

**DISEÑO DE MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BASADO
EN RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN MATERNA
AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE
PAÚL DE SANTA ROSA DE CABAL- RISARALDA.**

**LUZ MERY PATIÑO HURTADO
OLGA LUCIA ZULUAGA RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2015**

**DISEÑO DE MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BASADO
EN RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN MATERNA
AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE
PAÚL DE SANTA ROSA DE CABAL- RISARALDA.**

**LUZ MERY PATIÑO HURTADO
OLGA LUCIA ZULUAGA RODRIGUEZ**

**Trabajo de Tesis para optar al título de Magister en Gerencia en Sistemas
de Salud**

Asesor

**Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Odontólogo – Magister en Administración**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2015**

Nota de aceptación:

Jurado

Director del Proyecto

Ciudad

Fecha

CONTENIDO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1 Planteamiento del Problema.....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo General.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4. MARCO DE REFERENCIA.....	19
4.1 MARCO TEÓRICO.....	21
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	33
4.3 MARCO LEGAL.....	46
4.4 MARCO GEOGRÁFICO.....	49
4.5. MARCO INSTITUCIONAL.....	52
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	56
5.1 Tipo de Investigación.....	57
5.2 Fases de la Investigación.....	57
5.3 Población y Muestra.....	58
5.4 Variables de la Investigación.....	58
6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN MATERNA DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL.....	58
7. ANÁLISIS DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROGRAMA PRENATAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE SANTA ROSA DE CABAL 70	
7.1. Diagrama de flujo del modelo de atención del hospital.....	85
CONCLUSIONES.....	86
8. PROPUESTA DE MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON BASE EN RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN.....	88
8.1. Árbol de Problema de la situación actual.....	88
8.2. Propuesta de modelo de prestación con base en rutas integrales de atención.....	89

8.3. Mapa Conceptual de la Propuesta de modelo de prestación basada en rutas integrales de atención	93
RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	96

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. Esquema de interacción en redes integradas de servicios de salud	24
FIGURA 2. Ruta de atención integral para la convivencia escolar	36
FIGURA 3. Ruta de servicios poblacionales especiales. Alcandía de Bogotá	36
FIGURA 4. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en APS	40
FIGURA 5. División político – administrativa departamento de Risaralda	50
FIGURA 6. Estructura Organizacional del Hospital	54
FIGURA 7. Área de facturación E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl – Santa Rosa de Cabal	70
FIGURA 8. Formato FOR-0003-034 / solicitud de laboratorio clínico para gestantes	72
FIGURA 9. Formato FOR-0014-002 / ficha de asesoría pre test para VIH-SIDA	73
FIGURA 10. Pantallazo historias clínicas – programa Dinámica Gerencial	74
FIGURA 11. Consultorio de medicina general para controles prenatales	74
FIGURA 12. Formato FOR-0026-006 / Solicitud de laboratorio clínico	75
FIGURA 13. Sala de partos del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal	78
FIGURA 14. Imágenes incentivas a la lactancia materna	78
FIGURA 15. Diploma de realización del programa sesiones educativas Mamá Club	83
FIGURA 16. Formato FOR-0003-016 / Impacto de la educación dada en la población: programa de la gestante	84
FIGURA 17. Diploma de realización del programa sesiones educativas Mamá Club	85

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno-infantil y niñez, municipio de Santa Rosa de Cabal 2006 - 2011.	15
TABLA 2. Iniciativas gubernamentales para la implementación de modelos basados en RISS en América	28
TABLA 3. Marco Normativo para Redes Integradas en Servicios de Salud	47
TABLA 4. Porcentaje de incremento de maternas en el municipio	62
TABLA 5. Participación de régimen de afiliación al SGSSS de las mujeres gestantes del municipio	62
TABLA 6. Promedio de edad de las gestantes del municipio de Santa Rosa de Cabal	63
TABLA 7. Relación lugar de residencia versus atención del parto	67
TABLA 8. Comportamiento lugar de residencia versus atención del parto	67
TABLA 9. Porcentaje de partos espontáneos atendidos en el hospital del régimen subsidiado	68
TABLA 10. Morbilidad asociada a las gestantes del régimen subsidiado atendidas en el hospital	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. Comportamiento de mortalidad neonatal infantil en Suramérica	20
GRÁFICO 2. Comportamiento de especialistas graduados en Colombia de 1980-2011	31
GRÁFICO 3. Acumulado de graduados por especialidad a 2011	32
GRÁFICO 4. Aseguramiento Geo referenciado de la población Colombiana	38
GRÁFICO 5. Pirámide poblacional del municipio de Santa Rosa de Cabal, 2005, 2013, 2020	52
GRÁFICO 6. Comportamiento población femenina en el municipio	60
GRÁFICO 7. Comportamiento población femenina en edad fértil	60
GRÁFICO 8. Lugar de residencia de las mujeres gestantes del municipio afiliadas al régimen subsidiado	61
GRÁFICO 9. Grupos de edad gestantes del municipio	63
GRÁFICO 10. Nivel de educación gestante departamento de Risaralda	64
GRÁFICO 11. Nivel de educación de las gestantes del municipio Santa Rosa de Cabal del régimen subsidiado	64
GRÁFICO 12. Participación estado civil de las gestantes del departamento de Risaralda	65
GRÁFICO 13. Participación estado civil de las gestantes del municipio afiliadas al régimen subsidiado	65
GRÁFICO 14. Distribución estado civil de las gestantes del municipio afiliadas al régimen subsidiado	66
GRÁFICO 15. Número de controles prenatales al momento del parto – gestantes del municipio	68
GRÁFICO 16. Árbol de problema del modelo actual de prestación de servicio a maternas del municipio	88
GRÁFICO 17. Mapa conceptual o mental de la propuesta de modelo de prestación de servicio con rutas integradas a la maternas del municipio	93

INTRODUCCIÓN

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia (Ley 100 de 1993), se han logrado avances significativos en la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico en servicios de salud¹. Sin embargo, no se han obtenido logros similares en la resolución efectiva, que involucra tanto la oportunidad y calidad, como la respuesta integral de los servicios de salud²

Por tal motivo el Gobierno Nacional, adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018. Para cumplir con este mandato se requiere promover un modelo de atención que incluye cambios al modelo de prestación de servicio que hoy privilegia las actividades asistenciales de tipo especializado sobre los servicios de nivel primario de atención, con grandes inequidades regionales en el acceso a los servicios, toda vez que la oferta especializada se concentra en las principales ciudades del país. Por lo tanto, este modelo debe enfatizar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El Nuevo modelo de atención está basado en las siguientes estrategias: i) atención primaria y en redes integrales de servicios de salud, ii) en la gestión integral del riesgo, iii) en el enfoque de salud familiar y comunitaria y iv) con un enfoque diferencial y poblacional. Este modelo debe proponer adecuaciones institucionales para mejorar la gestión integral del riesgo por parte de todos los actores del SGSSS, incentivar la capacidad resolutoria del prestador primario mediante nuevos mecanismos de pago, ampliando las competencias del talento humano, mejorando la infraestructura y el equipamiento para que efectivamente éste sea la puerta de entrada a la red de prestaciones especializadas. Adicionalmente, se deben proveer las herramientas para mejorar la gestión de las autoridades territoriales en las actividades de salud de su competencia.

En Colombia la Ley del Plan es construida teniendo en cuenta la Ley 1438 de 2011³ en donde se abrió el camino para que fuera desarrollado un modelo con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud y fueran implementadas las Redes Integradas de Servicios de Salud fundamentadas en esta estrategia. No obstante, es de anotar, que desde el Ministerio de Salud y Protección Social no se ha logrado

¹La evidencia es extensa desde la medición del gasto catastrófico (Trujillo, 2003; Giedion y Villar, 2008; Amaya & Ruiz. 2011). También han sido documentadas ganancias en equidad, particularmente en acceso a servicios curativos individuales, tanto ambulatorios como hospitalarios (Ruiz et al, 2013).

² Esta evidencia es mas de tipo cualitativo debido a la carencia de línea de base y series de tiempo que permitan medir los efectos de la reforma (Plaza, et.al. 2001; Abadía, et.al. 2008)

³ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

su reglamentación, aunque existen varias iniciativas en diferentes municipios y departamentos que han permitido implementar la estrategia de APS como una manera de disminuir las inequidades del sector y lograr impacto en la morbi-mortalidad al conocer las necesidades de la población y buscar soluciones de una manera intersectorial, lo cual, permitirá implementar más fácilmente las rutas de atención como una forma de garantizar la continuidad e integralidad en el abordaje del individuo, familia y comunidades desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta el tratamiento de sucesos dentro del ciclo vital.

De acuerdo a las estadísticas para el departamento de Risaralda⁴ en los años 2012 al 2014 ingresaron al programa de maternas 2290 mujeres, de las cuales solo el 29% de ellas finalizan su parto en el municipio de Santa Rosa de Cabal, en tanto que las demás deben ser remitidas a entidades de mayor nivel de complejidad por considerarse embarazos de alto riesgo o presentar complicaciones. La alta incidencia de embarazos en adolescentes de acuerdo a los resultados estadísticos es una de las principales problemáticas ya que más del 25% de las gestantes del programa se encuentran entre los 15 y los 20 años de edad.

Con las problemáticas de aseguramiento y embarazos de alto riesgo por edad, tipo de parto, estado conyugal de la madre, entre otros factores y de las maternas que son remitidas a entidades de mayor nivel de complejidad en el Departamento, el 96% son atendidas en Pereira, principalmente en el Hospital Universitario San Jorge, Corporación IPS Cruz Blanca – Clínica Pereira, Clínica Comfamiliar y Clínica Los Rosales. Otra dificultad es la falta de unificación de criterios en las guías de manejo entre las diferentes instituciones de salud, lo que está generando dificultades en la referencia y contra-referencia de pacientes maternas.

Con el presente trabajo se revisará el modelo de prestación que actualmente se está implementado en el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal-Risaralda para la atención de las pacientes maternas del régimen subsidiado y analizará si se garantiza la accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad en la atención de ésta población. Así mismo, teniendo en cuenta las características de la población objeto, se evaluará el proceso de referencia y contra-referencia de la entidad que nos permita determinar el porcentaje de maternas que requieren ser remitidas a otras instituciones del Departamento o fuera de éste si es el caso.

De otro lado, se identificara el estado actual de la prestación de servicios de salud en la población materna del municipio seleccionado, mediante la realización de entrevistas a funcionarios de la institución que estén involucradas en la atención de la población materna y en el área administrativa para conocer los procesos con

⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. GOBERNACIÓN DE RISARALDA. Sistema Integral de Información de la Protección social – Registro Único de Afiliados. Registro de nacidos vivos departamento de Risaralda años 2012 al 2014.

fortalezas y debilidades, igualmente se tomarán registros fotográficos de la visita realizada.

Una vez realizado los análisis anteriores se pretende generar sugerencias y recomendaciones generales de una propuesta para la adaptación de la ruta de atención integral para la población materna afiliada al régimen subsidiado dentro de la articulación de la oferta existente, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y la entidad territorial con el fin de garantizar accesibilidad, continuidad y oportunidad en la atención. Así mismo lograr una eficiencia y efectividad en la atención de ésta población y así garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A nivel de Latinoamérica así como en el municipio de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda se ha identificado que uno de los principales problemas es la inequidad en la prestación de los servicios⁵ debido a la fragmentación en los servicios de salud en pagadores, prestadores, coberturas y financiación. La mayoría de países están orientados a segmentos de población lo que impide la integración de los sistema de salud, son subsistemas que no se articulan entre sí. A esto se le suma las dificultades existentes por la falta de recurso humano calificado que a su vez genera una baja capacidad resolutive en los servicios de baja complejidad, sin desconocer que ello también está atribuido a las diferentes normas de habilitación en donde el médico general cada vez tiene mayores limitaciones para su quehacer asistencial, es el caso de la imposibilidad que tienen los médicos generales en Colombia para realizar sedación a partir de 1991⁶⁷.

En Colombia una de las grandes falencias del Sistema de Salud son las debilidades existentes en la rectoría del mismo y las importantes fallas en inspección, vigilancia y control; situaciones que han generado abusos por parte de los actores del sistema, ocasionando sobre costos y baja calidad en la prestación de los servicios⁸.

Infortunadamente la injerencia política en la toma de decisiones que se antepone con frecuencia a decisiones técnicas conlleva una alta rotación de personal en prestadores públicos y con ello a debilidades en la gestión gerencial. Es muy frecuente encontrar que las instituciones públicas no tengan sistemas de costos o que éstos sean deficientes lo que genera contrataciones no equilibradas entre aseguradores y prestadores en donde a éstos últimos en muchas ocasiones no se les garantizan los costos de transacción en la prestación de los servicios de salud⁹. Muchas de éstas dificultades en la contratación se ven acentuadas por los sistemas administrativos centralizados que manejan la mayoría de aseguradoras en donde los directivos a nivel regional tienen muy poca capacidad de negociación.

Por otro lado no se puede desconocer que en éste modelo de “competencia regulada” existe muy baja comunicación e inter-relación entre el sector público y

⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Serie La renovación de la atención primaria de la salud en la Américas N.4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 28 de mayo de 2010.

⁶ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 6 (16, enero, 1991). Por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 39.631, de enero de 1991.

⁷ COLOMBIA, PRESIDENTE DE LA REPUBLICA. Decreto 97 (12, enero, 1996). Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 6 de 1991, sobre la especialidad médica de Anestesiología.

⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Proyecto de Ley 210 de 2013. Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁹ GALLO EGAR. Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud. OPS/OMS - PAHO/WHO abril de 2011. Washington, DC

privado por la competencia permanente que impone un modelo basado en el mercado, ocasionando importantes dificultades en los procesos de referencia y contra-referencia en donde el paciente por la falta de procesos coordinados al interior de las instituciones pierde oportunidad y continuidad de atención en servicios ambulatorios y de urgencias. Es importante resaltar que a pesar de que en Colombia en el 80% de los municipios del país, sólo existe un prestador público, el modelo de competencia regulada, basado en la comercialización de servicios que genera unos altos costos de transacción en la relación pagador-prestador en donde cada vez son más frecuentes los problemas entre éstos, ocasionando ausencia de contratos de prestación entre EPS e IPS, irregularidades en el flujo de recursos y abusos de posición dominante.

En el municipio de Santa Rosa de Cabal, existe una institución con los servicios de baja complejidad completos, incluyendo los servicios de urgencias y hospitalización que es el Hospital San Vicente de Paúl. Acorde con la página de la Superintendencia Nacional de Salud existen otras IPS que prestan servicios ambulatorios de consulta externa, una institución de naturaleza privada que es la Clínica Santa Clara Ltda. y una IPS de Saludcoop EPS que presta servicios de consulta externa de baja complejidad para la población afiliada a ésta entidad¹⁰.

A nivel de Secretaria de Salud municipal de Santa Rosa no se encuentran documentos en la página correspondientes a los prestadores de servicios de salud y en la página de la gobernación se encuentra sólo la información correspondiente a los prestadores públicos. Cuando se hace un recorrido en el municipio se encuentra que existen otras Instituciones prestadoras de servicios de salud que atienden la población del contributivo para servicios ambulatorios y de baja complejidad como son: PASBISALUD IPS Ltda., IPS Santa Rosa, Centro médico Cosmitet encargado de atender la población del magisterio, UBA Coomeva que atiende los afiliados a la EPS Coomeva, Centro médico y odontológico de Santa Rosa y odontocare.

Existen así mismo laboratorios clínicos particulares a donde se dirigen algunas pacientes a tomar su prueba de embarazo, los cuales, no tienen ningún tipo de relación con el hospital. Lo mismo ocurre con las IPS ambulatorias quienes no manejan ningún tipo de comunicación con el Hospital y la mayoría de pacientes son remitidas a Pereira para culminar su embarazo en las clínicas privadas.

La falta de implementación de un modelo de atención que garantice a los usuarios accesibilidad, oportunidad y eficiencia, ocasionará que en Colombia se sigan incrementando los costos de atención de la población con mayor gasto en servicios

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – Risaralda. Internet:
(www.supersalud.gov.co/mapaRisaralda.html www.supersalud.gov.co/mapaRisaralda.html)

de alta complejidad, generando mayores inequidades y barreras de acceso en la atención por la ineficiente utilización de los recursos y por ende mayor insatisfacción de la población por la mala calidad en la prestación de los servicios.

Por lo anterior la Secretaria Departamental de Salud ha fortalecido el Programa de choque contra la morbilidad materno infantil y en el municipio se ha intensificado la vigilancia en el Programa prenatal y en la captación de gestantes antes de la semana doce.

De acuerdo a las estadísticas¹¹ del municipio de Santa Rosa de Cabal de todas las maternas vinculadas al programa el 71% fueron remitidas a entidades de mayor nivel de complejidad por considerarse embarazos de alto riesgo o presentar complicaciones, teniendo un alto impacto la incidencia de embarazos en adolescentes con más del 25% de las gestantes con edades entre los 15 y los 20 años.

Pero a esta problemática municipal se suma que según el Observatorio Nacional de Salud (ONS) del Instituto Nacional de Salud el ritmo de la Disminución de la mortalidad materna en el país no permitirá que se alcance para 2015 la meta propuesta de 45 por 100.000 nacidos vivos, en gran medida influenciado por las importantes desigualdades entre departamentos y la existencia de múltiples barreras de los servicios y la falta de acción intersectorial e interinstitucional, para garantizar una maternidad segura y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres.

Las dificultades encontradas en Colombia y en el Departamento de Risaralda, son comunes a lo que actualmente ocurre en el municipio de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda, municipio que cuenta al año 2013 con una población de 71.810 habitantes de los cuales el 50% son mujeres. De acuerdo al Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud¹² (ASIS) del 2014 para el municipio se tiene que la Tasa de mortalidad materna del 2005 al 2011 comparada con los datos del departamento es más alta y con tendencias en el aumento; el municipio alcanza una razón de 124 comparada con 50 para el departamento de Risaralda.

¹¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. GOBERNACIÓN DE RISARALDA. Sistema Integral de Información de la Protección social – Registro Único de Afiliados. Registro de nacidos vivos departamento de Risaralda años 2012 al 2014.

¹² SECRETARÍAS DE SALUD ALCALDÍA MUNICIPAL/ SECRETARIA DE PLANEACIÓN ALCALDÍA MUNICIPAL / OFICINA DE PLANEACIÓN Y ESTADÍSTICA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud - ASIS. Santa Rosa de Cabal 2014.

Causa de muerte	RISARALDA	Santa Rosa de Cabal	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Color	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad materna	50,00	124,22	2,4845	2,0838	2,9621		↘	-	↗	↘	-	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6,30	3,73	0,5915	0,2143	1,6328		↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	10,20	3,73	0,3654	0,1324	1,0085		↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13,00	6,21	0,4778	0,2176	1,0490		↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	19,60	16,96	0,8655	0,5378	1,3929		↗	↘	↘	↗	↗	↗

Tabla 1. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Municipio de Santa Rosa de Cabal 2006-2011

Por todo lo anterior expuesto, encontramos que en el municipio de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda, se presenta una dificultad importante para la atención de las pacientes gestantes, toda vez que la mayoría de EPS del contributivo tienen integración vertical con sus propias IPS que realizan la atención ambulatoria y de controles prenatales a éstas pacientes. Así mismo, el municipio cuenta con una IPS privada que realiza atención ambulatoria y consulta de urgencias 24 horas al día, pero no cuenta con la atención de partos por lo que no puede garantizar la integralidad de la atención, razón por la cual, cuando hay complicaciones o atenciones de éste tipo de pacientes en fines de semana, festivos o en las noches las gestantes que son atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa, no cuentan con la Historia clínica completa de la misma, lo cual genera sobre costos de atención en el sistema e incluso fallas en ocasiones en la atención por la no aplicación de las guías acorde con las patologías de base de la paciente, cuando éstas se desconocen. La desarticulación que se presenta en la atención de ésta población ha generado morbimortalidad evitable en el binomio madre- hijo, generándose incluso complicaciones en las pacientes del régimen contributivo que representan cerca del 19% de la población total de maternas¹³ del municipio por las barreras administrativas existentes en autorización de procedimientos, de las cuales el 1.5%¹⁴ son atendidas en el Hospital y el restante remitidas a otros niveles.

¹³ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. GOBERNACIÓN DE RISARALDA. Sistema Integral de Información de la Protección social – Registro Único de Afiliados. Registro de nacidos vivos departamento de Risaralda años 2012 al 2014.

