oportunidades* para el establecimiento de los temas generadores de las tres líneas estratégicas en la Política de “Cero Indiferencia con la Mortalidad Materna y Perinatal”.



Actividades por línea de acción

Primera línea estratégica: promoción de la salud materna y perinatal

1. Desarrollo de **estrategias de información y comunicación** para promover el embarazo deseado, el ejercicio de ciudadanía, la identificación de signos de alarma y la socialización de rutas de acceso al sistema de salud.
2. **Ejercicio de ciudadanía:** fortalecimiento de la participación y la organización social para el desarrollo de habilidades y competencias en salud materna infantil con la activación de grupos de apoyo social
3. **Desarrollo de 20 redes sociales** en salud materna infantil para el distrito capital en la gestión local de la salud pública a través de tres componentes:
 - **Coordinación y articulación:** Se refiere a las acciones de articulación y coordinación originadas en los espacios formales y naturales de encuentro de los diferentes actores relevantes para cada una de las redes y teniendo en cuenta sus nodos. (se realizaran portafolios, rutas de acceso etc).
 - **Mobilización social que genera,** la vinculación progresiva y comprometida de los actores sociales, claves para el desarrollo de la salud materna infantil permitiendo movilizar de forma masiva la red social.
 - **Construcción de conocimiento como** un proceso que invita a pensar, comprender y reflexionar en torno a los significados de procreación y nutrición como ejes metafóricos que convocan a amplificar la mirada de la salud materna infantil, redefiniendo concepciones que un grupo social tiene en torno de la gestación, la crianza, la sexualidad, la corporalidad, la reproducción, la construcción de afectividad y cuidado, entre otros. Se realizara a través de

⁴ Maine Deborah, et al. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar. Facultad de Salud Pública. Universidad de Columbia. Nueva York, junio de 1997

metodología de diálogos sociales con enfoque apreciativo, grupos focales lecturas contextuales.

4. **Educación a las mujeres gestantes, familias y comunidades** para garantizar a las mujeres la elección de sus propias alternativas procreativas y anticonceptivas y proporcionar información adecuada que favorezca la toma de decisiones en lo referente a su salud, en especial la salud sexual y reproductiva y, por consiguiente, ejercer sus derechos.
5. Establecimiento de **convenios de cooperación técnica intergubernamental** para apoyar la abogacía, la exploración de métodos, investigaciones y enfoques, en salud materna y perinatal; específicamente con UNICEF en el fortalecimiento de Redes Sociales Materno – Infantiles y en el desarrollo de iniciativas a favor de la maternidad y la infancia, con el UNFPA en la validación y difusión de estrategias masivas y alternativas, así como en la reproducción de material de apoyo y capacitación y en la adquisición de insumos en salud sexual y reproductiva; y con la OPS-OMS en la vinculación como Centro Asociado al Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) para el desarrollo de investigaciones multicéntricas, el diseño e implementación de guías basadas en la evidencia y en la adaptación en nuestro medio de las tecnologías perinatales.

Segunda línea estratégica: acceso de la familia gestante

1. **Estrategia social para la identificación, canalización y acompañamiento** de mujeres gestantes y recién nacidos, inscritas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo, subsidiado o como participantes vinculadas, que no hayan asistido a los servicios de salud, que presenten signos de alarma o que habiendo asistido no estén adheridas al programa de control prenatal o de crecimiento y desarrollo para el caso de la población infantil. Esta estrategia será desarrollada fundamentalmente por SALUD A SU HOGAR en la que los *Equipos Básicos del Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque Familiar y Comunitario*, realizarán “barrido” casa a casa en las zonas identificadas como prioritarias para la intervención social de cada localidad, comenzando por las declaradas en emergencia social.
2. **Rutas para la atención:** Realización de rutas amigables al servicio de salud para el conocimiento de los pasos decisivos en el acceso al servicio, construidas a través de circuitos de reconocimiento con las mujeres gestantes, cuidadores y familias, y con la participación de organizaciones comunitarias, sectores sociales y decisores políticos locales y distritales. Dentro de estas rutas se definirán las formas de acceder al sistema de salud para mujeres gestantes identificadas en la comunidad a través de la “*gestión local*”, en la casa con la estrategia de “*salud a su hogar*”, y/o en la institución educativa con la estrategia de “*salud al colegio*”.
3. Definición de **lineamientos de contratación para la atención integral** de mujeres gestantes y recién nacidos en las Empresas Sociales del Estado (ESE) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), observando los principios de corresponsabilidad, universalidad, integralidad, longitudinalidad, primacía de lo social y transparencia, y se definirán los lineamientos, instrumentos y procedimientos para el seguimiento y auditoría a la contratación.
4. Coordinación de todos los **planes de beneficio** del sistema de salud y el plan obligatorio de salud subsidiado y contributivo (POS), y el plan de atención básica (PAB) y de los proyectos

ejecutados por las Alcaldías Locales (UEL), dirigidos a la salud materna y perinatal, articulando los planes, estrategias, acciones y contextos donde se desarrolla la vida cotidiana de las familias gestantes y sus recién nacidos.