¹⁴ HOSPITAL SAN VIVENTE DE PA

UL – SANTA ROSA DE CABAL. Base de datos de matriz de seguimiento de gestantes para los años 2012 al 2014

1.1 Planteamiento del Problema

¿La población materna del régimen subsidiado atendida por el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal – Risaralda, recibe cuidados según sus necesidades en términos de oportunidad, continuidad e integralidad, acorde con los protocolos, guías vigentes y medicina basada en la evidencia?

2. JUSTIFICACIÓN

Con la expedición de la Ley estatutaria¹⁵ y el de Plan de Desarrollo¹⁶ aprobado por el Congreso de la República, existe el gran reto para establecer una política en salud, la cual, se basa en: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) gestión del riesgo en salud y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la implementación de la gestión de riesgo en salud, el desarrollo de incentivos y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación¹⁷.

Actualmente no existe un modelo de atención en el Departamento de Risaralda y por ende en el municipio de Santa Rosa, basado en la estrategia de APS y RISS que garantice una atención integral a la población materna y que impacte en la disminución de la morbilidad y mortalidad de ésta población que por las actuales debilidades del sistema se está viendo afectado con incluso traslado de pacientes a otros municipios con las consecuencias que ello conlleva a la dinámica de la familia y la comunidad.

Por lo anterior, se hace necesario generar una propuesta que permita presentar un modelo de atención con base en lo definido en el ordenamiento legal, como es la Ley 1438 de 2011¹⁸ y la Ley del Plan Nacional de Desarrollo que sea coherente con las necesidades de la población una ruta de atención integral basada en redes integrales de servicios de salud en el municipio de Santa Rosa e Cabal – Risaralda para el binomio madre-hijo que garantice una atención integral a dicha población de tal manera que se logre la mayor disminución en la morbimortalidad materna y mejor utilización de los recursos.

¹⁵CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley Estatutaria 1751 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

¹⁶CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”

¹⁷ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo País”, Artículo 61 “Del modelo integral de atención en Salud.

¹⁸ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Diseñar un modelo de prestación de servicios de salud basado en ruta de atención integral para la población materna afiliada al régimen subsidiado que atiende el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal – Risaralda que garantice mejores resultados en salud de esa población.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar la demanda en la prestación de servicios de salud del total de maternas afiliadas al régimen subsidiado que tuvieron atención en el Hospital San Vicente de Paúl en el municipio de Santa Rosa entre los años 2012-2013 y 2014.
- ✓ Realizar diagnóstico del modelo actual de prestación de servicios a la población materna afiliada al régimen subsidiado del municipio de Santa Rosa de Cabal, incluyendo el proceso de referencia y contra-referencia.
- ✓ Diseñar una ruta de atención para la población materna del municipio de Santa Rosa de Cabal afiliada al régimen subsidiado, articulando procesos y procedimientos de los diferentes actores involucrados en el cuidado de esta población.

4. MARCO DE REFERENCIA

El sistema de salud Colombiano dio un gran paso con la expedición de la Ley 1438 de 2011¹⁹ en donde se plasmaron artículos de gran importancia para la salud pública del país como la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), equipos básicos de salud y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS); herramientas fundamentales para abordar temas como la inequidad en la prestación de los servicios, fragmentación del sistema; generado por coberturas de acuerdo a capacidad de pago, diferentes pagadores, competencia entre prestadores, llevando a un uso ineficiente de recursos con duplicidad en las atenciones y competencia entre prestadores. Lo anterior lleva a una violación permanente del derecho fundamental a la salud y es por ello que es necesario lograr la eliminación de las barreras de acceso para el usuario desde el punto de vista administrativo y geográfico; así como solucionar los problemas de calidad en la atención y cobertura con acceso a los servicios de salud, problemas que deben ser resueltos en países como Colombia y en general América Latina²⁰.

En Colombia existe una gran fragmentación en la prestación de servicios y multiplicidad de modelos de atención tanto como prestadores y aseguradores hay en el país y en los municipios. Existen formas de fragmentación desde el aseguramiento: régimen contributivo, subsidiado, regímenes especiales como policía, ejército, magisterio, Ecopetrol y Entidades territoriales para la población pobre no asegurada. Segmentación en diferentes pagadores de acuerdo al motivo de la prestación del servicio: Fosyga, ARL, EPS, Entes Territoriales; Acorde con la fuente de financiación: Entes territoriales Departamentales, municipales, Fosyga, Nación, entre otros. Con esta distribución, la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de la población está atomizada, generándose las dificultades que hoy en día existen en el sistema de salud y sus consecuencias en los perfiles de morbilidad.

A pesar de tener iguales planes de beneficios entre el régimen contributivo y subsidiado, ambos regímenes tienen fuentes de financiación y aseguradores diferentes que generan sobrecostos en el sistema. Este tipo de ineficiencias han sido evidenciadas en el reciente estudio del Banco Mundial²¹ entregado en el mes de septiembre de 2014 en donde en indicadores trazadores como mortalidad materna y mortalidad infantil que han presentado poca variación en la pendiente

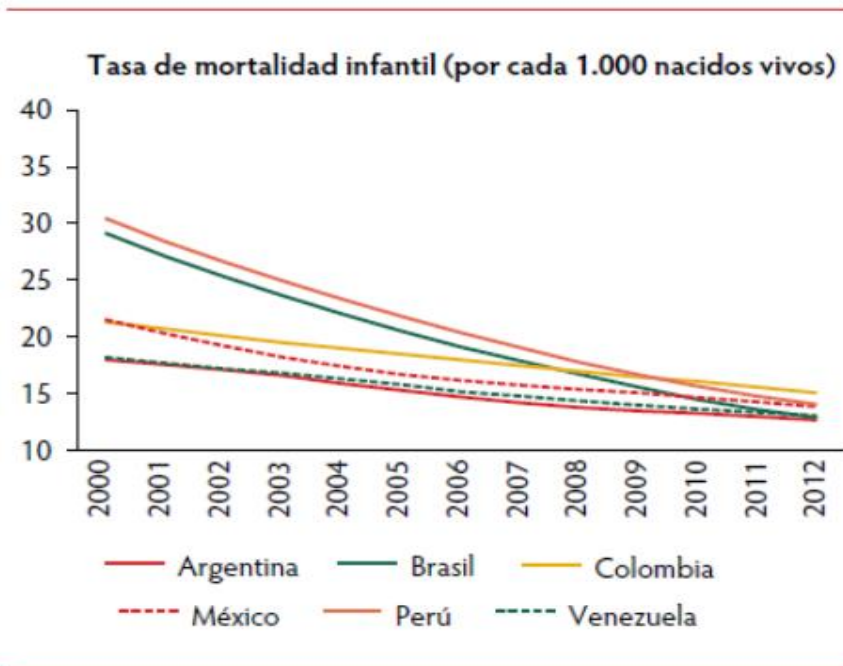
¹⁹ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

²⁰ GALLO, EDGAR. Metodología de gestión productiva de servicios de salud. OPS/OMS - PAHO/WHO. Abril de 2011. Washington, DC

²¹ BANCO MUNDIAL. Hacia la paz sostenible, la erradicación de la pobreza y la prosperidad compartida. Notas de política: Colombia. Washington DC. Septiembre de 2014.

comparada con otros países Latinoamericanos como Venezuela y Perú que tienen un gasto en salud muy inferior al de Colombia y con mejores resultados.

Mortalidad neonatal infantil



Fuente: WDI-Banco Mundial.

Grafico 1. Comportamiento de mortalidad neonatal infantil en Suramérica

Lamentablemente desde la expedición de la Ley 1438, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha generado la reglamentación de estos importantes temas y en contravía en el proyecto de Ley ordinaria, hundido recientemente pretendió derogar todo lo relacionado a éstos tópicos²² de igual manera el proyecto del Plan Nacional de Desarrollo presentado inicialmente por el gobierno; el cual, fue modificado para la salud del pueblo Colombiano. El país tiene grandes desafíos en el sector salud y uno de ellos es lograr pasar de un modelo de redes de servicios de salud en donde existe poca articulación entre los prestadores, con las consecuencias nefastas que ello conlleva para el usuario y el mismo sistema y avanzar hacia redes integradas de servicios de salud.

²² CONGRESO DE COLOMBIA, Proyecto de Ley No. 210 de 2013. "Por medio de la cual se redefine el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 67. Vigencias y derogatorias.

4.1 MARCO TEÓRICO

Las experiencias internacionales han demostrado que se debe iniciar con la construcción de micro redes que permitan poco a poco ir construyendo redes integradas de servicios de salud más grandes y con ello la articulación de todo el sistema de salud. Países como Brasil, España, Estados Unidos, Suecia, Escocia, Cuba, Costa Rica, Chile entre otros han detectado que un problema o debilidad fundamental del Sistema de Salud es su organización fragmentada y para dar solución a esta dificultad plantearon casos exitosos de implementación de sistemas integrados de grados de salud, a través de diferentes estrategias como “Territorios Integrados de Atención a la Salud”, “Integración Vertical Hacia Atrás”, “Consortios de Gestión”, “Sistemas de Atención de Salud Integrados Virtualmente”, “Cadenas de Atención”, “Equipos Básicos de Atención Integral en Salud – EBAIS”.²³

Los sistemas de salud en Latinoamérica se caracterizan por una excesiva fragmentación en los servicios que ocasionan dificultades en la accesibilidad, baja respuesta técnica en la prestación de los mismos, uso irracional e ineficiente de los servicios de salud, incremento innecesario de los costos de producción y una insatisfacción en los usuarios que reciben los servicios.

Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: rectoría, financiamiento y la prestación de servicios de salud. Las características de cada sistema dependen de historia, condiciones políticas, socioeconómicas y la influencia que tengan los diferentes grupos de interés y las fuerzas políticas.

Los sistemas de salud Latinoamericanos se orientan hacia niveles específicos de la población, agrupados por estrato social, ingreso, ocupación, inserción laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural; lo que produjo una gran segmentación de la población y una estratificación del derecho a la salud. En consecuencia tienen una estructura no integrada de subsistemas dirigido a sectores específicos de la población con la segmentación y fragmentación que afectó en forma importante el desempeño de los sistemas de salud.

Las manifestaciones de la fragmentación a nivel del desempeño del sistema son múltiples como falta de coordinación en los diferentes niveles de atención con duplicidad de los servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en los sitios menos apropiados. A nivel del usuario se manifiesta como falta de oportunidad en la atención, dificultades en la continuidad

²³BARRIOS ARTAZA Osvaldo; MÉNDEZ Claudio A; HOLDER MORRISON Reynaldo; SUARÉZ JIMÉNEZ Julio Manuel.
Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011

para la prestación de los servicios y falta de congruencia entre los servicios prestados y sus necesidades.

Adicionalmente se observa una relación directa entre la fragmentación de los servicios de salud y un bajo desempeño de los mismos, lo cual se ve reflejado de varias formas:

- Dificultades de acceso
- Baja calidad en los servicios
- Uso ineficiente de los recursos
- Incremento en costos de producción
- Baja satisfacción de los usuarios

Otras dificultades que generan fragmentación son:

- Financiación insuficiente
- Baja capacidad de rectoría
- Falta de recursos humanos calificados

Aun cuando la fragmentación es el común denominador de la mayoría de los países, las causas de ésta son variadas, no obstante, en la mayoría de los casos las causas de la segmentación a nivel regional obedecen a:

- Segmentación institucional de los servicios de salud
- Descentralización de los servicios que fragmenta por niveles
- Predominio de programas focalizados de enfermedades, riesgos y enfermedades específicas; promovidos en muchos casos por organizaciones internacionales que cofinancian los programas que no son articulados con el sistema de salud.
- Separación de la atención a las personas y los servicios de salud pública.
- Modelo centrado en la enfermedad, cuidado de episodios agudos y la hospitalización
- Baja capacidad de rectoría con problemas de cantidad y calidad en la distribución de los recursos
- Deficiencia en la definición de roles, niveles de competencia y mecanismos de contratación.

La mayoría de los sistemas de salud requieren de cambios estructurales para que puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, garantizar el derecho a la salud y a la cohesión social.

En términos generales las reformas de los años 80 y 90 en los sistemas de salud se centraron en generar cambios a nivel financiero y de gestión con desregulación, des-laboralización, promoción de la competencia entre los actores del sistema.

Con los cambios en los perfiles de la población, disminución en la tasa de fertilidad, incremento de enfermedades crónicas y las expectativas de la población se hace necesario respuestas que permitan una mayor eficiencia del sistema lo que ha generado que los países busquen mejorar la eficiencia y continuidad en el sistema, buscando colaboración y cooperación entre los diferentes proveedores del sistemas de salud. Es necesario una mayor coordinación entre los primero niveles y las especialidades para la atención de la población con patologías crónicas y con co-morbilidades.

La OPS aprobó la Resolución CD49R22²⁴ sobre RISS basado en APS y con base en ese documento se propone una “hoja de ruta” para su implementación en los países de Latinoamérica.

El propósito de las RISS es contribuir al desarrollo de modelos basados en APS y con ello a tener servicios más accesibles, equitativos, eficientes de mejor calidad técnica y que satisfagan las necesidades de los clientes. Con la globalización se hace más fácil el intercambio de conocimiento y el fortalecimiento de los sistemas de información pero también facilita el contagio y propagación de enfermedades a nivel mundial.

La OPS considera que las RISS son una de las expresiones operativas del enfoque de APS contribuyendo a hacer realidad varios de los elementos importantes como la cobertura y el acceso universal a los servicios de salud y con ello a una atención integral, continua con una atención apropiada; organización y gestión óptimas; orientación familiar y comunitaria y acción intersectorial, entre otros.

²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 49. Consejo directivo. Resolución CD49.R22. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la atención primaria basada en salud. Washington, D.C. EUA, del 28 de Septiembre al 2 de Octubre de 2009.

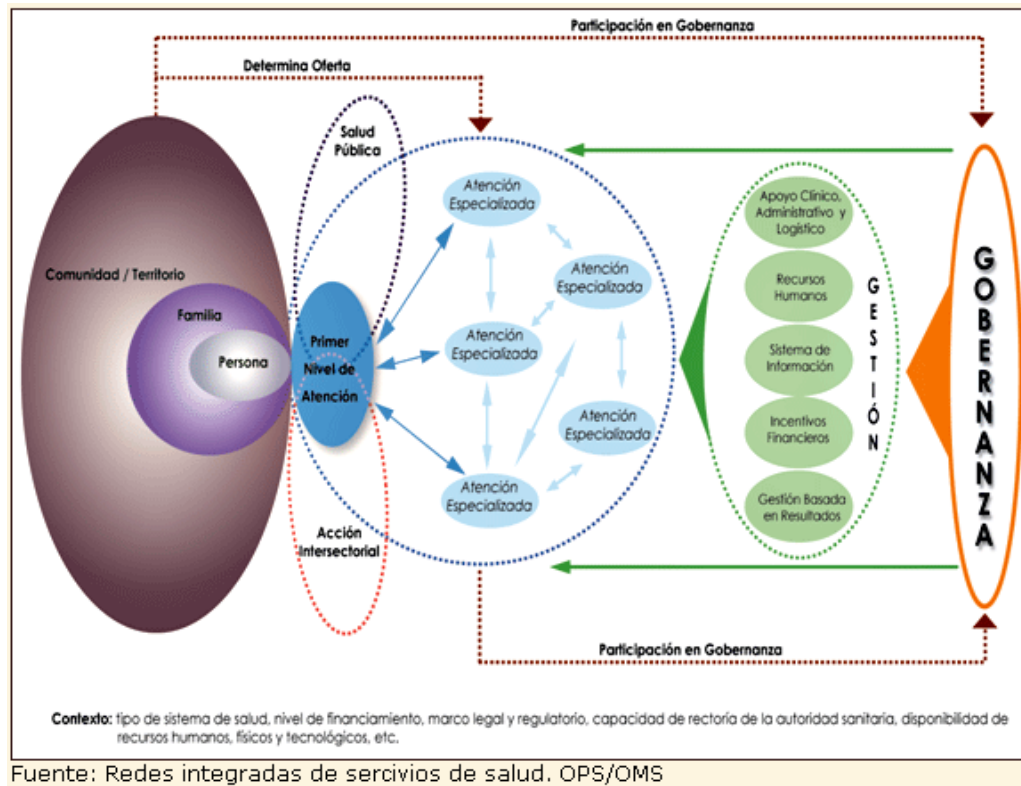


Figura 1. Esquema de Interacción en Redes Integradas de Servicios de Salud

Las RISS pretenden generar alianzas entre instituciones públicas y privadas que permitan complementar sus servicios. En términos generales los sistemas pueden clasificarse en 3 categorías generales de RISS:

- a. Sistemas que integran solamente personal de salud
- b. Sistemas que integran personal de salud con instituciones de salud.
- c. Sistemas que integran personal de salud con las instituciones y aseguradoras

También puede haber redes locales, regionales y nacionales; incluso transnacionales como ocurre en islas del Caribe.

Cuando se analizan las diferentes experiencias a nivel Internacional, se encuentra que existen elementos que jugaron un papel importante para la operación y conformación de las RISS, entre estos podemos destacar:

- Coordinación asistencial: definida como la conexión de los diferentes servicios necesarios para atender un paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común

sin conflicto; cuando se alcanza un máximo grado de coordinación, la atención está integrada.

- Continuidad asistencial: es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Cuando hay coordinación asistencial se garantiza la continuidad asistencial.

Reid et al. (2002) identifica 3 tipos de continuidad en la atención:

- a. De información o disponibilidad de la información de episodios anteriores para dar una atención adecuada a las necesidades actuales del paciente.
- b. De relación, centrada en la interacción de un paciente con un proveedor a lo largo del tiempo y
- c. De gestión, o provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo.

Ejemplos de coordinación y sus instrumentos en dos RISS de Cataluña, España: (fuente Modificado de Henao Martínez et al, 2008).

- ✓ Normalización de procesos de trabajo mediante protocolos o guías de práctica clínica y procesos.
- ✓ Normalización de habilidades a través de gestión de conocimiento y se realiza a través de sesiones compartidas entre hospital y atención primaria, visitas de especialistas en los centros de atención primaria. Planes de educación continua para personal de todos los niveles de atención de las RISS.
- ✓ Adaptación mutua con instrumentos de enlace.

Estrategias globales para mejorar la coordinación y eficiencia de dos RISS de Cataluña en Barcelona:

- ✓ Alianzas con otros proveedores de salud
- ✓ Plan estratégico para todas las RISS
- ✓ Desarrollo de un sistema de información con HC sistematizada
- ✓ Mecanismo de coordinación asistencial
- ✓ Incentivos alineados con objetivos
- ✓ Guías de práctica clínica compartidas
- ✓ Monitorio de la red con cuadro de mando integral
- ✓ Aumento de capacidad resolutoria de la atención primaria.

La evaluación del grado de coordinación asistencial se puede medir utilizando indicadores para mediar aspectos estructurales, de proceso y resultados

relacionados con la coordinación, flujo de información, gestión de la atención y satisfacción del paciente.

Dentro de los indicadores que pueden medirse está el grado de accesibilidad de la información, el grado de información compartida entre los niveles de atención, resultados asistenciales vinculados a los objetivos sanitarios, entre otros.

Cuando se decide conformar una RISS existen unos compromisos de gestión que deben ser tenidos en cuenta por las organizaciones y plantear, cómo será su implementación e indicadores para su medición:

- Clínicos
- Administrativos
- Informáticos
- Financieros
- Relacionales

Los cambios que han sufrido indicadores demográficos como la tasa de fertilidad, expectativa de vida y envejecimiento de la población inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población y por tanto la demanda de servicios de salud debe ser evaluada.

Por otro lado, en la actualidad los usuarios demandan servicios de salud de mayor calidad que se ajusten a las preferencias individuales y grupales, esto se debe al mayor acceso a información sobre salud, aumento sobre el conocimiento de sus derechos en salud, lo cual, los lleva a estar más atentos de las necesidades de cuidados individuales y demandar una cobertura de salud más integral. Esta situación hace que las organizaciones prestadoras de servicios de salud modifiquen su actitud de prestación de manera más abierta y centrado en las personas.

Los avances médicos y tecnológicos generan la necesidad de adaptar los modelos de atención y facilitar una mayor colaboración entre los distintos prestadores de servicios, el aumento en los costos de atención, el déficit de personal calificado, las inequidades en la distribución de recursos humanos y económicos para la prestación del servicio de salud a las diferentes poblaciones han generado en los últimos años una tendencia a disminuir la competencia e introducir políticas que faciliten la colaboración e integración entre prestadores de servicios de salud como mecanismo para mejorar la eficiencia del sistema y garantizar la continuidad de la atención.