Tercera línea estratégica: calidad en los servicios de salud

1. **Fortalecimiento de las redes de servicio materna perinatales** de las ESEs como una estrategia de trabajo en el que un conjunto organizado de entidades e instituciones, de organizaciones sociales, y de mujeres y hombres, con misión, visión, objetivos comunes, que se articulan en función de favorecer la calidad de vida y el bienestar de la madre, el recién nacido y su familia. Este trabajo en red busca fortalecer, el traslado oportuno y el sistema de referencia y contrareferencia⁵, con el propósito de facilitar el acceso universal a los servicios de salud según el nivel de atención y el grado de complejidad, y la atención oportuna, eficaz e integral.

El trabajo en red también favorecerá la capacitación en guías técnicas científicas para la basadas en la evidencia, mediante programas de educación continuada en guías para la atención materna y neonatal, reforzando la utilización y adherencia a normas y guías de atención, unificando los criterios de diagnóstico y manejo de acuerdo al nivel de atención, y desarrollando capacidades y habilidades para la identificación, clasificación y manejo del riesgo obstétrico. Igualmente se desarrollarán actividades de capacitación para el llenado, interpretación, análisis y toma de decisiones con el carné y la historia clínica perinatal del CLAP según lo establecido mediante Resolución 1178 del 1 de octubre de 2002 por la Secretaría Distrital de Salud para Bogotá D.C..

2. Mejoramiento de los servicios materno perinatales en instituciones públicas para proporcionar cuidados obstétricos esenciales apoyando a las instituciones de la red pública, a través de proyectos de inversión para mejoramiento de las condiciones de la Infraestructura física, la adquisición y reposición de tecnología biomédica, garantizar la suficiencia de recurso humano para el servicio, favorecer la educación continuada y se realizará asesoría personalizada con especialistas en ginecología y pediatría, mediante visitas de acompañamiento para identificar necesidades en los servicios materno perinatales y mejoramiento de procesos de atención, en cada una de las 21 ESE, que atienden gestantes.
3. Fortalecimiento de la **vigilancia**, incluyendo las siguientes actividades:

Del cumplimiento de requisitos mínimos y de la calidad

Verificación del cumplimiento de las condiciones exigibles, y de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, en lo relativo a las condiciones de capacidad técnica-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales buscan dar seguridad a los usuarios y usuarias, y en este casos a las mujeres gestantes y recién nacidos, frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

⁵ Decreto 2759 de 1991, organiza y establece el Régimen de Referencia y Contrareferencia

En Salud Pública:

Vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna analizándose el 100% de los casos en un Comité Distrital de Vigilancia Epidemiológica (COVE), apoyados en visitas domiciliarias y COVE institucional, para la identificación de fallas en la promoción, el acceso y/o la calidad de la atención, con la correspondiente identificación de actividades responsables y momentos de implementación para evitar nuevas muertes por las causas identificadas, y que serán trasladadas a planes de mejoramiento.

Vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Perinatal analizándose el 10% de los casos en un Comité Distrital de Vigilancia Epidemiológica (COVE), apoyadas en la metodología propuesta por el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos que utiliza como base la información de peso al nacer y edad al morir, con agrupación por aseguradora, localidad y/o institución prestadora, según el comportamiento epidemiológico observado.

Vigilancia epidemiológica del bajo peso al Nacer haciéndose énfasis en su reducción de los eventos, así como el seguimiento de casos ocurridos, en coordinación con la línea del PAI.

Vigilancia de la morbilidad obstétrica extremadamente severa con el fin de actuar en forma anticipatoria en la identificación de fallas en el sistema de seguridad social en salud y poder definir estrategias y acciones de mejoramiento para la atención oportuna y con calidad.

Vigilancia de malformaciones congénitas, con el fin de poder caracterizar una de las principales causas de mortalidad perinatal, y de este modo identificar estrategias para su reducción, control y atención integral.

De laboratorios clínicos:

Vigilancia de las pruebas de tamizaje y diagnósticas

Realización de vigilancia indirecta de los laboratorios clínicos habilitados para la procesamiento de pruebas de tamización y diagnóstico para sífilis gestacional y congénita, del VIH y del hipotiroidismo congénito.