A nivel mundial han existido varias iniciativas de integración y en la región existen experiencias de buenas prácticas en la creación de RISS, países como Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, otros países de América Latina y el Caribe están adoptando

políticas similares para organizar los servicios de salud. En América del Norte existen experiencias con resultados positivos en prestación de servicios bajo RISS; sin embargo, el grado de desarrollo en cada uno es diferente porque como se explicó anteriormente, su implementación exige fuera de una base jurídica estable, otro tipo de condiciones que se han discutido a lo largo del documento.

A continuación se relacionan algunas de las iniciativas de integración de servicios de salud en países de América Latina y el Caribe²⁵

País	Iniciativa	Objetivo
Perú (h)	Lineamientos para la conformación de redes	Promover la formación de redes plurales de proveedores, de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, fomentando la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones.
República Dominicana (i)	Modelo de red de los servicios regionales de salud	Crear formas organizativas y de funcionamiento del modelo de atención que tiendan a prestar servicios de una manera más racional e integral, tomando como punto de partida a la familia y la relación de ésta con los procesos sociales.
Trinidad y Tabago (j)	Experiencia de la Autoridad de Salud de la Región del Este	Crear una red integrada de servicios de salud entre los establecimientos de atención primaria (policlínicos y centros de salud) y el Hospital Sangre Grande.
Uruguay (k)	Sistema Nacional Integrado de Salud	Implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos.
Venezuela (l)	Red de salud del Distrito Metropolitano de Caracas	Reorientar el modelo de atención basada en las necesidades de calidad de vida y salud de la población y dirigido a la estructuración de redes de salud integradas con respuestas regulares, suficientes, oportunas y equitativas a estas necesidades, asegurando universalidad y equidad.

²⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N.4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 28 de mayo, 2010.

País	Iniciativa	Objetivo
Argentina (a)	Ley de Creación del Sistema Federal Integrado de Salud	Lograr la integración armónica de las partes que componen el sistema de salud, bajo una coordinación adecuada, en una red que obedezca a un plan nacional y responda con racionalidad y eficacia a las necesidades de la población, medidas a partir de la elaboración de un mapa sanitario.
Bolivia (b)	Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios	Establecer redes de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, que puedan pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina tradicional, en el marco de la interculturalidad y la estructura social en la gestión de salud.
Brasil (c)	Más Salud: Derecho de Todos 2008-2011	Integrar las acciones de promoción, prevención y asistencia en una perspectiva amplia de atención a la salud, recuperando el papel de inductor del Gestor Federal, de modo de articular la organización de redes de salud con una perspectiva de modelo de desarrollo orientado hacia la equidad en su dimensión personal y territorial.
Chile (d)	Redes asistenciales basadas en la atención primaria	Desarrollar redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas.
El Salvador (e)	Ley de creación del Sistema Nacional de Salud	Establecer un modelo de organización de los establecimientos de salud de los miembros del sistema en redes funcionales para la prestación de servicios de salud a la población en condiciones de calidad, equidad y continuidad.
Guatemala (f)	Modelo coordinado de atención en salud	Ejecutar un modelo de atención integral entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la prestación del Paquete de Servicios Básicos en los Departamentos de Escuintla y Sacatepéquez. Esta experiencia duró solamente hasta el año 2003.
México (g)	Integración funcional del sistema de salud	Propiciar la convergencia (de los servicios de salud) y la portabilidad (del seguro de salud) entre distintas instituciones del sector tales como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Tabla 2. Iniciativas Gubernamentales para implementación de modelos basados en RISS en América

Cuando se revisa la bibliografía existente sobre implementación de RISS en Colombia, se observa unos avances incipientes, producto de la voluntad política de algunos Entes Territoriales que han construido y elaborado redes de servicios de salud para la atención en primera instancia de la población pobre no asegurada con avances bastantes heterogéneos en el sistema de referencia y contra-referencia y muy poco articulados con la estrategia de APS.

La gran fragmentación existente en el sistema de salud a nivel de aseguramiento, cobertura (recientemente resuelto), prestación de servicios, se convierten en un gran reto para el sistema de salud en Colombia, el cual, a pesar de contar con una normatividad expedida desde el año 2011 no se ha logrado la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, no obstante con la expedición recientemente de la Ley 1751²⁶ del 16 de febrero de 2015 y con la Ley del Plan Nacional de Desarrollo se espera que genere un gran cambio en el modelo de atención que permita realmente la implementación de la estrategia de APS y con ello la conformación de Redes integradas de servicios de salud; buscando así resolver los problemas de inequidad en el acceso de los servicios de salud de la población.

En Colombia existen deficiencias importantes en la prestación de los servicios de salud y un insuficiente desarrollo de redes integradas de servicios de salud²⁷, por lo que se hace necesario implementar soluciones a grandes dificultades en el sistema, dentro de las cuales se pueden destacar las barreras de acceso a los servicios de salud acompañados de una baja calidad en los servicios prestados como consecuencia de problemas en la continuidad y oportunidad en atención que generan una insatisfacción por parte del usuario y poco impacto en los perfiles de morbilidad y mortalidad del país²⁸.

El modelo de aseguramiento con un alto porcentaje de integración vertical por parte de las EPS, principalmente en el régimen contributivo; sumado al modelo de “competencia regulada” ha generado grandes dificultades para los prestadores que en vez de tener modelos de complementariedad, hay una gran competencia entre ellos, llevando a la duplicidad de servicios e incluso competencias desleales a través de disminución de tarifas, los cuales, van en contravía en muchas ocasiones de la calidad en la prestación de servicios con barreras de acceso para el usuario en pro de búsqueda del equilibrio financiero de las IPS, las cuales, son medidas a través de éste tipo de indicadores dejando a un lado la rentabilidad social y los indicadores de salud pública de la población a su cargo.

A lo anterior expuesto se suma las grandes deficiencias en Inspección, Vigilancia y Control en donde a pesar de existir una reglamentación²⁹ que exige a las EPS del régimen subsidiado contratar el 60% de los servicios de baja complejidad en el municipio de residencia; prohibición de generar contratos que generan barreras de

²⁶ CONGRESO DE COLOMBIA, Ley estatutaria 1751 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. 16 de febrero de 2015.

²⁷ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438 “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”. Enero de 2011.

²⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Tomo III. Morbilidad y Mortalidad de la población colombiana. Bogotá, diciembre de 2010.

²⁹ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Diario oficial No. 40.506 de 9 de Enero de 2007.

acceso al usuario y se debe garantizar la integración en la prestación de los servicios; en la práctica, éste tipo de normatividad no se cumple en la mayor parte del país.

De acuerdo a la información suministrada por el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, la población afiliada al régimen subsidiado es atendida en el hospital a través de contrataciones con entidades como Asmet Salud EPS-S, Cafesalud EPS-S o a través del Ente Territorial para las actividades de salud pública colectiva de acuerdo al Plan Municipal de Desarrollo³⁰. Actualmente el hospital tiene contratación vigente con la EPS Asmet Salud desde mayo de 2015 a abril 20 de 2016 con montos de \$12.289 de pesos/usuario bajo la modalidad de capitación para los diferentes programas y \$3601 pesos/usuario para actividades de Prevención y Promoción (PyP). Para el caso de la EPS Cafesalud se está prestando el servicio a la población, aun cuando no se ha renovado contrato desde Marzo de 2015 donde se tenían montos de \$12.100 pesos/usuario bajo la modalidad de capitación para los diferentes programas y \$3.500 pesos/usuario para Prevención y Promoción (PyP); la contratación no se ha renovado porque la EPS no reconoce el incremento de la UPC.

Adicionalmente, Colombia tiene grandes dificultades en la formación de recursos humano especializado con concentración de especialistas y sub-especialistas en las grandes ciudades capitales y recientemente un déficit igualmente importante de médicos generales, lo cual, genera un problema importante en la distribución de recurso humano en las diferentes regiones del país, lo cual, se traduce en barreras de acceso para el usuario que requiere de éste tipo de servicios.

Acorde con el estudio realizado por la Universidad Javeriana y el Cendex³¹ en el año 2013 al igual que el estudio realizado por Matallana y Varela³² en el año 2005 el número de médicos especialistas egresados a partir de la promulgación de la Ley 30 de 1992³³ se incrementó en forma importante pasando de un promedio de egresados de 400 en el año en 1992 a 800 entre los años 1995 y 2005. No obstante el número de médicos especialistas en Colombia es insuficiente al igual que la mayoría de países Latinoamericanos de acuerdo a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud. A lo anterior se suman las dificultades por la emigración en el recurso humano en salud que es un tema recurrente y en

³⁰ CONSEJO MUNICIPAL – SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA. Acuerdo No. 041. Por el cual se adopta el plan municipal de desarrollo: “Trabajemos juntos por Santa Rosa de Cabal”, correspondiente al periodo institucional 2012-2015 y se dictan otras disposiciones. Mayo 29 de 2012.

³¹ PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – CENDEX (Centro de Proyectos para el Desarrollo). Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialista, en servicios de alta y media complejidad en Colombia. Documento Técnico GPES/1682C-13. Bogotá, Septiembre de 2013.

³² CENDEX (Centro de proyectos para el Desarrollo). Informe diagnóstico y perspectiva de los estudios de postgrado en Colombia. Documento técnico ASS/1192-05. Bogotá, mayo de 2005.

³³ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 30 de 1992, por el cual se organiza el servicio público de Educación Superior. Diciembre 28 de 1992.

ocasiones problemático, ya que el país educa y forma a personas que luego van a prestar sus servicios a otros países, movidos por incentivos como la remuneración, el desarrollo profesional y mayores oportunidades de empleo (Observatorio de Recursos Humanos, 2006), lo que posteriormente tiende a generar escasez de la fuerza de trabajo en el mercado de salud en los países de origen.

Aunque no se ha establecido una medida estándar para evaluar la cantidad suficiente de recurso humano en salud, la OMS ha calculado el número de médicos por cada 10.000 habitantes, en diferentes años y países, para estimar tasas de cobertura aproximadas. Para el estudio realizado por la Universidad Javeriana y el Cendex se estimó el indicador de médicos especialistas por cada 100.000 habitantes, debido a la necesidad representativa del número de especialistas versus el total de la población. El indicador muestra para el año 2011 una disponibilidad de 14 pediatras por cada 100.000 niños, mientras que Ginecología y Obstetricia ofrece 13 especialistas por cada 100.000 mujeres, Medicina Interna dispone de 7 especialistas por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, 4 anesthesiólogos y 3 cirujanos generales por cada 100.000 habitantes. No obstante, especialidades como Medicina del deporte, Cirugía pediátrica, Medicina del trabajo, Radioterapia, entre otras,

De acuerdo al estudio realizado el grupo de especialistas, en el Grupo 1, incluyó Pediatría, Medicina Interna, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General que son las primeras especialidades con mayor disponibilidad de recurso humano, ya que su participación es del 56% en el stock. Sumado a esto este grupo presentó un comportamiento similar entre ellas y un importante crecimiento a lo largo del período.

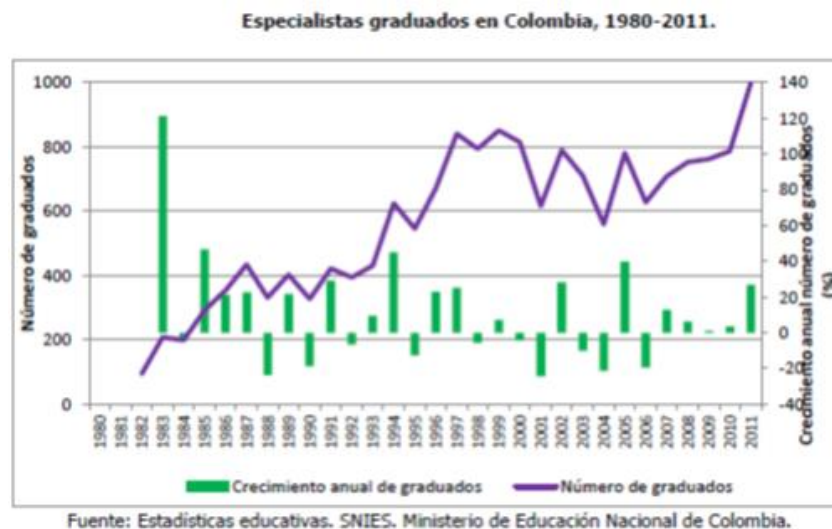
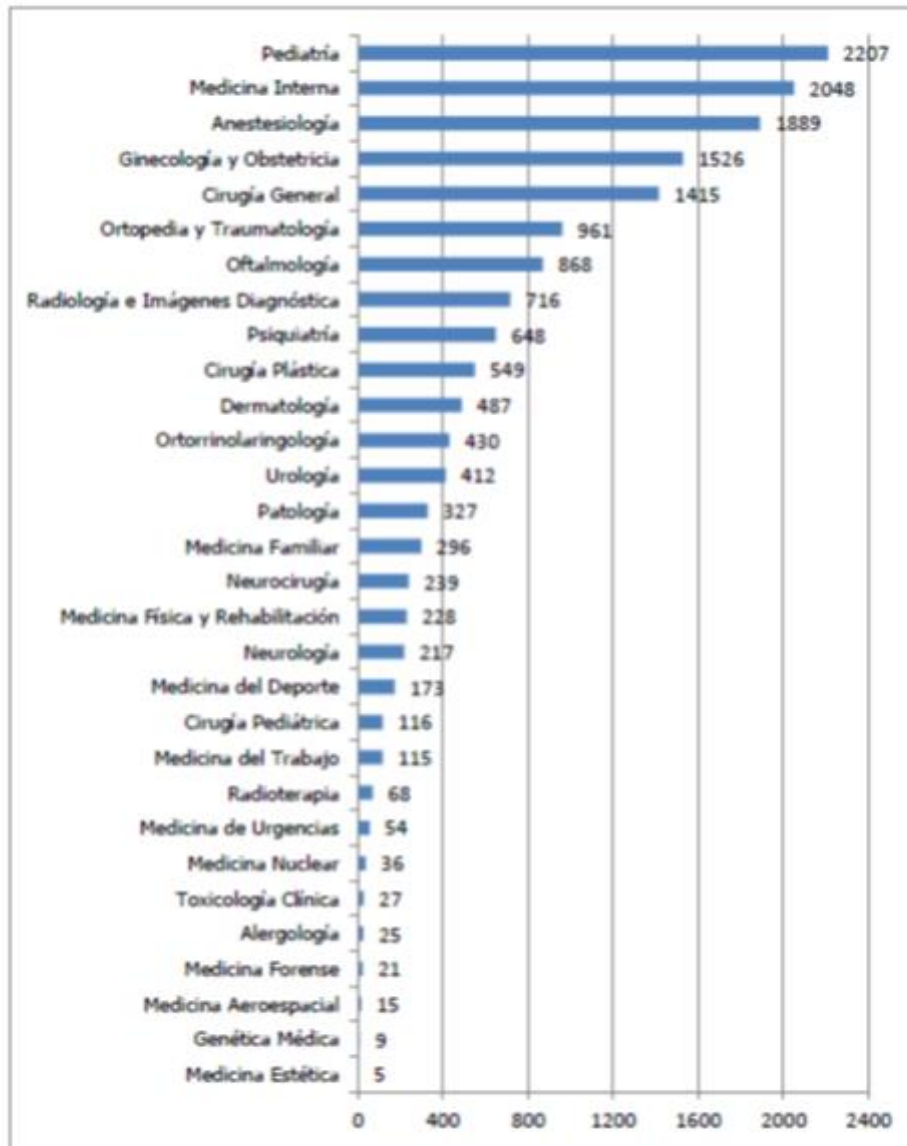


Gráfico 2. Comportamiento de especialistas graduados en Colombia de 1980-2011

Total acumulado del número de graduados por especialidad a 2011



Fuente: Estadísticas educativas. SNIES. Ministerio de Educación Nacional de Colombia.

Gráfico 3. Acumulado de graduados por especialidad a 2011

Teniendo en cuenta que en Colombia existe un modelo de mercado regulado a través de un sistema de aseguramiento que determina precios y cantidades de prestaciones médicas, lo cual, conlleva a delimitar mercados, concentrar servicios en ciudades capitales y establecer flujos de servicios.

El incipiente desarrollo de las RISS en Colombia ha generado sobre costos en los sistemas de salud al generarse duplicidad de atenciones, pérdida de información, barreras de acceso para el usuario que se han traducido en una mayor morbilidad

y mortalidad en la población. Debe también tenerse en cuenta que con el gran avance tecnológico y el rudimentario desarrollo de las RISS se observan mayores brechas en los resultados de salud a pesar de incrementarse la inversión en el sector salud.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

- **Modelo de Atención de Salud:** Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, planes, programas, proyectos e instrumentos gubernamentales, que operando coherentemente garantizan la atención a los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.
- **Gestión Integral del Riesgo en Salud³⁴:** Es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias³⁵. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extra sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde se vive, estudia, trabaja o recrea; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones; y el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

La gestión integral del riesgo en salud tiene un componente individual y otro colectivo. El colectivo integra las intervenciones preventivas que con base en evidencia, se pueden aplicar de manera efectiva a grupos de población con el fin de reducir el riesgo (prevención primaria), la severidad de la enfermedad (prevención secundaria) o la discapacidad (prevención terciaria). El enfoque individual para la gestión del riesgo involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud, lo cual arranca desde los factores biológicos, los determinantes sociales que afectan a cada individuo, su estilo de vida y afectación por los entornos institucionales y sociales con los que interactúa y los factores incrementales asociados a la enfermedad y discapacidad. Esto incluye acciones orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la enfermedad una vez se ha presentado.

³⁴ MINISTERIO DE SALUD Y POTECCIÓN SOCIAL. Planeación prestación de servicios de salud. Contexto financiero y abordaje del GIR. Dirección de prestación de servicios y atención primaria. Julio de 2014.

³⁵Adaptado Grupo de Gestión Integral del Riesgo en Salud, MSPS, 2012.

La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad.

- **Prestador Primario:** El prestador primario de atención es el esencial de la estructura asistencial para garantizar la cobertura. Debe disponer de tecnología suficiente para cubrir la mayor proporción de los riesgos y patologías. Su portafolio de servicios se define a partir de las rutas de atención. Puede ofrecer el conjunto de servicios de manera integrada en una única institución o entre diferentes instituciones que bajo el principio de complementariedad, conformen el componente primario de la red. Deben estructurar su atención a partir de la adscripción de usuarios a una única IPS primaria que sirva de puerta de entrada y resuelva la mayor parte de las patologías que afectan a la población.
El enfoque de la atención en el prestador primario es el de salud familiar y comunitaria con servicios de naturaleza extramural que intervienen riesgos mediante la inducción de demanda a través del encuadre de la familia y la comunidad como núcleos básicos en la generación de salud.
- **Prestador Complementario:** Acorde con el modelo de prestación de servicios de salud que actualmente viene desarrollando el Ministerio de Salud y Protección Social el concepto de prestador complementario son aquellos prestadores públicos o privados que realizan actividades de mediana y alta complejidad y que no necesariamente se encuentran en el municipio de residencia del usuario, por tanto, en la conformación de las rutas de atención éste tipo de prestadores deben articularse con los prestadores primarios que se encuentran en el municipio de residencia del usuario.
- **Ruta de Atención:** Con la expedición de la Ley 1753³⁶ del Plan Nacional de Desarrollo el gobierno nacional, estableció que el Ministerio de Salud definirá una política que recibirá la población residente en el territorio Colombiano, la cual, integrará los siguientes enfoques: Atención Primaria en Salud y Redes Integrales de Servicios de Salud, Atención Geográfica, Salud Familiar y Comunitaria, articulación de actividades individuales y colectivas, enfoque poblacional y diferencial.

La ley establece que la atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso

³⁶ CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Diario oficial No. 49.538 de 9 de junio de 2015.

de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164³⁷ de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación. Acorde con las presentaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el concepto de prestador primario hace referencia a las instituciones de baja complejidad que serán las encargadas de garantizar los servicios de primer nivel de atención y las especialidades de Gineco-obstetricia, Pediatría y Psiquiatría, acorde con los perfiles epidemiológicos de la población y las necesidades de ésta; no obstante no puede desconocerse la realidad del país en lo concerniente a la escasez de recurso humano especializado, por tanto se deberá avanzar al fortalecimiento de proyectos como telemedicina y telesalud.

Cuando se habla de rutas de atención, se hace referencia al camino o vía que deberá realizar el individuo desde su nacimiento hasta su muerte y las diferentes actividades que deberán ser realizadas para promocionar su salud y prevenir la enfermedad; así mismo si éste individuo se enferma o se encuentra en un estado que requiera una atención especial, verbigracia, el embarazo, ingresará a otra ruta que le permitirá prevenir complicaciones de su enfermedad o en el caso de la paciente embarazada, realizar una serie de exámenes y valoraciones que permitan un desenlace adecuado del embarazo con un recién nacido sano normal. Es importante resaltar que a lo largo de la vida, un solo individuo puede estar transitando por varias rutas de atención, acorde con la edad y sus riesgos o patologías.

³⁷ CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1164 DE 2007. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud". Octubre 03 de 2007.



FIGURA 2. Ruta de atención integral para la convivencia escolar



FIGURA 3. Ruta de servicios poblaciones especiales. Alcaldía de Bogotá.

- **Sistema de Aseguramiento Colombiano (Papel del aseguramiento en el nuevo modelo):**

Con la expedición de la Ley 100³⁸ de 1993 en Colombia se generaron grandes cambios para el Sistema de Salud en Colombia en donde podrían describirse:

- Modificación del modelo basado en los subsidios de oferta y se cambió por subsidios a la demanda lo que implicó incluso una modificación de fuentes de financiación.
- El modelo de salud Colombiano se definió como de competencia regulada en donde el Estado re-definió su papel hacia un regulación de mercados imperfectos y la financiación de la población más pobre.
- Se inició un modelo de aseguramiento público –privado en donde el grueso de la población Colombiana debería estar en dos regímenes, contributivo y subsidiado, en el primer grupo se ubicaría los trabajadores y su núcleo familiar y en el segundo la población pobre que financiaría el gobierno. Así mismo continúan existiendo regímenes especiales para poblaciones como la policía, ejército y magisterio.

Las entidades encargadas de garantizar el aseguramiento anteriormente se llamaban EPS (Empresas Promotoras de Servicios de Salud) para el contributivo y ARS (Administradoras del régimen subsidiado) para el subsidiado; posteriormente se denominaron EPS-S o EPS-C y hoy en día son las administradoras de planes de beneficios.

Las fuentes de financiación son diferentes, coberturas totalmente diferentes en sus inicios, homologadas después de Sentencia de la Corte Constitucional³⁹ que instó al Ministerio de Salud a igualar los planes de beneficios de la población Colombiana. En la prestación de servicios también se encuentran diferencias toda vez que el régimen contributivo en un porcentaje importante es atendido por prestadores privados en contraste con el subsidiado que su atención es en los hospitales públicos por una exigencia desde la expedición de la Ley 715⁴⁰ de 2001 en donde en su artículo 51 exige la contratación de mínimo el 40% de los servicios con la red pública. La población que no se encuentra afiliada a ningún tipo de régimen se conoce como población pobre

³⁸ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.

³⁹ REPUBLICA DE COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, Sala segunda de revisión. Sentencia No. T-760 de 2008

⁴⁰ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materias de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

no asegurada y es responsabilidad de los Entes Territoriales garantizar su atención a través de la red pública hospitalaria. En Colombia existe un 94,49% de cobertura en el 2015⁴¹, por tanto, cada vez ésta población se ha ido reduciendo.

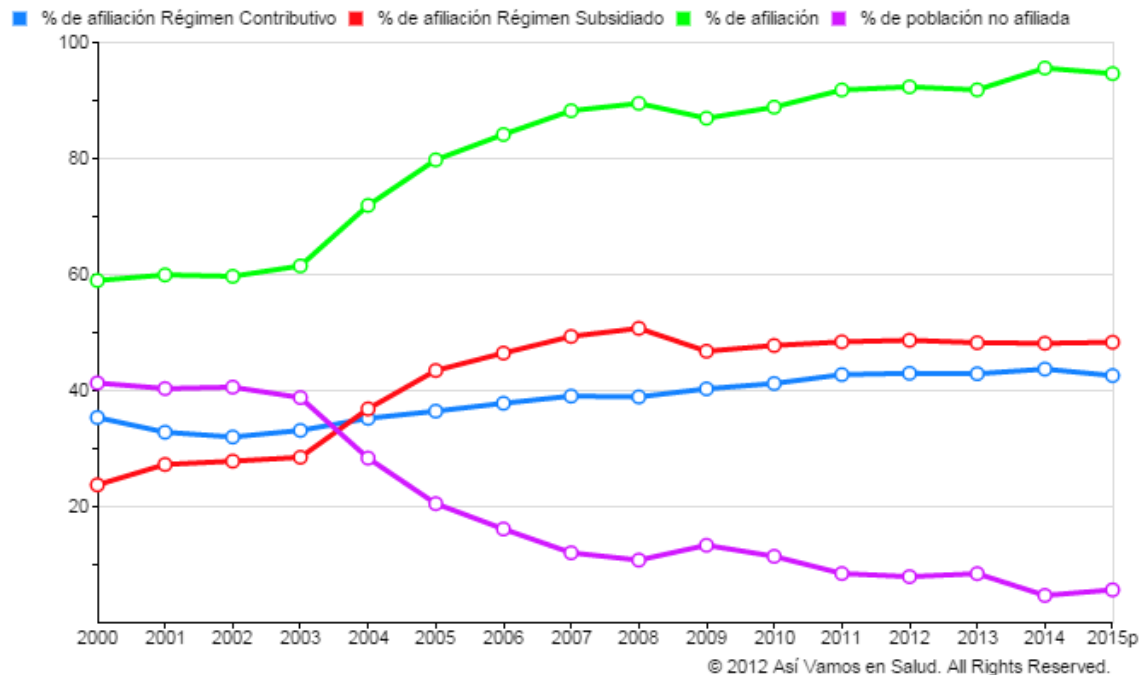


Gráfico 4. Aseguramiento Geo referenciado de la Población Colombiana

- **Atención Primaria en Salud (APS):** La Organización Mundial de la Salud define la APS como la “asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”⁴².

En el año 2007, La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017⁴³ señaló la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la

⁴¹ ASI VAMOS EN SALUD. Seguimiento al sector salud en Colombia. Tabla gráfica de aseguramiento geo referenciado. Internet:

(www.asivamosensalud.org. <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>)

⁴² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud. Bogotá, Colombia. Agosto de 2011.

⁴³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Agenda de salud de las Américas 2008 – 2017. Presentada por los ministros de salud de las Américas en la ciudad de Panamá, junio de 2007.

entrega de servicios comprensivos y oportunos” y el Consenso de Iquique⁴⁴, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala “la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales”.

Según la OPS un sistema basado en APS supone “Un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace el derecho de alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en APS está basado en una serie de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales, son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la promoción y en la prevención y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y a las comunidades como base para la planificación y la acción.

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo; además de recurso humano, tecnológico adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para lograr la calidad, eficiencia y efectividad y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de ésta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes sociales y la equidad”.

⁴⁴ GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. Consenso de Iquique. Las ministras y ministros de salud de Iberoamérica, reunidos en la IX conferencia iberoamericana de ministras y ministros de salud de Iquique. Chile, julio de 2007.

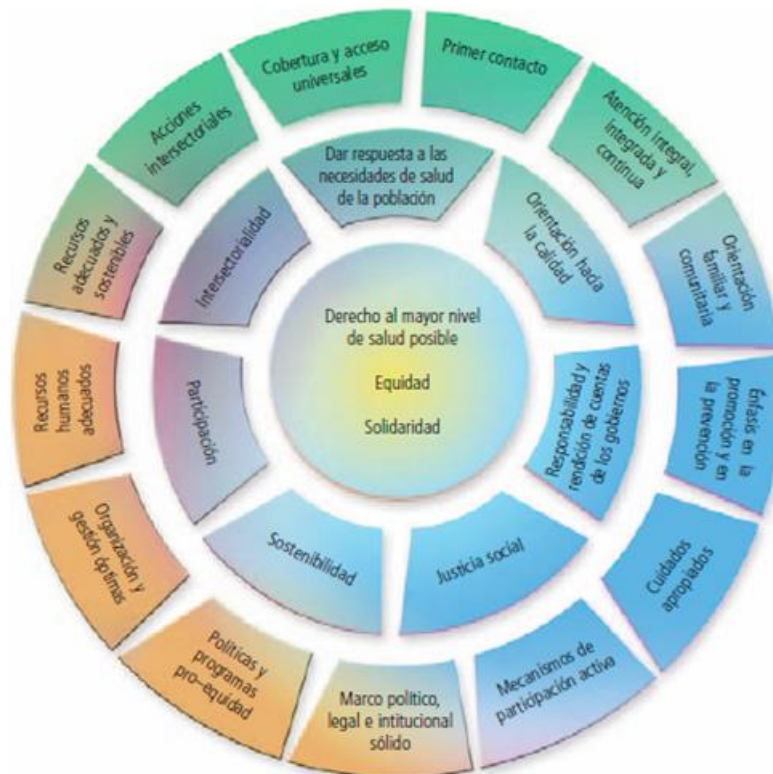


Figura 4. Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en APS

- **Determinantes Sociales de la Salud:** Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- Medición y análisis del problema

- **Intersectorialidad:** De acuerdo a la Ley 1428⁴⁵ de 2011 en su artículo 3 numeral 3.19 “Principios de la Ley” define la Intersectorialidad como la “acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población”.
- **Accesibilidad:** De acuerdo a la Ley 1751⁴⁶ de 2015 en su artículo 4 numeral “c” define que “Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.”
- **Continuidad:** De acuerdo a la Ley 1751 de 2015 en su artículo 4 numeral “d” establece que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;
- **Oportunidad.** De acuerdo a la Ley 1751 de 2015 en su artículo 4 numeral “e” establece que la prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones, acorde con lo establecido en el Decreto 019⁴⁷ del 2012 del Ministerio de Salud donde en su artículo 123 fija que la asignación de las citas no podrá exceder tres (3) días hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud, para la consulta del médico general. De igual manera el Ministerio de Salud posteriormente emitió reglamentación en donde se establece un tiempo máximo de ocho (8) días para la asignación de cita especializada.
- **Integralidad:** De acuerdo a la Ley 1751 de 2015 en su artículo 8 establece que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se

⁴⁵ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Enero 19 de 2011.

⁴⁶ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley Estatutaria 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015.

⁴⁷ REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 19 de 2012. “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública”. Enero 10 de 2012

entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

- **Alto riesgo Obstétrico:** La Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN), relaciona que se reconocen como embarazos de Alto Riesgo aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general. En estos casos es de suma importancia identificar tempranamente los factores de riesgo y valorar su importancia relativa frente al resultado perinatal, para realizar la intervención pertinente y disminuir así las consecuencias adversas de los mismos.

Un factor de riesgo es aquella característica o circunstancia identificable que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. Cada factor de riesgo tiene un impacto, prevalencia y complicaciones específicos para la madre, el feto o ambos. Se consideran los siguientes grupos:

- Psicosociales: El stress psicosocial aumenta posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y un 44% para complicaciones neonatales.
- Antecedentes médicos: El embarazo es un gran desafío fisiológico para la mujer, porque condiciona una serie de cambios que ponen a prueba su capacidad de adaptación y su reserva, y las patologías que alteran esta capacidad de adaptación pueden manifestarse significativamente durante el embarazo. Las patologías crónicas maternas que pueden afectar el embarazo son diversas, pero algunas de ellas tienden a complicarse más en este estado. Entre las complicaciones más frecuentes están la descompensación de la Hipertensión Arterial Crónica, eclampsia añadida o no a la hipertensión, que en algunos casos puede ser agravada con riesgo, en este caso para la vida de la mujer, la Diabetes Gestacional, los problemas tromboembólicos con las complicaciones propias de esta patología hasta llegar al tromboembolismo pulmonar, alteraciones del sistema endocrino como el hipo e hipertiroidismo
- Antecedentes reproductivos: Total de embarazos y partos; abortos, ectópicos, molas; parto prematuro o prolongado, intervalos intergenésico cortos; placenta previa, desprendimiento placentario; ruptura prematura de membranas; polihidramnios, oligoamnios (exceso o escasez de líquido amniótico), retardo en el crecimiento intrauterino;

parto por cesárea; retención placentaria o infecciones en el postparto; hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y bajo peso al nacer.

- Evolución del embarazo actual: La gestación es un proceso dinámico. Un factor de riesgo puede identificarse en algún momento del embarazo y persistir permanentemente o desaparecer al cabo de un tiempo. De esta manera puede variar la calificación del riesgo, y una paciente de alto riesgo al resolverse su condición (por ejemplo, amenaza de aborto), pasa a ser de bajo riesgo.

- **Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS):**

El propósito de las RISS es contribuir al desarrollo de modelos basados en APS, impactando positivamente en una de las dificultades más relevantes de los sistemas de salud a nivel Latinoamericano como es la fragmentación en los servicios de salud y con ello a tener servicios más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad técnica que satisfagan las necesidades de la población. Con la globalización se hace más fácil el intercambio de conocimiento y el fortalecimiento de los sistemas de información pero también facilita el contagio y propagación de enfermedades a nivel mundial.

La OPS considera que las RISS son una de las expresiones operativas del enfoque de APS que contribuyen a hacer realidad varios de los elementos importantes como la cobertura y el acceso universal a los servicios de salud y con ello a una atención integral, continua con una atención apropiada; organización y gestión óptimas; orientación familiar y comunitaria y acción intersectorial, entre otros.

Teniendo en cuenta los múltiples conceptos sobre servicios de salud integrados la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la siguiente definición para RISS: “la gestión y prestación de servicios de salud de manera tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su vida”⁴⁸.

También se define como “Una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población

⁴⁸(Modificado de WHO integrated services health- What and Why? Technical Brief No 1.

definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por los resultados en salud de la población a la que sirve”⁴⁹.

Puede decirse que los beneficios de implementación de RISS se observan en la mejora de respuesta clínica, efectividad clínica y eficiencia de los servicios y mejor comunicación y relación entre médicos generales y especialistas al garantizar la continuidad en la atención. De igual manera se ha evidenciado que las RISS pueden mejorar la eficiencia global del sistema, evitar duplicidad en infraestructura, reducción de costos de producción y en términos financieros mejora los márgenes operacionales totales.

- **Atributos Esenciales de las RISS⁵⁰**

De acuerdo a las diferencias existentes en los países no existe un solo modelo de salud; sin embargo, existen 14 atributos esenciales agrupados en 4 principales grupos de abordaje que se deben contener para el adecuado funcionamiento de las RISS:

- ✓ **Abordaje de Modelo de Asistencial**

1. Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que tenga los programas focalizados en enfermedades, riesgo y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

⁴⁹ Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Guilles, RR, Mithell JB; Morgan KL; Building integrated system: the holographic organization. *HealthcareForumjournal*; 1993;36(2):20-6

⁵⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD; Serie “La renovación de la atención primaria de salud en las américas N.4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas. Washington DC, 28 de mayo de 2010.

6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
- ✓ **Abordaje de Gobernanza y Estrategia**
 7. Un sistema de gobernanza único para toda la red
 8. Participación social amplia
 9. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la inequidad en salud
 - ✓ **Abordaje de Organización y Gestión**
 10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
 11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
 12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
 13. Gestión basada en resultados.
 - ✓ **Abordaje de Asignación e Incentivos**
 14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

La conformación de RISS requerirá de políticas y estrategias para la gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; la gestión integrada de recursos humanos para garantizar suficiencia, competencia y que los trabajadores de la salud se sientan valorados por sus organizaciones; sistemas de información integrados que vincule a todos los miembros de la red y la generación y consolidación de una cultura de gestión basada en resultados como garantía de la rendición de cuentas y la transparencia. Todo esto implica promover la adquisición de nuevas competencias (nuevas políticas y programas de formación), el fortalecimiento de la gestión (políticas, sistemas administrativos, etc.) y de los gestores (liderazgo, autoridad, adquisición de nuevas competencias)⁵¹. De igual manera se hace necesaria una hoja de ruta que

⁵¹Documento OPS sobre Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud MGPSS).

independiente del desarrollo de los países, acorde con la experiencia y la consulta de expertos ha puesto de manifiesto las siguientes prioridades:

1. Sistemas de Información
2. Gobernanza
3. Gestión de apoyo clínico, administrativo y logístico
4. Financiamiento e incentivos
5. Primer nivel fortalecido
6. Recurso humano calificado, competente y comprometido
7. Mecanismos de coordinación asistencial
8. Estrategia con enfoque en la persona, familia y comunidad.

4.3 MARCO LEGAL

El marco jurídico para la construcción de redes integradas de servicios de salud en Colombia se debe iniciar desde los tratados internacionales firmados por Colombia.

Tratados y Acuerdos Internacionales

- La salud ha sido incluida como derecho fundamental desde la declaración universal de los Derechos Humanos⁵², artículos 3, 7, 22 y 25.
- Para el caso latinoamericano, cobra importancia destacar los contenidos del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"⁵³, dentro de sus contenidos expresa acerca de la seguridad social, la salud, el medio ambiente y la nutrición en sus artículos 9,10,11,12.

Es de anotar, que los acuerdos internacionales, son parte vinculante de las constituciones nacionales de los países miembros que los ratifiquen mediante aprobación de sus respectivos Congresos. Es así que, Colombia ha ratificado la Declaración Universal de los Derechos Humanos, mediante la Ley 74 de 1968, así como el Protocolo de San Salvador, con la Ley 319 de 1996, por ende, el

⁵² Declaración Universal de Derechos Humanos; adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1498.

⁵³ PROTOCOLO DE SAN SALVADOR; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. (Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General)

Estado colombiano se encuentra obligado a dar cumplimiento a los contenidos enunciados.

Del contenido de los tratados anteriormente relacionados, se puede establecer que el Estado debe garantizar a sus ciudadanos la vida, lo cual se logra si el ser humano puede contar con unas condiciones básicas que le permitan llevar una vida en condiciones de dignidad. En este sentido, es determinante que la salud deba ser proveída por el Estado bajo principios de universalidad, equidad, solidaridad y eficiencia.

En este punto y como complemento, es necesario mencionar que, según la reglamentación internacional, ratificada por Colombia, en materia de salud, el Estado ha adquirido mayores obligaciones, en particular la observación N° 14 del Comité Internacional sobre los Derechos Sociales, Económicos y Culturales de 2001⁵⁴, para definir los mínimos esenciales del derecho a la salud:

- Acceso a centros, bienes y servicios de salud sin discriminación, en especial a grupos vulnerables o marginados.
- Acceso a alimentación nutritiva, adecuada y segura.
- Acceso a hogar y vivienda con condiciones sanitarias básicas y agua potable.
- Facilitar medicamentos esenciales, según la definición de la OMS.
- Distribución equitativa de instalaciones, bienes y servicios de salud.
- Planes y programas de salud para toda la población, con participación y vigilancia de los progresos realizados por parte de la comunidad

TRATADO INTERNACIONAL	ADOPTADO EN COLOMBIA
<i>Declaración Universal de los derechos Humanos – 1948</i>	
<i>Convención Americana Derechos Humanos- Pacto de San José –Costa Rica</i>	<i>Ley 16 de 1972</i>
<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) -1966</i>	<i>Ley 74 de 1968</i>
<i>Convención sobre los derechos del niño – 1989</i>	<i>Ley 12 de 1991</i>
<i>Observación General N° 14 del CDSC – 2000- Derecho al más alto nivel de salud posible</i>	<i>Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad.</i>

⁵⁴ NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos económicos, sociales y culturales. Consejo económico y social. Suplemento No. 2. Nueva York y Ginebra. 2002.

Tabla 3. Marco Normativo para Redes Integradas en Servicios de Salud

Normatividad Colombiana

- **Constitución Política de Colombia** en sus artículos 1, 5, 11, 44, 46, 48,49, 50, 93 y 94.

Este avance jurisprudencial les ha permitido a muchos colombianos y colombianas, amparar su derecho a la salud, mediante acciones de tutela interpuestas ante los jueces de la República, cuando se violenta su derecho por parte de entidades privadas y/o públicas.

- **Ley 10 de 1990:** por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 1760 de 1990:** por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad.
- **Resolución 14707 de 1991:** por la cual se define la clasificación de las Instituciones por niveles de atención.
- **Decreto 2759 de 1991:** por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contra-referencia.
- **Ley 100 de 1993:** por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En el artículo 155 se definen los integrantes del sistema.
- **Ley 60 de 1993:** Distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357. Modificada por la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1176 de 2009, Ley 1294 de 2009.
- **Ley 715 de 2001:** por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otro. Título III Sector Salud (Nación, Departamentos y Municipios), Modificada por la Ley 1176 de 2007, Ley 1122 de 2007.