Implementación de un *Plan de Eliminación de la Sífilis Congénita*, que va desde el tamizaje, confirmación y tratamientos oportunos, pasando por la notificación y análisis de casos de sífilis congénita para identificar debilidades en los actores del sistema y la implementación de planes de mejoramiento que le apunten a las metas definidas para tal fin.

Mediante la centralización de pruebas de tamizaje y confirmatorias, se hará seguimiento al comportamiento del acceso, calidad, oportunidad y acceso al tratamiento, con especial énfasis y seguimiento al derecho de toda mujer gestante al conocimiento de su estado sexológico con respecto al VIH, al tratamiento oportuno y a la prevención de la *madre hijo del VIH*.

De igual forma mediante la centralización de pruebas de detección de hipotiroidismo se trabajará en garantizar la calidad de las pruebas y asegurar el tratamiento oportuno de los recién nacidos afectados por esta patología, una de las anomalías congénitas más frecuentes y de esta forma *prevenir el retardo mental*.

4. Definición de un **paquete para la atención integral** de mujeres gestantes, de mujeres lactantes y neonatos que corres-

ponde al modelo de *Atención Primaria en Salud*, adoptada en el Distrito Capital por el actual Plan de Gobierno Distrital 2004 - 2008, que incluya la aplicación del *curso para la maternidad y paternidad* con el fin de favorecer la participación en la crianza, el vínculo afectivo, la reducción de la violencia intrafamiliar y el empoderamiento de los procesos gestacional, del parto, puerperio y lactancia, reconociendo signos y síntomas de alarma, y la implementación de la *guía de control prenatal y detección de factores de riesgo*, favoreciendo la exigibilidad del derecho a una atención de calidad, así como para el seguimiento, la referencia y contrareferencia según necesidades específicas.

5. Fomento de **prácticas beneficiosas y basadas en la evidencia** promovidas por el CLAP desde el 2003 y por la OPS-OMS desde el año 2002, como el alumbramiento activo, el tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática, el uso de antibióticos para la ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto, la profilaxis con antibióticos en mujeres con cesárea, el uso de corticoides antes del parto prematuro, la terapia con sulfato de magnesio en eclampsia, el suplemento de hierro, calcio y folatos, el apoyo social durante el trabajo de parto, el fomento del método Madre Canguro, el suplemento de vitamina A en lactantes de muy bajo peso al nacer, la eliminación de la episiotomía de rutina, el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y la asistencia del parto por personal calificado.
6. Fortalecer las **estrategias en salud materna-infantil** Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) y de Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia (IAFI), y su articulación con la red social materna infantil, con el fin de favorecer la calidad y calidez en la atención, resaltar la importancia de las actividades de promoción y prevención, fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida y con alimentación complementaria hasta los dos años, la atención en crecimiento y desarrollo bajo los lineamientos de la estrategia de -AIEPI, la detección y atención de casos de maltrato infantil e intrafamiliar, y el cumplimiento del esquema de vacunación según la edad del menor de 5 años y de la mujer en edad fértil, la promoción de la regulación de la fecundidad y la prevención y control de la infección por VIH y SIDA, entre otros.

Caja de herramientas

Para la implementación de la presente *Política de Cero Indiferencia con la Mortalidad Materna y Perinatal*, queremos señalar algunas, no todas, las "herramientas técnicas y metodológicas", retomando las experiencias de la red social materna infantil, la red servicios materna perinatales, y el trabajo con los centros asociados al CLAP, que no deben faltar en la labor de todos los actores del sistema, para lograr reducir la mortalidad materna y perinatal, y mejorar su calidad de vida y salud, las cuales deben ser utilizadas según la necesidad de los trabajos que vayamos a realizar, y seleccionadas por su utilidad y facilidad de uso en los contextos que consideremos pertinentes.

1. Comités de vigilancia en salud pública

Espacio para el análisis de la mortalidad materna y perinatal con la participación activa de cada una de las entidades

aseguradoras y prestadoras de servicios de salud involucradas en el evento, para la profundización de las explicaciones que llevaron al suceso, según la metodología de las tres demoras. A partir de esta identificación se reflexiona, se propone y se formula un plan de acción o plan de mejoramiento. Los comités de vigilancia epidemiológica están normados en el decreto 1562 de 1984 del Ministerio de Salud, mediante el cual se establece la necesidad de disponer de un proceso regular y continuo de observación e investigación de los principales eventos en salud pública.

2. Planes de mejoramiento

Las instituciones, bien sean prestadores públicos o privados y aseguradores del régimen subsidiado y contributivo, en que se establecen planes de mejoramiento acordes a los hallazgos identificados en los análisis de las muertes maternas o perinatales ocurridas, formularán y harán su respectivo seguimiento y monitoreo al cumplimiento del plan de mejoramiento, según las fallas identificadas en cada demora o línea de intervención: promoción de la salud, acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención.