- **Acto Legislativo 001 de 2001:** por medio del cual se modifican algunos artículos de la Constitución Política. Se modifican los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de 1991 y se crea el Sistema General de Participaciones para Departamentos, distritos y municipios.
- **Ley 1122 de 2007:** por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1438 DE 2011:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En su capítulo 11 Redes Integradas de Servicios de Salud con sus artículos 60, 61, 62, 63, 64.
- **Ley 1751 del 16 de febrero de 2015:** por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 13. Redes de Servicios: El Sistema de Salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales, podrán ser públicas, privadas o mixtas.

- **Resolución 412 del 2000:** por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención⁵⁵ para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

4.4 MARCO GEOGRÁFICO

El presente proyecto se realizará en el municipio de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda - Colombia. De acuerdo al Censo 2005- DANE⁵⁶, para el 2014 el departamento cuenta con cerca de 946.000 habitantes de los cuales 734.000 se ubican en las Cabeceras Municipales y 206.000 al sector Rural. El 56% de la población se ubicada en Pereira, su ciudad capital. Es un departamento que se encuentra situado en el centro occidente de la región Andina.

⁵⁵MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. ISBN: 978-958-98220-0-5. Bogotá, Colombia. Mayo de 2007.

⁵⁶Departamento Administrativo Nacional de Estadística. www.dane.gov.co/censo

El Departamento de Risaralda cuenta con 14 municipios y 19 corregimientos; cuenta con una extensión de 4.140 Km lo que representa el 0,34% del territorio nacional.

El clima del departamento de Risaralda está influenciado por las masas de aire húmedo sobre la cordillera occidental y la depresión del río Cauca, situaciones que hacen que se generen dos marcadas tendencias, una muy húmeda por la vertiente occidental y otra húmeda con tendencia seca en la vertiente oriental sobre el río Cauca.

Limita con 6 departamentos: Chocó por el Occidente, Tolima y Caldas por el Oriente; Antioquia y Caldas por el Norte y Quindío y Valle del Cauca por el Sur.

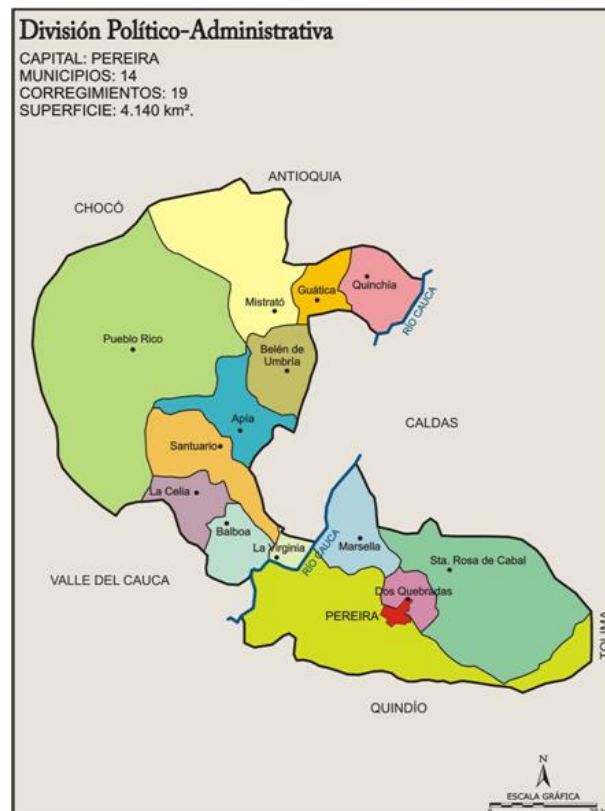


Figura 5. División Político – Administrativa departamento de Risaralda

El Departamento de Risaralda está conformado por una topografía ondulada con una altura inferior a los 2.000 metros. Está rodeado de las cordilleras Central cuya altura máxima supera los 4.500 metros en los nevados de Santa Isabel y Quindío y la cordillera Occidental que alcanza los 4.000 metros en el cerro del Tatamá.

La temperatura promedio en el Departamento oscila entre 18°C y 21°C. Las actividades económicas del Departamento se encuentran en los renglones de la agricultura, ganadería, industria y comercio. En los productos agrícolas sobresale la producción de café, caña de azúcar, plátano, yuca, cacao, piña, papa, maíz, algodón y algunos frutales. La ganadería tiene propósitos lecheros y de carne. La producción industrial se concentra en los alimentos, las bebidas, los textiles, el papel y carbón.

Risaralda es un departamento con unas condiciones económicas propias de un país pobre, con profundas inequidades, donde el problema de la tenencia de la tierra aún no está resuelto. Para hacerlo, igual que en el resto del país, seguramente se deberán hacer transformaciones estructurales, entre ellas, una “reforma agraria”, que en el último siglo no se ha hecho de manera satisfactoria, por lo menos para la gran mayoría de los ciudadanos del país y que no se espera suceda en el corto plazo del periodo de gobierno actual.

“En Risaralda el Área Metropolitana, con Santa Rosa de Cabal, representa alrededor del 90% de su PIB, lo que significa que el resto del departamento sólo el 10%. Ello quiere decir que existe una dependencia económica de los municipios de la periferia del departamento, relativamente especializada, homogénea y sin diversificación comparada con Pereira y Dosquebradas en los que existe una heterogeneidad y diversificación relativa; aunque poco encadenada desde lo productivo y empresarial”⁵⁷.

Las condiciones de salud de la población tienen múltiples determinantes, los cuales se pueden agrupar en: condicionantes genéticos, condicionantes del entorno (ambiente, sociedad), condiciones de vida (estilos de vida, realidad social), y calidad de los servicios de salud. La Salud Pública busca modificar favorablemente estos factores, con énfasis en aquellos que inciden sobre las enfermedades de interés en salud pública.

Según estadísticas del DANE⁵⁸ el municipio de Santa Rosa de Cabal tenía 71.810 habitantes de los cuales el 83% es urbana, con una distribución de 35.928 hombres y 35.882 mujeres.

De acuerdo al “Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de Salud”⁵⁹. para el municipio de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda para el año 2013, la pirámide poblacional de municipio es regresiva y muestra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2013 comparado con el año 2005, los grupos de edad donde

⁵⁷ Plan Departamental de Desarrollo 2012-2015: “Risaralda: unida, incluyente y con resultados”

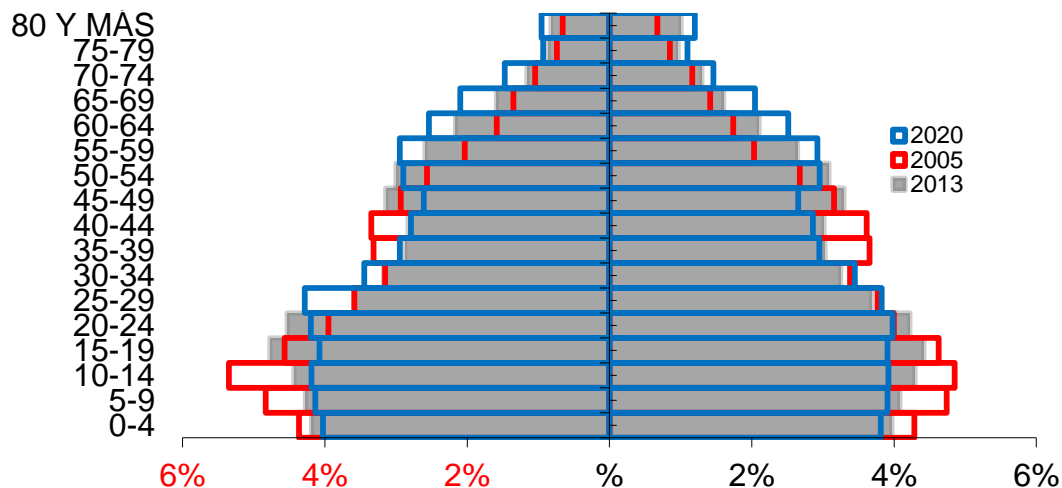
⁵⁸ DANE: Censo Nacional de Población y Vivienda 2005

⁵⁹ Hospital San Vicente de Paúl, Secretaría de planeación Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud Alcaldía Municipal; Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Santa Rosa de Cabal 2014

hay mayor cantidad de población son los adolescentes y a medida que se avanza, se evidencia el estrechamiento de esta, disminuyendo la fuerza laboral del municipio y se observa un aumento en la población mayor de 80 años, haciendo más vulnerable la población a padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

En relación a indicadores que evidencian la dinámica de la población para el año 2012, el municipio de las araucarias presentó:

- Tasa General de Fecundidad: en 63 nacimientos por 1000 mujeres entre 15 a 49 años de edad, el cual se encuentra por debajo del indicador nacional.
- Tasa Global de Fecundidad: fue de 2.1 nacidos por mujer, el cual es igual al del país
- Edad Media de Fecundidad: la edad media en que las madres tienen a sus hijos se ha mantenido sobre los 26 años, similar al indicador nacional.



Grafica 5. Pirámide poblacional del Municipio de Santa Rosa de Cabal, 2005, 2013, 2020

4.5. MARCO INSTITUCIONAL

El presente marco institucional está documentado en el “Manual de Calidad⁶⁰” y la página Web⁶¹ del Hospital San Vicente de Paul del municipio de Santa Rosa de Cabal.

El hospital fue fundado el 8 de enero de 1922 como establecimiento de beneficencia pública por la sociedad de San Vicente de Paúl dirigida por la comunidad de padres Lazaristas. Con algunas modificaciones de junta directiva y creación de personería jurídica, mediante el decreto 012 de enero de 1993 se creó el hospital San Vicente de Paúl, como establecimiento público de orden municipal; en 1994 paso a ser Empresa Social del estado (ESE).

En el año 2005 bajo la gerencia del Dr. Zacarías Mosquera, se inicia proceso para implementar un Sistema de Gestión de Calidad bajo estándares de excelencia con Sistema Único de Acreditación en Salud; en el año 2006 se convierte en el quinto hospital en recibir meritoria Acreditación en salud, la cual es retirada en el año 2009.

Para el año 2011 la institución implementa servicios con el contributivo y AIEPI para brindar un mejor servicio a la comunidad, en el 2012 inicia implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud y en el 2013 lideró el proyecto Departamental de Salud Mental en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

El servicio de información y atención al usuario (SIAU) funciona con un área y recursos humanos propios con el cual se establece un sistema de evaluación y solución de quejas y reclamos, información e intermediación entre el usuario y el hospital. A lo largo del tiempo se han instaurado otros procesos que contribuyen al mejoramiento de la calidad del servicio tales como evaluación de la calidad de las historias clínicas, evaluación de la calidad del triage o clasificación realizada en el servicio de urgencias, evaluación de tiempos de espera, entre otros.

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal es una empresa social del estado – entidad de derecho público del orden municipal y régimen especial, de primer nivel de atención en servicios de salud, que ofrece algunos servicios de segundo nivel ambulatorios. Su área de influencia se extiende a los municipios de Chinchiná y Marsella, centrando su atención en la población del municipio de Santa Rosa de Cabal.

⁶⁰ E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. SANTA ROSA DE CABAL. Manual de Calidad Institucional. Código: MAN-079-001. Versión: 03. Vigencia: 28/04/2014

⁶¹ E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. SANTA ROSA DE CABAL. Página web www.hospisantarosadecabal.gov.co

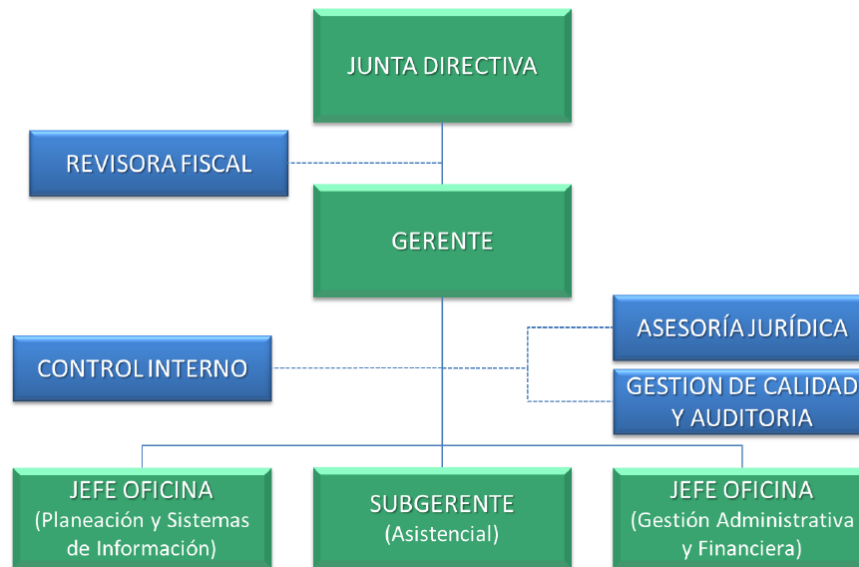


FIGURA 6. Estructura Organizacional del Hospital

El hospital tiene como marco estratégico de la calidad:

MISIÓN: Prestar servicios de salud con calidad, comprometidos en promover el autocuidado, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de los habitantes de Santa Rosa de Cabal y áreas de influencia.

VISIÓN: Somos la institución preferida por la población santarrosana para la prestación de servicios de salud por la calidad, seguridad en la atención y reconocida en el departamento como modelo en la implementación de la estrategia A.P.S.

VALORES INSTITUCIONALES: respeto, honestidad, responsabilidad, tolerancia y amabilidad

POLÍTICA INTEGRADA DE CALIDAD- SEGURIDAD-SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL: LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, como entidad prestadora de servicios de salud garantiza la calidad de la atención del paciente, su familia y los colaboradores, en un ambiente de trabajo seguro y saludable, fundamentado en una cultura de justicia, humanización y mejora continua en la gestión de los procesos de calidad, salud y seguridad en el trabajo y la protección ambiental, estandarizando dichos procesos y procedimientos para la atención segura y la generación del autocuidado, controlando los peligros y riesgos que puedan causar accidentes y enfermedades laborales.

Todos los niveles de la organización de LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, asumen la responsabilidad de prestar servicios de salud con calidad a los pacientes, promover un ambiente de trabajo sano y seguro incluyendo el compromiso ambiental, cumpliendo los requisitos legales aplicables y los demás requisitos relacionados con la Salud y Seguridad propios de la institución, vinculando a las partes interesadas como son empleados, contratistas, temporales, estudiantes, visitantes y destinando los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para el cumplimiento de los objetivos y la gestión de la calidad, salud, seguridad y aspectos ambientales.

El hospital ofrece a la población el siguiente portafolio de servicios:

- **Urgencias:** este servicio está a disposición de los usuarios las 24 horas del día. Posee instalaciones amplias y dotadas de tecnología necesaria para la atención integral, la estabilización y la resolución de problemas agudos. Cuenta con un sistema de clasificación de pacientes (TRIAGE), el cual garantiza la atención integral y oportuna de los usuarios. En el servicio de urgencias se atiende maternidad, observación niños, observación adultos, consulta médica general de urgencias, sistema de referencia y contra referencia.
- **Salud Oral:** este servicio brinda atención integral con un equipo de profesionales calificados en odontología general, fomentando a la comunidad del municipio al autocuidado oral. Ofrece rayos X, higiene oral, consulta ambulatoria, cirugía de baja complejidad, brigadas extramurales de salud oral, consulta de urgencias y hospitalización, talleres de higiene oral individuales y grupales.
- **Fisioterapia:** el área ofrece servicios de habilitación y rehabilitación muscoesquelética con profesionales que garantizan el bienestar para mejorar los estilos y la calidad de vida de los usuarios. Ofrece actividad física, masaje terapéutico, electroterapia, termoterapia, crioterapia y parafina.
- **Consulta Externa:** el área dispone de 11 consultorios para la atención de usuarios, dotados de instrumental necesario para brindar una atención con calidad. Se tiene médicos generales calificados y especialistas con excelente preparación académica y humana. Ofrece consulta de medicina general, terapia física y respiratoria, consulta de cirugía general, atención integral en actividades de promoción, y prevención, demanda inducida, curaciones e inyectología y toma de citologías.
- **Hospitalización:** el servicio se presta durante las 24 horas del día para brindar la atención requerida por los pacientes. Se cuenta con 14 camas dotadas con baño privado, sistema de TV cable, timbre de llamado conmutado y servicio de telefonía interna y externa. Se cuenta con soporte

y tecnología de todos los servicios diagnósticos y terapéuticos, lo que garantiza la atención integral proporcionando las condiciones adecuadas para su pronta recuperación.

- **Ayudas Diagnósticas:** en el laboratorio clínico se atiende la demanda intra y extra hospitalaria del primer nivel de atención y se ofrecen algunos servicios de segundo nivel. Las pruebas de apoyo diagnóstico que se realizan son: microbiología (urocultivo con recuento de colonias), hematología (hemograma, coagulación sanguínea, morfología celular), uroanálisis y parasitología (general de orina con Gram, coprológico, sangre oculta en heces, coproscópico), bioquímica clínica (química sanguínea general y pruebas serológicas), otras pruebas (baciloscopia, leishmaniasis y baciloscopia de Hansen).
- **Protección Específica y Detección Temprana:** se realizan actividades de higiene oral, vacunación, cáncer de cérvix, atención del parto, planificación familiar, alteraciones del joven y del adulto, crecimiento y desarrollo, alteraciones del embarazo, atención del recién nacido, alteración de la agudeza visual, asesorías en la prevención de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana VIH a la gestante, patologías de interés en salud pública como ITS, TBC, lepra, hipertensión arterial, leishmaniasis, malaria, diabetes y dengue, búsqueda y manejo de sintomáticos respiratorios.
- **Salud Pública:** el hospital ofrece servicios al municipio y al departamento para la realización de actividades del Plan de Atención Básica a toda la población, siendo un referente regional en la ejecución del plan. Algunas de las actividades que realizan son: vacunación, entrega de micronutrientes, capacitación a gestores en salud, psicoprofilaxis a mujeres embarazadas, promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención de enfermedades transmitidas por vectores, fortalecimiento de las asociaciones de usuarios en salud, desparasitación a la población escolar, estrategia IAMI (instituciones amigas de la mujer y de la infancia), promoción de actividades físicas y salud mental del adulto mayor y desplazados.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Investigación

El desarrollo de este proyecto se realizará a través de investigaciones descriptivas y evaluativas que permitirán identificar y evaluar el estado actual de la prestación de servicios de salud en la población materna afiliada al régimen subsidiado del municipio seleccionado a través del modelo de atención del Hospital San Vicente de Paul; caracterizar la población materna del municipio con base en análisis estadísticos y fuentes de información municipal y departamental.

Finalmente con el resultado de esta investigación se pretende diseñar un modelo de prestación de servicios de salud basado en ruta de atención integral para la población materna afiliada al régimen subsidiado del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal - Risaralda que cumpla con las necesidades de la demanda en términos de oportunidad e integralidad y acorde con los protocolos vigentes y medicina basada en la evidencia.

5.2 Fases de la Investigación

El proyecto se compone de las siguientes fases de desarrollo:

- Una etapa de diagnóstico que permitirá identificar el estado actual de la prestación de servicios de salud para la población materna del municipio de Santa Rosa de Cabal del Departamento de Risaralda afiliada al régimen subsidiado, a través del análisis del modelo de atención actual implementado en el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, los sistemas de referencia y contra-referencia, protocolos de atención y medicina basada en la evidencia.
- Una etapa de análisis estadístico y búsqueda sistematizada de información para caracterizar la demanda (población objetivo) donde se identificarán las variables socio demográficas más importantes de la población, sus problemas de salud (morbilidad y mortalidad), determinantes o factores de riesgo asociados, grupos de edad y tendencias. Las fuentes bibliográficas principales serán plan local de salud, plan de desarrollo institucional de la E.S.E del municipio, Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud de Santa Rosa de Cabal de 2014, bases estadísticas maternas municipales y departamentales de los años 2012-2013-2014 y registro de muertes maternas.

- Finalmente una etapa de diseño de un modelo de prestación de servicios de salud basado en ruta de atención integral para la población materna afiliada al régimen subsidiado del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal - Risaralda de acuerdo a los resultados, análisis y conclusiones obtenidas en las dos primeras etapas del proyecto.

5.3 Población y Muestra

La población objetivo para este proyecto está constituida por las maternas del municipio de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda que fueron atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl del municipio entre los años 2012-2013-2014.

5.4 Variables de la Investigación

<i>Variable</i>	<i>Tipo de Variable</i>	<i>Definición para el estudio</i>	<i>Valores</i>
Edad	Cuantitativa, discreta, de razón, independiente	Edad en años cumplidos referida por la materna en estudio	
Tipo de Población	Cualitativa, nominal,	Ubicación o área de vivienda de la materna en estudio	Urbana o Rural
Régimen de Afiliación	Cualitativa, nominal,	Modalidad de afiliación al SGSS de la materna	Contributivo o subsidiado
Controles durante el embarazo	Cuantitativa, discreta	Número de controles que la materna se realizó durante el embarazo	Mínimo 4 controles

6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN MATERNA DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL

Para la caracterización de la población materna del municipio de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda se utilizaron los siguientes documentos: análisis de la situación de salud de Risaralda⁶² (ASIS) para el año 2013, análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud⁶³ – (ASIS) de Santa Rosa de Cabal para el año 2014, documento de morbilidad materna extrema⁶⁴, protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años⁶⁵ y la base de datos o registro de nacidos vivos para el departamento de Risaralda⁶⁶ de los años 2012 al 2014 con la cual se realizaron todos los análisis estadísticos y las gráficas que se relacionan a lo largo de este capítulo.

De acuerdo a las proyecciones realizadas por el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), la población para el municipio de Santa Rosa de Cabal en el año 2015, será cercano a los de 72.230 habitantes, distribuidos en 36.239 hombres y 35.991 mujeres.

De acuerdo a los históricos, la participación de la población femenina en el municipio, se ha mantenido cercana al 50% respecto a la población total; evidenciando un comportamiento estable, en que se identifica una diferencia de menos de ½ punto porcentual, del año 2015 respecto a la base de análisis del 2010; comportamiento encontrado de manera general en el departamento de Risaralda.

⁶² GOBERNACIÓN DEL RISARALDA. Secretaría Departamental de Salud. Análisis de la situación de salud, eventos de notificación obligatoria –ENOS. Risaralda 2013. Pereira, Marzo de 2014.

⁶³ SECRETARIAS DE SALUD ALCALDÍA MUNICIPAL/ SECRETARIA DE PLANEACIÓN ALCALDÍA MUNICIPAL / OFICINA DE PLANEACIÓN Y ESTADISTICA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud - ASIS. Santa Rosa de Cabal 2014.

⁶⁴ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud publica morbilidad materna extrema. República de Colombia, Mayo de 2015.

⁶⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. Bogotá 2014.

⁶⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. GOBERNACIÓN DE RISARALDA. Sistema Integral de Información de la Protección social – Registro Único de Afiliados. Registro de nacidos vivos departamento de Risaralda años 2012 al 2014.

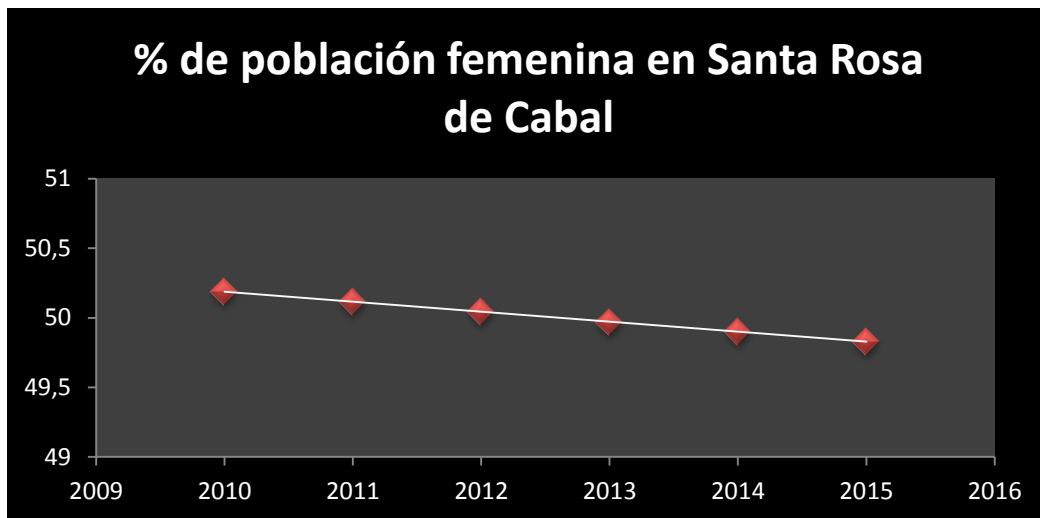


Gráfico 6. Comportamiento población femenina en el municipio

Del total de la población femenina del municipio de Santa Rosa de Cabal, el 49,23% se encuentra en edad fértil representado por las barras de color azul, este comportamiento es similar al departamental en cada grupo de edades.

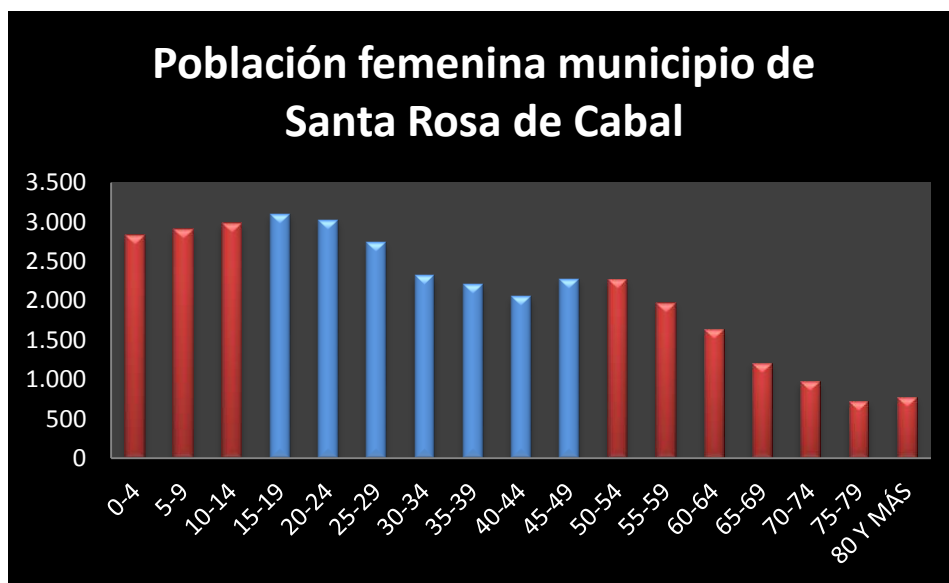


Gráfico 7. Comportamiento población femenina en edad fértil

De la población materna del municipio de Santa Rosa de Cabal, el 24% reporta su lugar de residencia en zonas rurales, lo cual evidencia una barrera de acceso geográfico al momento de acudir a un centro asistencial por efectos de transporte

y distancia para desplazarse a los mismos. Por otra parte la mayoría de las mujeres gestantes reportan tener su residencia en la cabecera municipal, cifras altamente similares a las obtenidas a nivel departamental, en las cuales el 76% de la población, reside en la cabecera municipal del municipio que reporta por residencia, lo cual es un dato importante para garantizar la calidad y continuidad de la atención durante su periodo de gestación.

En relación a la población objeto de este estudio, las gestantes afiliadas al régimen subsidiado reportan cifras de interés para el hospital, ya que el 72% de las gestantes afiliadas a este régimen reside en la cabecera municipal y el restante 28% en el área rural disperso o centro poblados como corregimientos o caseríos a lo cual se debe prestar gran atención para las actividades relacionadas con captación y garantía de la prestación del servicio que permita al binomio madre-hijo una atención de calidad.

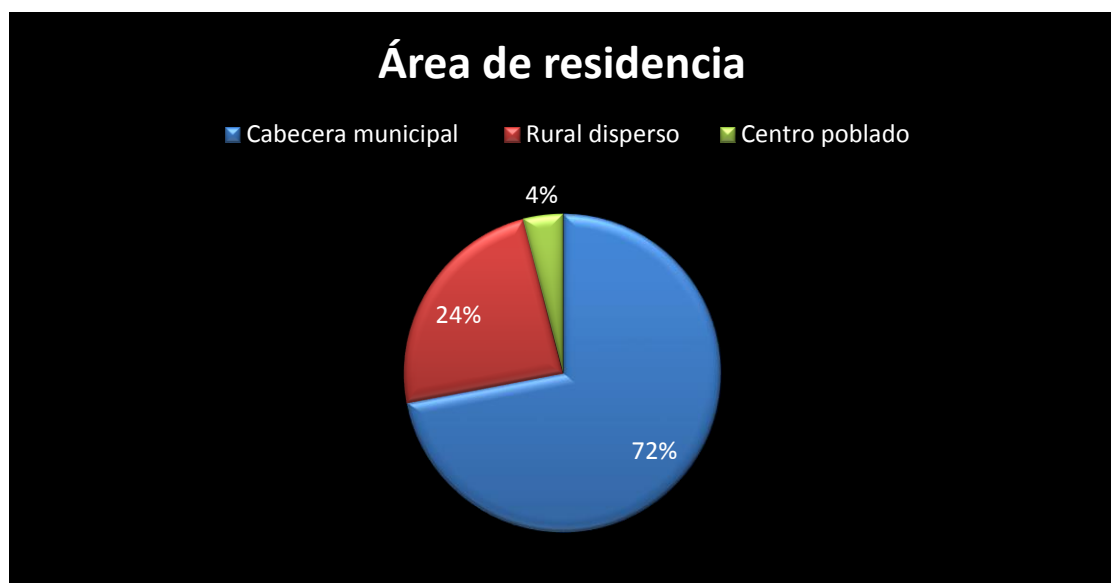


Gráfico 8. Lugar de residencia de las mujeres gestantes del municipio afiliadas al régimen subsidiado.

El total de maternas del municipio que reportan nacimientos vivos durante los años 2012 al 2014 presenta una disminución anual en el número total, el cual es similar al comportamiento que presenta la cantidad de gestantes en el departamento de Risaralda.

Año	Gestantes Santa Rosa de Cabal	% de incremento
2012	791	
2013	759	-4%
2014	740	-3%

Tabla 4. Porcentaje de incremento de maternas en el municipio

Del total de las madres protagonistas de estos nacimientos, se encuentra con respecto al tipo de régimen de afiliación al SGSSS, que más del 73% pertenecen al régimen subsidiado, las cuales deberían ser atendidas en el hospital del municipio de Santa Rosa de Cabal ya que este se orienta principalmente a la atención de la población cobijada por este régimen de afiliación por la misma normatividad existente. El comportamiento a nivel departamental difiere en gran medida con el encontrado en el municipio de Santa Rosa de Cabal ya que el régimen de afiliación contributivo y subsidiado tiene porcentajes similares cercanos al 44% y 46% respectivamente.

Municipio de Santa Rosa de Cabal				
Regimen de Seguridad	2012	2013	2014	Promedio General
SUBSIDIADO	72%	74%	76%	74%
CONTRIBUTIVO	19%	19%	19%	19%
NO ASEGURADO	9%	5%	4%	6%
EXCEPCIÓN	0%	1%	1%	1%

Tabla 5. Participación de Régimen de Afiliación al SGSSS de las mujeres gestantes del municipio

De la población materna atendida en el municipio, es de resaltar que durante los años 2013 y 2014 se presentan 0 maternas menores de 15 años; respecto a los demás grupos de edades, la distribución es bastante similar a la departamental, siendo las mujeres entre 18 y 25 años las que aportan el mayor número de partos en el municipio. Una observación adicional respecto al comportamiento de maternas por clasificación de edades, es respecto a las jóvenes menores de edad entre 15 y 17 años, grupo de edad que ha presentado disminución en cada año analizado.

Para las gestantes afiliadas al régimen subsidiado se tiene que el 17% son menores de edad, lo cual representa un riesgo adicional a tener en cuenta en la prestación del servicio

Municipio de Santa Rosa de Cabal				
Regimen de Seguridad	2012	2013	2014	Promedio de Edad
SUBSIDIADO	22	23	23	23
NO ASEGURADO	23	23	23	23
CONTRIBUTIVO	25	24	25	25
EXCEPCIÓN	28	26	28	27
Total general	23	23	24	23

Tabla 6. Promedio de edad de las gestantes del municipio de Santa Rosa de Cabal

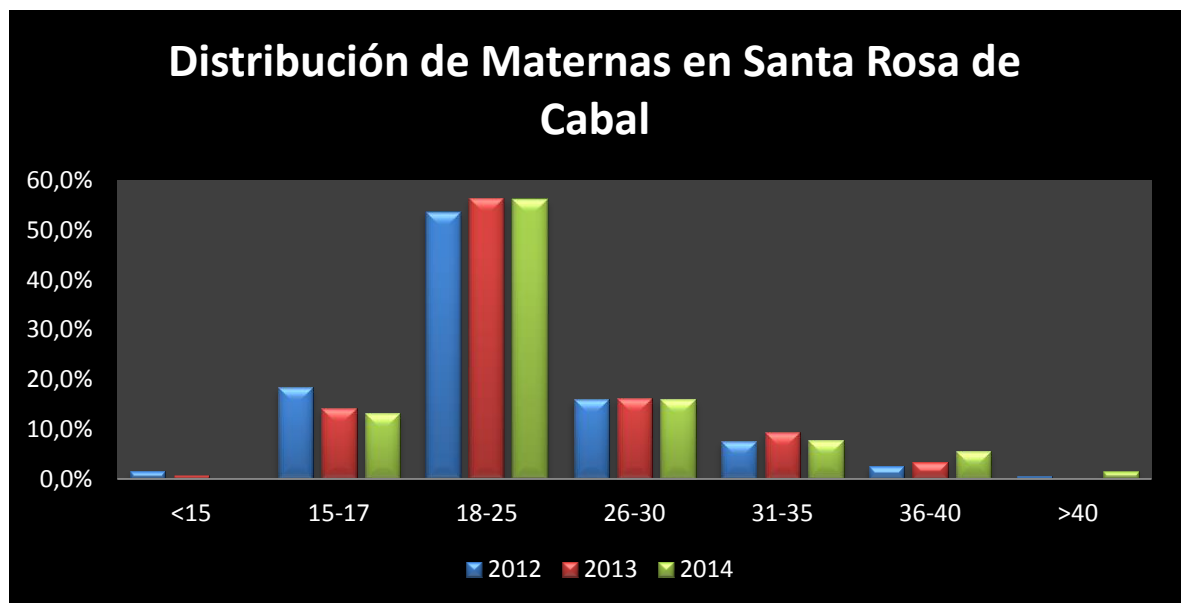


Gráfico 9. Grupos de edad gestantes del municipio

Para la variable nivel educativo se evidencia que la mayor proporción de mujeres atendidas en el departamento tiene educación de media académica, con cerca de un 40% de la población, por otro lado menos del 5% de las mujeres gestantes se reportan como profesionales.

En cuanto al nivel educativo las maternas atendidas en el municipio de Santa Rosa de Cabal afiliadas al régimen subsidiado, se presentan notorias diferencias a los porcentajes evidenciados en el departamento y al orden educativo. Para el departamento los niveles de media académica, básica secundaria, básica primaria y profesional agrupan cerca del 86% de las gestantes, en el municipio los niveles de básica primaria, básica secundaria, media académica o ningún grado de educación agrupan cerca del 92% de las gestantes, evidenciando que los nivel de educación profesional o técnicos son casi nulos para esta población.

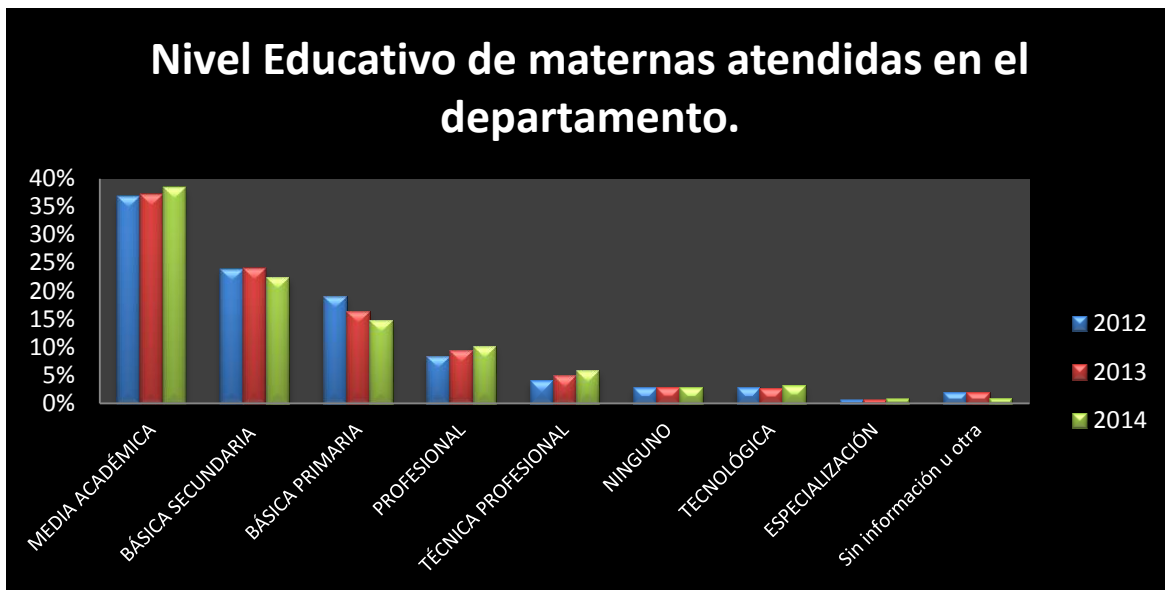


Gráfico 10. Nivel de educación gestante Departamento de Risaralda

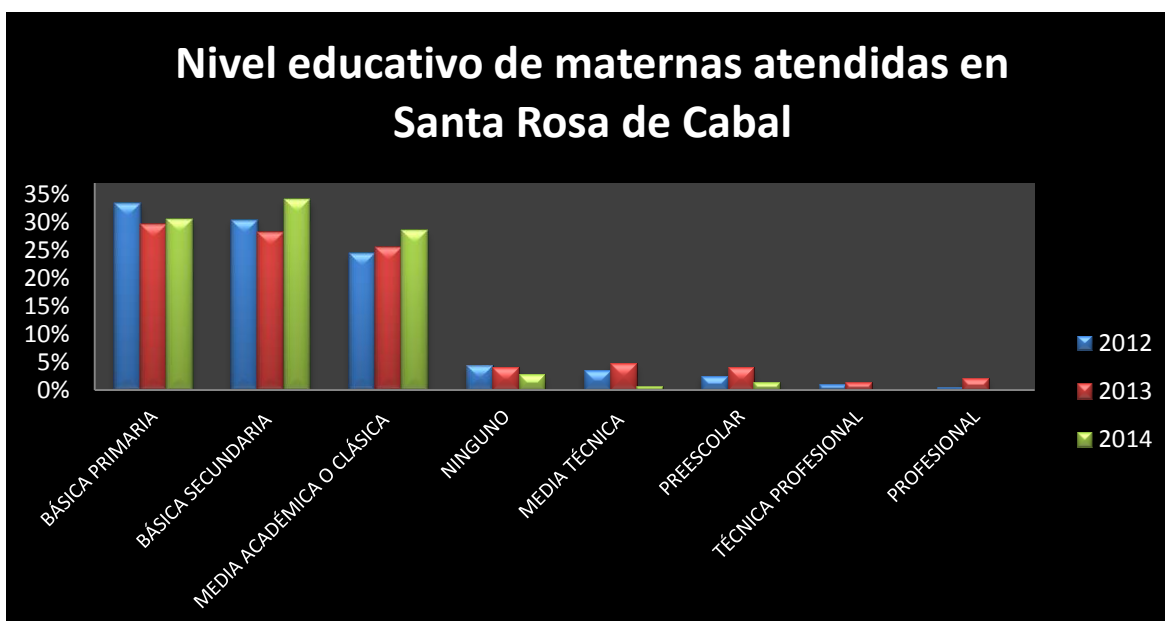


Gráfico 11. Nivel de educación de las gestantes del municipio Santa Rosa de Cabal del régimen subsidiado

Al analizar el estado civil de las maternas a nivel departamental y municipal, se encuentra igualdad respecto a que la mayor proporción de mujeres que han dado a luz en ambos escenarios vivían en unión libre con sus parejas desde hace 2 años

o más. A nivel municipal el estado civil con más participación en las maternas atendidas afiliadas al régimen subsidiado e independiente de los años de convivencia es la unión libre con cifras cercanas al 69%. Por otra parte al observar el estado civil “Casada”, en el municipio de Santa Rosa de Cabal el porcentaje encontrado está alrededor del 10% en los 3 años evaluados, casi 10 puntos por debajo de la cifra obtenida en el departamento.