Dentro de la competencia de la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector del sistema de salud en el territorio hará acompañamiento y seguimiento a los planes de mejoramiento y a los compromisos adquiridos por los diferentes actores.

3. Auditoría en todos los niveles de complejidad

La auditoría y/o interventoría interna y externa para verificar la oportunidad, integralidad, pertinencia, acceso y continuidad en la contratación y prestación de los servicios de salud; haciendo énfasis en adecuados registros clínicos, identificación y clasificación del riesgo biopsicosocial de las mujeres gestantes, seguimiento a las gestantes durante su control prenatal, atención del parto y puerperio, entrega de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas y monitoreo clínico, con retroalimentación a administradores del régimen contributivo y subsidiado, IPS, ESEs, usuarias, organizaciones sociales y comunidad en general.

También será objeto de esta herramienta, el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento en las tres líneas de acción, según los compromisos adquiridos en los Comités de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal.

4. Asesoría y acompañamiento

A las instituciones públicas que atienden mujeres gestantes y recién nacidos, basándose en su relación con la mortalidad materna y perinatal, haciendo la asesoría y acompañamiento en consulta externa y salas de parto, observando infraestructura, procesos administrativos y de atención, talento humano, tecnología, medicamentos, y servicios de apoyo, así como el cumplimiento y adherencia a guías de atención, generándose recomendaciones para el mejoramiento institucional, a las cuales se les hace seguimiento posterior.

5. Ampliación de las tecnologías perinatales y en especial del Sistema Informático Perinatal SIP en el Distrito Capital

Teniendo en cuenta que la adopción de éstas tecnologías es útil para mejorar la atención perinatal, verificar el cumplimiento de normas, dar seguimiento de prácticas basadas en la evidencia, fortalecer la autoevaluación asistencial, caracterizar la

población asistida, categorizar problemas, realizar vigilancia epidemiológica, normatizar y unificar la recolección de datos, facilitar comunicación entre diferentes niveles de atención, registrar datos de interés legal, obtener estadísticas locales e institucionales confiables y dar herramientas de investigación y auditoría. Se brindará asesoría, capacitación y acompañamiento a las entidades que opten por implementarlas.

6. Investigaciones aplicadas

Uso de la información disponible sobre investigaciones realizadas por entidades de cooperación internacional, universidades y centros de investigación, en mejores prácticas basadas en la evidencia y su uso en la atención, en tecnologías, en sistemas de información y comunicación materna y perinatal.

7. Árbol de retos y orgullos red materna y perinatal

Para el desarrollo del árbol partiendo de las experiencias donde la institución logró salvar la vida de una materna en riesgo o cuando estuvo involucrada en casos de morbilidad severa o de mortalidad materna o perinatal, identificando según las diferentes líneas y estrategias de la red, las acciones que deben crearse, mejorarse, mantenerse y/o multiplicarse.

8. Grupo focal

Es una técnica de “levantamiento” de información en estudios sociales. Su justificación y validación teórica se funda sobre un postulado básico, en el sentido de ser una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macrosocial, toda vez que en el discurso de los participantes, se generan imágenes, conceptos, lugares comunes, etc., de una comunidad o colectivo social.

Esta técnica servirá para identificar los imaginarios socialmente construidos por las gestantes, los cuidadores, la institucionalidad, en torno a la procreación, la nutrición, el cuidado, el acceso y la atención.

9. Circuitos de captación y reconocimiento de lugares significativos para la gestante

Los circuitos se realizarán en los micro territorios de mayor vulnerabilidad social en cada localidad del distrito capital para identificar y apoyar a las gestantes a que acudan al servicio de salud de manera oportuna, conocer la representación de la gestante sobre el acceso al servicio de salud y definir rutas institucionales para el fácil acceso de las gestantes en los diferentes servicios de la localidad. Se trabajarán en tres planos: la *dimensión de la coordinación de significados* que se trabajará directamente con las mujeres gestantes, sus familias y quienes prestan los servicios de salud, la *dimensión de la creación* para identificar las formas de convocar, realizar los recorridos en los contextos de la vida cotidiana y maneras lúdicas y pedagógicas que favorezcan la adherencia a los servicios de salud, y la *dimensión de la acción y los enlaces* mediante la coordinación y participación de actores institucionales en el recorrido a los servicios de salud.

10. Nodos de soporte a la red

Conformados por Comité Directivo Ampliado de la SDS, Comité de Gerentes de ESEs, Grupo Funcional de la SDS de la Red Materna y Perinatal, Subredes de atención, COVEs, referentes de salud sexual y reproductiva, coordinadores del SIP, coordinadores de la red social materna e infantil, representantes de ARS, EPS, ESEs e IPS.