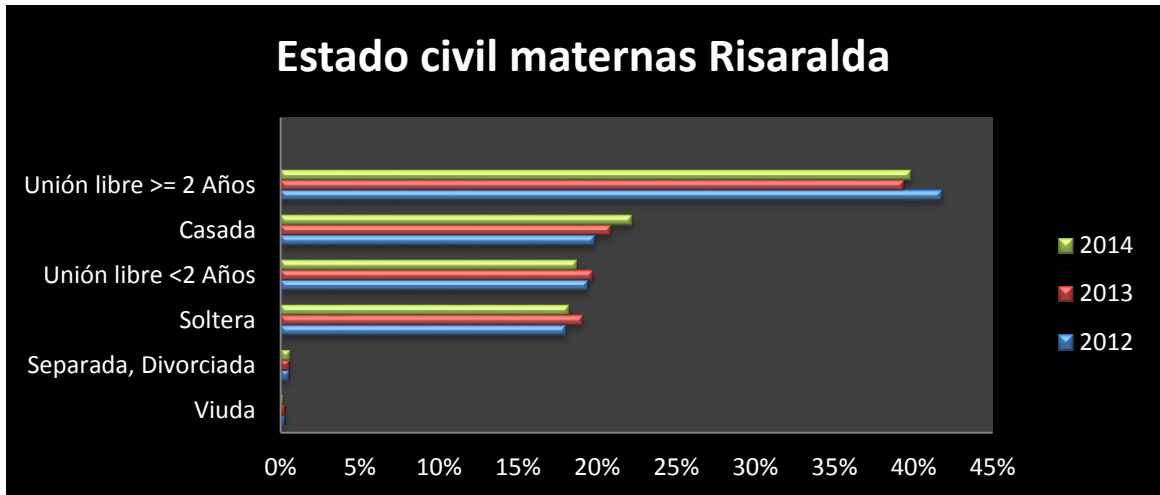


Gráfico 12. Participación estado civil de las gestantes del departamento de Risaralda

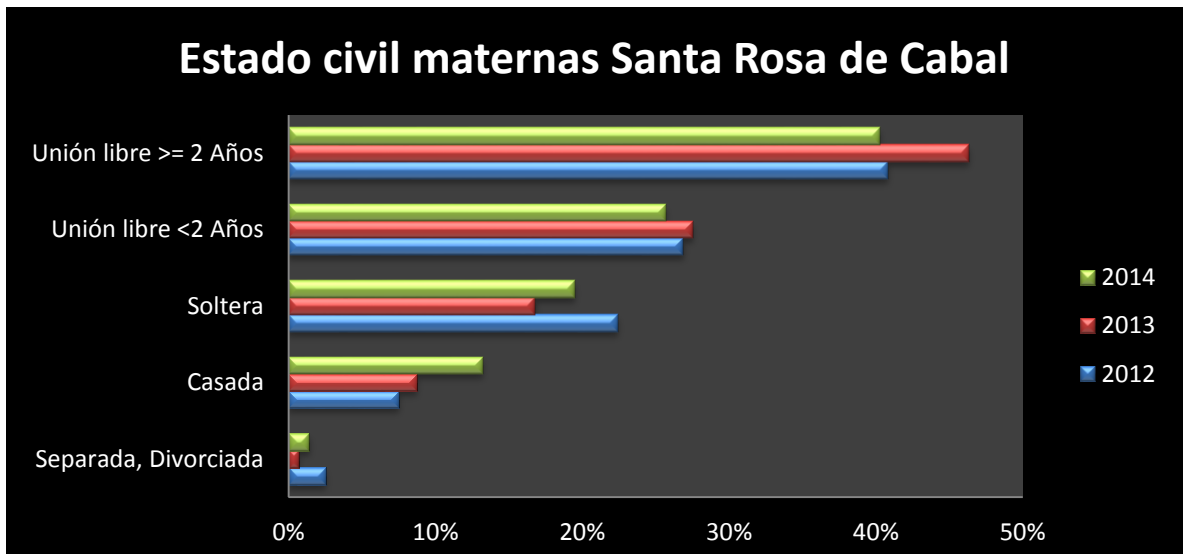


Gráfico 13. Participación estado civil de las gestantes del municipio afiliadas al régimen subsidiado

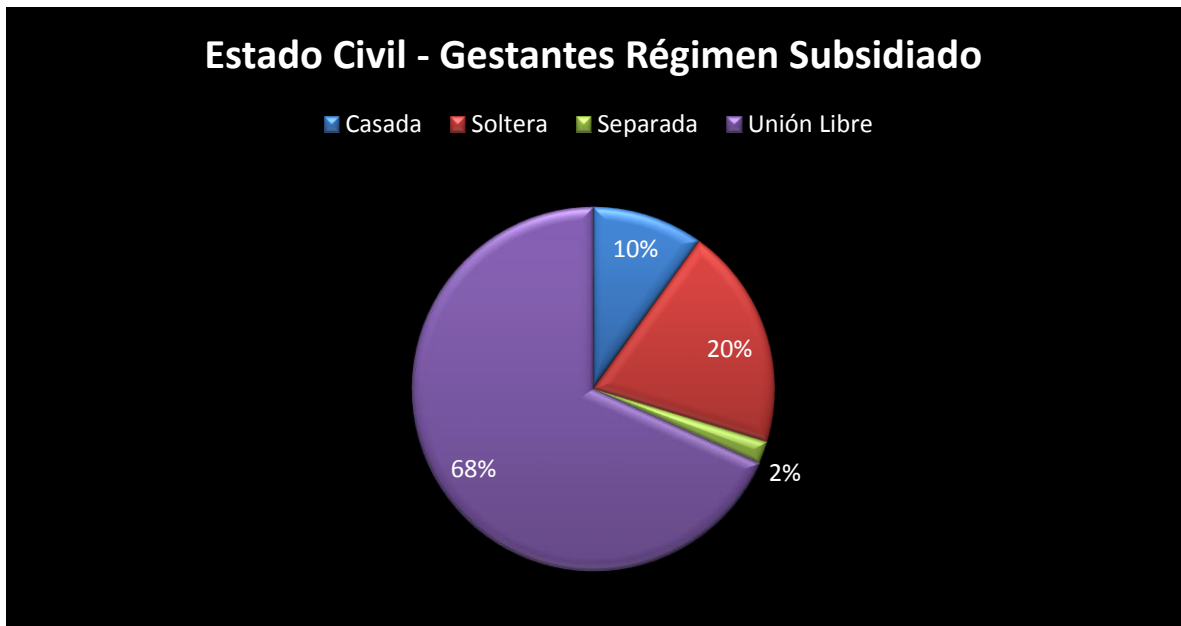


Gráfico 14. Distribución estado civil de las gestantes del municipio afiliadas al régimen subsidiado

De total de maternas atendidas en el departamento de Risaralda, tan solo el 5% de ellas reportaron vivir en un departamento diferente, es decir que el 95% de las maternas son residentes en Risaralda. Ahora se analizará el lugar de residencia de las maternas versus el lugar en el que dieron a luz.

De manera general en el departamento de Risaralda, las mujeres en un alto porcentaje han dado a luz en el mismo municipio en el que residen; sin embargo al observar las cifras de las maternas que reportan residencia en el municipio de Santa Rosa de Cabal y que pertenecen al régimen subsidiado se observa que este porcentaje es casi inverso al reportado departamentalmente, cerca del 62% de los partos fueron atendidos en los municipios aledaños de Pereira y Dosquebradas.

Se observa que durante los últimos tres años el comportamiento de atención de partos en el municipio de Santa Rosa de Cabal ha disminuido notablemente en referencia al año 2012, donde no se alcanza ni la mitad de atenciones del total de maternas del régimen subsidiado, a lo cual requiere una observación de las causas de remisión y fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia para garantizar la calidad y continuidad de la prestación del servicio.

Risaralda

Santa Rosa de Cabal

Lugar de residencia vs lugar del parto	
Igual	65%
Distinto	35%

Lugar de residencia vs lugar del parto	
Distinto	62%
Igual	38%

Tabla 7. Relación lugar de residencia versus atención del parto

Municipio de Santa Rosa de Cabal			
Lugar de residencia vs lugar del parto			
Año	2012	2013	2014
Distinto	54%	67%	64%
Igual	46%	33%	36%

Tabla 8. Comportamiento lugar de residencia versus atención del parto

El tiempo promedio de gestación encontrado al analizar los datos departamentales y puntualmente del municipio de Santa Rosa de Cabal es de aproximadamente 38 a 39 semanas respectivamente, de igual manera en ambos escenarios se reporta un promedio de cerca de 7 controles prenatales al momento del alumbramiento. El análisis del número de consultas prenatales se debe a la importancia que dicho procedimiento tiene respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. A menor número de consultas prenatales mayor es el riesgo para la madre y su hijo.

A nivel de las maternas de Santa Rosa de Cabal afiliadas al régimen subsidiado se observa que las mayores concentraciones están entre 6 a 9 controles, donde el 80% de las mujeres atendidas al momento de parto, reportan mínimo 8 consultas prenatales, comportamiento similar al observado a nivel departamental. Es importante anotar que cerca del 18% de las gestantes que viven en zonas rurales reportan menos de 4 controles prenatales al momento del parto, lo cual puede generar complicaciones y evidencia barreras de acceso geográficas al sistema de salud.

Consultas prenatales - Gestantes Régimen Subsidiado

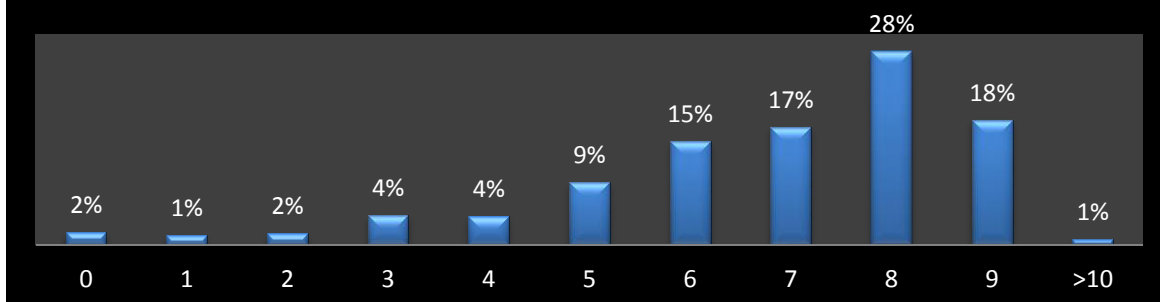


Gráfico 15. Número de controles prenatales al momento del parto – Gestantes del Municipio

En el departamento de Risaralda se reporta que el parto espontáneo ocurre en cerca del 70% de los casos, siendo el porcentaje restante partos ocurridos a través del procedimiento de la cesárea o parto instrumentado.

Para el total de gestantes reportadas en el municipio de Santa Rosa de Cabal entre los años 2012 al 2014, de los 2290 nacimientos, 1272 pertenecen al régimen subsidiado que representa el 56% del total. De este 56% de nacimientos el 80% nacen por parto espontáneo y el 20% restante por cesárea o parto instrumentado. Cabe destacar que de los cerca de 1018 partos espontáneos del régimen subsidiado, tan solo 494 fueron atendidos en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl, que representan solo el 49% de todos los partos que debieron ser atendidos en el hospital por su nivel de atención y tipo de parto.

Total de nacimientos en el municipio			
2290		100%	
Total de nacimientos en el municipio - régimen subsidiado			
1272		56%	
Parto Espontáneo		Cesárea - Instrumentado	
1018	80%	254	20%
Parto Espontáneo atendido en el Hospital			
494		49%	

Tabla 9. Porcentaje de partos espontáneos atendidos en el Hospital del régimen subsidiado

A continuación se relacionan los diagnósticos o morbilidad asociada a las gestantes del régimen subsidiado que fueron atendidas en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl durante los años 2012 al 2014.

Municipio de Santa Rosa de Cabal	
Maternas Afiliadas al régimen subsidiado - Atendidas en la E.S.E. San Vicente de Paúl	
Diagnostico Registrado	
Supervisión de embarazo de alto riesgo	31%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	23%
Supervisión de embarazos normales	15%
Vaginitis subaguda y crónica	12%
Otros trastornos del metabolismo de los carbohidratos	4%
Toxoplasmosis, no especificada	4%
Reacción de hipersensibilidad de las vías respiratorias superiores	4%
Dispepsia	4%
Anemia de tipo no especificado	4%

Tabla 10. Morbilidad asociada a las gestantes del régimen subsidiado atendidas en el hospital

Para el año 2013 de acuerdo al análisis de la situación de salud del departamento de Risaralda, se reportaron al sistema de vigilancia por instituciones de salud, 6 muertes maternas, las cuales de acuerdo al análisis de los datos 2 de las notificaciones eran mujeres procedentes de Chocó y Quindío, por lo tanto las muertes maternas procedentes del departamento de Risaralda fueron 4 casos.

Con base en la definición de mortalidad materna, la cual contempla relación directa con la condición gestacional hasta 42 días después del parto, los registros obtenidos en el Análisis de la Situación de Salud de Risaralda 2013, reportan que una de las 4 muertes reportadas ocurrió 68 días después por lo cual fue considerada muerte indirecta. Los 3 casos restantes considerados como muertes directas fueron reportados por los municipios de Pereira y Santa Rosa de Cabal, siendo las causas identificadas Eclampsia y Sepsis. El municipio de Santa Rosa de Cabal reportó 5 muertes maternas durante los años 2012 al 2014.

7. ANÁLISIS DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROGRAMA PRENATAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE SANTA ROSA DE CABAL

En el presente capítulo se describe el modelo de prestación de servicios del programa prenatal de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Santa Rosa de Cabal - Risaralda para las gestantes afiliadas al régimen subsidiado del SGSSS. Esta descripción contiene la información desde el ingreso de las pacientes al programa de control prenatal, donde se muestra las actividades que realiza la institución a éste grupo de gestantes para prevenir complicaciones y realizar un adecuado seguimiento a su embarazo y su parto o cesárea según sea el desenlace de la paciente, de tal manera que al final de la gestación se obtenga un binomio madre-hijo en buenas condiciones generales.

Las gestantes pueden ser captadas a través de los diferentes programas que tiene el hospital tales como visitas extramurales, promoción y prevención, AIEPI o estas pueden llegar de manera voluntaria a la sede del hospital con prueba de embarazo o solicitud de la misma. Todas al llegar al hospital pasan por facturación para el ingreso de sus datos, los cuales son digitados en el sistema de dinámica gerencial. Dentro de la información solicitada se incluye: nombre completo, cédula o tarjeta de identidad, edad, raza, nivel socio-económico, grado de escolaridad, procedencia, dirección teléfono y tipo de afiliación al sistema de salud.



Figura 7. Área de facturación E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl – Santa Rosa de Cabal

Teniendo en cuenta que Colombia tiene un modelo de aseguramiento, el área de facturación del Hospital debe verificar el tipo de aseguradora y el régimen de afiliación de la paciente para proceder con la atención de la embarazada. Cuando la paciente pertenece al régimen contributivo o a regímenes especiales como ejército, policía o magisterio, es orientada para que solicite cita por consulta externa en la EPS o en la entidad en la cual se encuentra afiliada, dado que las EPS pertenecientes a éste régimen no tienen contrato con el Hospital San Vicente de Paúl o en el caso de la policía la paciente debe llevar una autorización previa para cada atención que se va a realizar. A éstas pacientes que fueron remitidas a otras entidades se les ingresa en un libro foliado para posteriormente realizar el seguimiento telefónico por parte de la auxiliar de enfermería para corroborar que fue atendida por su entidad aseguradora.

Cuando la paciente pertenece a la población pobre no asegurada se le orienta para que solicite a través del ente territorial su clasificación Sisbén o a la EPS del régimen subsidiado si ya tiene clasificación Sisbén 1 o 2, no obstante se continúa la atención de la paciente realizándole la asesoría pre test para la toma de VIH y el resto de laboratorios y se asignan las citas para odontología y toma de citología.

Las pacientes que se encuentran aseguradas y pertenecen al régimen subsidiado pueden ingresar al programa prenatal del hospital a través de dos opciones, en primera instancia cuando llega con una prueba de embarazo positiva tomada en un laboratorio particular o a través de laboratorios de las IPS de sus EPS en caso del contributivo; otra forma es cuando solicitan dentro de la institución una prueba de embarazo a la auxiliar, enfermera o en la consulta médica dentro del hospital y el laboratorio realiza la prueba registrando el resultado en la historia clínica.

Cuando el laboratorio reporta el resultado como positivo, la enfermera jefe es la encargada de citar a la paciente y solicitar los exámenes de laboratorio del programa prenatal a través del formato FOR-0003-034 "Solicitud de laboratorio clínico para gestantes", los cuales incluyen: hemograma completo, hemoclasificación, parcial de orina, primera serología, glicemia. Así mismo se realiza consejería para realización de citología de primera vez y toma de prueba de Elisa para VIH y serología para Hepatitis B. En esa misma consulta se asigna la cita para el odontólogo y se explica sobre los horarios para la toma de exámenes de laboratorio; finalmente, se motiva a la materna a que continúe asistiendo al programa y que asista a consulta cuando tenga todos los exámenes de laboratorio.

En caso de que la prueba de embarazo del laboratorio de negativo se le informa a la paciente sobre el resultado del mismo.


	SOLICITUD DE LABORATORIO CLINICO PARA GESTANTES	Código:	FOR-0003-034
		Versión:	1
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO	
NOMBRES			
DOCUMENTO IDENTIDAD		RÉGIMEN	
		Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/>	
DIA / MES / AÑO	EDAD	SERVICIO	
/ /		Prenatal	
EPS	TIPO DE USUARIO		
	Afiliado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		
EXÁMENES SOLICITADOS		JUSTIFICACIÓN	
- Parcial de Orina - 1a. Serología - Cuadro Hemático - IgM para Toxoplasma - Hemoclasificación - Glicemia - VIH - HB		Gestante que inicia controles prenatales	
NOMBRE Y CÓDIGO DEL SOLICITANTE		DESPACHADO	

Figura 8. Formato FOR-0003-034 / Solicitud de Laboratorio Clínico para Gestantes

Previa toma de la prueba de VIH la paciente debe asistir a la consulta de asesoría pre test, la cual, es realizada por la enfermera jefe y ella es la encargada de diligenciar una ficha estandarizada por la Secretaría de Salud Departamental, formato FOR-0014-002 “Ficha de asesoría pre test para VIH-SIDA” en donde se consignan todos los datos de la paciente y una valoración sobre posibles prácticas consideradas de riesgo para adquirir la enfermedad, una vez explicado a la paciente sobre la probabilidad de un resultado negativo o positivo y su estado emocional para enfrentar una posible prueba positiva. Finalmente, se solicita la firma del consentimiento para la realización de la prueba.

Una vez tiene los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados, se asigna la cita con médico general, quien es el encargado de valorar la paciente en una consulta que permite clasificar el riesgo del embarazo. Es importante resaltar que a pesar de que la guía del Ministerio de Salud y Protección Social de detención de las complicaciones del embarazo, estipula que después de valorada la paciente por médico general y clasificada de bajo riesgo, la guía de atención establece la continuación de controles por parte de enfermería hasta la semana 36 que nuevamente es valorada por médico general; la guía de atención del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, establece que las maternas son vistas durante todos sus controles por el médico general garantizando así un mayor conocimiento de la gestante durante su gestación a menos que requiera remisión a Ginecólogo por considerarse el embarazo de alto riesgo obstétrico.


 FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Barahona		Código:	FOR-0014-002
		Versión:	1
FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN		
INSTITUCIÓN	MUNICIPIO		
NOMBRE COMPLETO			
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado		
OCUPACIÓN			
¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Nunca		
¿UTILIZA CONDÓN?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FRECUENCIA	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Nunca
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	POR QUÉ NO LO UTILIZA	
¿TIENE PAREJA ESTABLE?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	
POSIBLE MECANISMO DE TRANSMISIÓN			
<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL	<input type="checkbox"/> PERINATAL <input type="checkbox"/> TRANSFUSIONAL <input type="checkbox"/> USUARIOS		
<input type="checkbox"/> DROGAS INTRAVENOSAS <input type="checkbox"/> ACCIDENTES DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> OTROS: Cuál?		
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?			
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?			
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?			
¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿POR QUÉ?	
Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.			
Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____			
PACIENTE O ACUDIENTE		ENTREVISTADOR	
NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquelo de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.			

Figura 9. Formato FOR-0014-002 / Ficha de asesoría pre test para VIH-SIDA

Durante el control prenatal el médico se encarga de tomar signos vitales, altura uterina, revisar movimientos fetales, acorde con la edad gestacional y en el interrogatorio con la paciente evaluar a través de antecedentes personales y familiares posibles factores de riesgo. Una vez evaluados los exámenes de laboratorio solicitados, sino existen alteraciones se cita a la paciente para un control posterior y se entrega orden para toma de ecografía del primer trimestre del embarazo. En caso de tener exámenes alterados envía tratamiento o remite a enfermería para aplicación de tratamiento en caso de incompatibilidad RH o sífilis congénita.

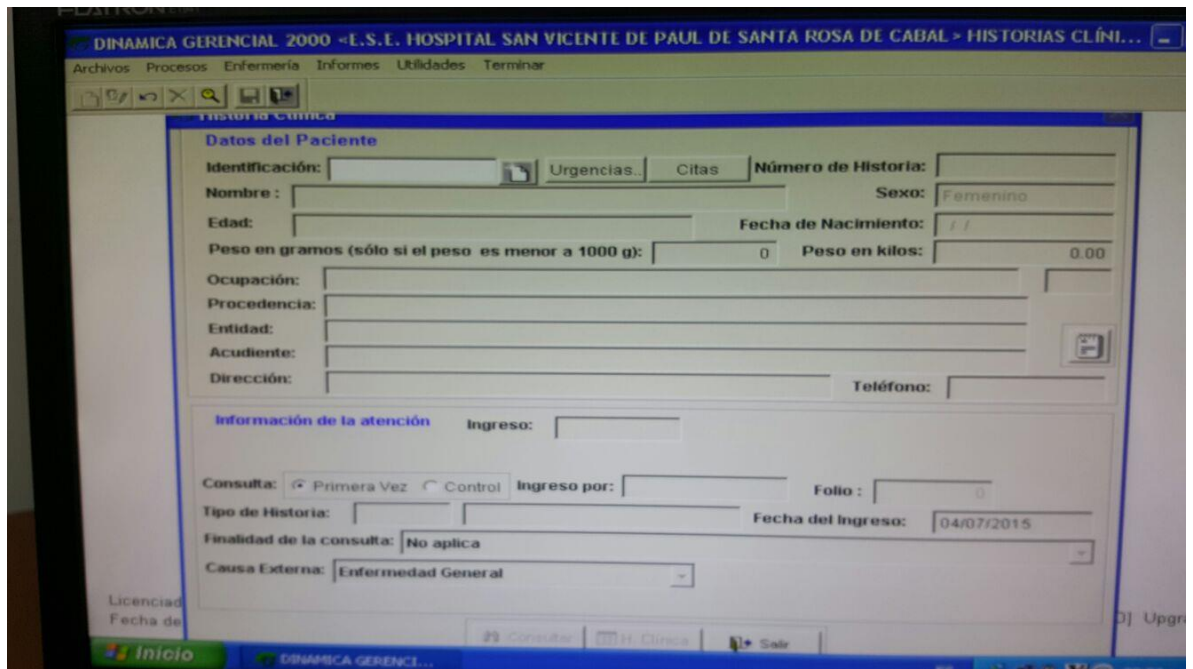


Figura 10. Pantallazo Historias Clínicas – Programa Dinámica Gerencial



Figura 11. Consultorio de medicina general para controles prenatales

La auxiliar de enfermería es la encargada de la aplicación de tratamiento de inmunoglobulina anti D cuando se requiere tratamiento para toxoplasmosis e informa a la Enfermera Jefe el seguimiento que realiza. De igual manera cuando existe sífilis gestacional o congénita es la encargada de realizar el tratamiento correspondiente acorde a la guía de sífilis congénita y gestacional del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Enfermera Jefe de la institución realiza diariamente ronda por el servicio de hospitalización, observación y urgencias para revisar si existen mujeres embarazadas y hacerles seguimiento y revisar que si estén incluidas en el programa de control prenatal. Así mismo, revisa semanalmente el registro de AIEPI para evaluar las pacientes que ingresaron por urgencias en horarios diferentes a la ronda y poder ser captada la información. Cuando se encuentran pacientes embarazadas en los servicios de ronda y que no se encuentran en el programa de maternas, estas se relacionan en el libro foliado y se procede a solicitar todos los exámenes para su inclusión en el programa y su posterior seguimiento por el médico general.


		SOLICITUD DE LABORATORIO CLINICO		Código:	FOR-0026-036
				Versión:	2
NOMBRE DEL PACIENTE					
EDAD		HISTORIA CLINICA No.			
E.P.S.		NÚMERO AFILIACIÓN			
REGIMEN		TIPO			
CONTRIBUTIVO	<input type="checkbox"/>	AFILIADO		<input type="checkbox"/>	
SUBSIDIADO	<input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO		<input type="checkbox"/>	
SERVICIO		Nº. CAMA	FECHA (DD/MM/AA)		
SUBPROGRAMA					
Materno Infantil <input type="checkbox"/>		Lepra <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
TBC <input type="checkbox"/>		Venérea <input type="checkbox"/>			
GRUPO PROGRAMÁTICO:					
Obstetricia <input type="checkbox"/>		Población General (15-44) <input type="checkbox"/>		Contacto <input type="checkbox"/>	
Usuario Placificación Familiar <input type="checkbox"/>		Grupo Epidemiológico Especial <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
EXAMEN DE DIAGNOSTICO				<input type="checkbox"/> CONTROL	
EXAMEN SOLICITADO		JUSTIFICACIÓN (Registro justificación del examen solicitado)			
Nombre y Código del Solicitante					

Figura 12. Formato FOR-0026-006 / Solicitud de Laboratorio Clínico

El Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal tiene igualmente una búsqueda activa de las pacientes embarazadas que no han consultado a la institución a través del programa de entornos saludables, el cual, es un proyecto basado en la estrategia de atención primaria en salud, donde mediante las visitas casa a casa y una encuesta socio demográfica se logra establecer los riesgos de la población desde el punto de vista de morbilidad. A través del programa se captan las maternas que no han ido a consulta a la institución y se ingresan al programa, así mismo se logra la captación de maternas que no han ido a los controles. Es de anotar que éste programa de entornos saludables inició en el año 2015 como producto de un proyecto cofinanciado por la gobernación del Departamento; por tanto, no tiene financiamiento garantizado en el tiempo que garantice su continuidad.

La estrategia Entornos Saludables⁶⁷ que adelanta la Gobernación de Risaralda con recursos del Sistema General de Regalías, incluye un programa fundamental llamado Escuelas Saludables que tiene varias etapas, una de las cuales es la identificación de factores de riesgos y factores protectores para la salud. Estos se han identificado en los establecimientos educativos beneficiados con la estrategia en los municipios de Santa Rosa de Cabal, Dosquebradas y La Virginia, mediante un tamizaje que arroja unos resultados que permiten orientar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los auxiliares y técnicos formados en la estrategia son los responsables de visitar cada una de las casas objeto del proyecto para levantar la ficha técnica de cada uno de los individuos que viven en las casas y con ello se genera un diagnóstico de las personas, familias y comunidad para posteriormente realizar las intervenciones necesarias. A través de estas visitas se han captado pacientes para el programa prenatal, los cuales son valorados y remitidos para los respectivos controles.

Antes de la implementación del proyecto de entornos saludables, la institución contaba con grupos extra-murales que realizaban la visita a veredas de lunes a viernes para realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, captando así también las pacientes que no habían ido a consulta o no volvieron a controles.

Es de anotar que éste tipo de programaciones son realizadas por la institución acorde con los recursos disponibles con un equipo multidisciplinario que incluye médico, enfermera, auxiliar de enfermería e higienista. Así mismo se realizan actividades tanto de morbilidad como de promoción de la salud y prevención de la

⁶⁷ Gobernación de Risaralda/Secretaría de Salud Departamental programa entornos saludables.

enfermedad por tratarse de visitas a veredas en donde la accesibilidad para la población es limitada.

En los casos cuando la paciente es valorada por el médico general en la institución y esta es catalogada de alto riesgo obstétrico es remitida a otro nivel de atención para ser atendida por el Ginecólogo y se realiza seguimiento para que una vez valorada continúe su manejo por el médico de la institución con las indicaciones del Ginecólogo o siga sus controles con el Ginecólogo en caso de que se requiera. Dentro de la guía de atención se encuentra igualmente la valoración por la nutricionista cuando es necesario a criterio del médico.

En el libro foliado se colocan todos los datos de las pacientes que son remitidas tanto para valoración por consulta externa por parte de otras entidades como las remisiones realizadas a Ginecología u otras especialidades fuera de la institución. Por otro lado en ese mismo libro se realiza el registro de las pacientes de alto riesgo obstétrico que son remitidos al ginecólogo o cuando la paciente en el servicio de urgencias es remitida a otra institución.

Cuando la paciente no asiste a la cita de control prenatal o cuando hay casos especiales en los cuales debe hacerse seguimiento, el médico informa a la auxiliar de enfermería, quien es la encargada de realizar seguimiento telefónico a la paciente y reasigna una nueva cita para la asistencia al programa cuando es necesario.

Cuando las maternas consultan por tener dolores de parto, una vez son valoradas y atendidas en la institución o si son de alto riesgo obstétrico son remitidas hacia otras instituciones en Pereira. Es de anotar que cerca de la mitad de las pacientes gestantes atendidas en el hospital y afiliadas al régimen subsidiado de salud (51%) son atendidas en otros municipios diferentes a Santa Rosa de cabal.

Cuando el parto es atendido en el hospital; antes de su egreso se le asigna la primera cita para el control del puerperio, planificación familiar y atención del recién nacido a los 3 días. En caso de no culminar su embarazo y presentar un aborto; una vez concluye la atención, previa salida se asigna cita con el médico o médica con la cual tuvo los controles prenatales para posteriores valoraciones.

La remisión para valoración por Ginecólogo para parto o cesárea fuera de la institución, se realiza a través del servicio de urgencias o en consulta externa en la semana 38 o antes, si la paciente inicia actividad uterina. Las pacientes remitidas para atención en otra institución quedan registradas en el libro foliado pero no se tiene fácil retro-alimentación sobre la paciente para iniciar los controles de crecimiento y desarrollo del recién nacido o la planificación familiar de la madre.

Es de resaltar que el Hospital San Vicente de Paúl viene trabajando en forma coordinada con diferentes áreas de la institución y del municipio con el propósito

de disminuir la morbilidad materna y el embarazo en adolescentes, es así como dentro de los pasillos de la institución se encuentran frases en el piso alusivas a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; por ejemplo el incentivar la lactancia materna, el lavado de manos como una manera de prevención de infecciones.

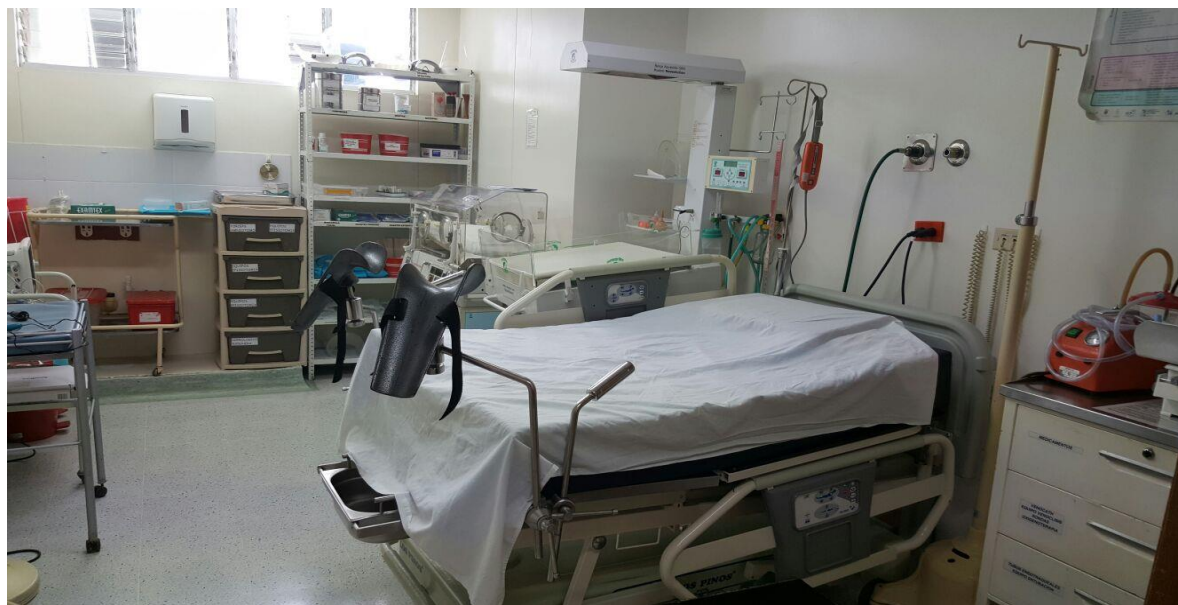


Figura 13. Sala de partos del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal



Figura 14. Imágenes incentivas a la lactancia materna

Las gestantes realizan actividades paralelas de formación y capacitación en el curso psicoprofiláctico llamado “Mamá Club”⁶⁸ que ofrece el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa todos los martes, el cual, es liderado por la enfermera jefe con participación de un equipo interdisciplinario conformado por fisioterapeuta, psicóloga y otros profesionales de la salud, acorde a las necesidades. El contenido del programa de sesiones educativas “Mamá Club” está dirigido a todas las maternas, independiente de su edad gestacional. El objetivo de este curso es preparar a las madres, sus parejas y entorno familiar, para la llegada del bebé, por medio de clases teóricas, prácticas y talleres, que proporcionan herramientas de conducta, actitud y de preparación física, que permitan asumir de manera sana los periodos de embarazo, parto y postparto.

El contenido del curso “Mamá Club” incluye:

1. Temas Generales

- Motivación del curso psicoprofiláctico
- Ventajas de realización del curso psicoprofiláctico.
- Reconociendo los factores de riesgo de las gestantes
- Indagar sobre mitos y creencias sobre el embarazo
- Ejercicios de relajación que son realizados con el apoyo de una fisioterapeuta.

2. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino

- Conocimiento del cuerpo
- Aparato reproductor femenino
- ¿Qué hace el sistema reproductor femenino?
- Aparato reproductor masculino.

Una vez terminada la jornada se realizan ejercicios y se genera un espacio para preguntas más frecuentes de movilidad, postura, movimientos permitidos y que ayudan a facilitar los cambios que se producirán en el embarazo. Esta última parte está a cargo de la fisioterapeuta.

⁶⁸ Hospital San Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal. Programa de sesiones educativas “Club Mamá”

3. Riesgos durante la gestación

- ¿Qué es un embarazo de riesgo?
- Factores de riesgo
 - Edad de la madre: adolescentes
 - Peso/ talla de la madre: obesidad de la madre, baja talla o desnutrición
 - RH sanguíneo: madres RH negativos con hijos RH positivos
 - Madre fumadora
 - Madre que consume alcohol
 - Embarazos seguidos
- Ejercicios de estiramiento, relajación, control de respiración, como mejorar la frecuencia cardiaca realizados por la fisioterapeuta.

4. Nutrición y gestación

- Repercusiones de la malnutrición
- Crecimiento y gestación:
- ¿Cuánto debo pesar?
- ¿Qué problemas hay por engordar?
- Hábitos alimenticios
- Ciclos naturales del cuerpo
- ¿Qué productos se deben evitar?
- Grupos de alimentos
- Pirámide nutricional
- Higiene en manipulación de los alimentos

5. Vacunación

- ¿Qué es la vacunación?
- PAI: programa ampliado de inmunizaciones
- Esquema de vacunación
- Qué hacer después de las vacunas

6. Pruebas VIH

- ¿Qué es el VIH?
- Diferencia entre VIH y SIDA
- Formas de transmisión del virus
- Principales factores de riesgo para la infección del VIH
- Principales manifestaciones clínicas de una persona infectada por el VIH

- A qué mujeres se les debe realizar la prueba prenatal de VIH?
- ¿Por qué la prueba de VIH debe ser una parte importante en la rutina del cuidado prenatal de la mujer embarazada?
- Asesoría pre-test VIH/SIDA

7. Planificación familiar

- ¿Qué es la planificación?
- Métodos anticonceptivos

8. Lactancia materna

- Ventajas psico-afectivas Madre-hijo
- Ventajas fisiológicas para la madre
- Ventajas nutricionales/ beneficios para el niño.
- Desventajas de la alimentación artificial
- ¿Qué puede impedir la salida de leche?
- Etapas de la leche
- Reglas básicas para lograr una lactancia adecuada
- Características de la leche
- Preparación de los pezones
- Posición del bebé para alimentarlo
- Situaciones para la extracción manual
- Congestión de los senos y su tratamiento.
- Conducto obstruido y quiste lácteo por retención
- Mastitis
- Absceso mamario
- Problemas con los pezones
- Dificultades en el niño:
- Problemas del niño
- Dificultades de la madre y el hijo
- Masajes en los senos, prepararlos para la lactancia, maniobras de extracción de pezón.

9. Higiene, cambios psicológicos, manifestaciones y formas de manejo expresión de sentimientos durante la gestación

- Cuidados corporales
- Cuidados de la piel
- Cuidado de los senos

- Cuidados del cabello
- Ropa prenatal
- Descanso y sueño
- Recreación, deportes y ejercicio
- Relaciones sexuales durante el embarazo
- Manifestaciones y formas de manejo expresión de sentimientos, este punto es abordado a través de la psicología de la institución.
- Ejercicios de respiración, mecánica corporal, ejercicios para favorecer la circulación

10. Desarrollo intrauterino

- Etapas de la gestión
- Cambios y cuidados anatomo-funcionales
- Estimulación intrauterina.

11. Trabajo de parto, cesárea e inducción sobre el servicio de maternidad

- Dilatación
- Período expulsivo
- El alumbramiento
- Duración del trabajo de parto
- Signos del trabajo de parto y complicaciones

12. Actividades que se realizan en el hospital o clínica

- Admisión
- Estado físico general
- Signos Vitales
- Evaluación fetal
- Estado del líquido amniótico
- Examen vaginal
- Enema

8. Cuidados de la madre durante el puerperio, depresión posparto

- El puerperio
- Recomendaciones en la etapa postparto

- Involución uterina
- Depresión postparto a cargo de psicología.

9. Puericultura

- Puericultura del recién nacido
- Puericultura del lactante
- Cuidados específicos

Las maternas que realicen el curso psicoprofiláctico completo se les entrega un diploma.



Figura 15. Diploma de realización del programa sesiones educativas Mamá Club

Las maternas adicional al curso psico-profiláctico que realizan los martes, son invitadas a un taller sobre alto riesgo obstétrico, el cual, incluye temas generales sobre el embarazo y adicional temas sobre los factores de riesgo como pre-eclampsia, eclampsia, aborto, entre otros, el cual, se realizan todos los miércoles.

Una vez concluyen los talleres a las maternas se les hace un test que pretende evaluar el impacto de la educación dada a la población gestante en donde básicamente se le realizan 3 preguntas abiertas sobre cuidados que debe tener en el embarazo, signos de peligro y ventajas de la leche materna.

La materna que asiste con su pareja al taller sobre trabajo de parto se les entrega un diploma como constancia que se encuentran en capacidad de ingresar al parto, éste diploma que deben presentar en el momento del parto.

	IMPACTO DE LA EDUCACIÓN DADA EN LA POBLACIÓN: PROGRAMA DE LA GESTANTE	Código:	FOR-0003-016
		Versión:	1
1. Enumere 5 cuidados que debe tener durante el embarazo			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
2. Enumere 5 signos de peligro durante el embarazo			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
3. Enumere 5 ventajas de la leche materna			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
FIRMA USUARIA _____		FIRMA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR _____	
Muchas gracias por su colaboración			
Para ser llenado por el encuestador:			
MUNICIPIO		FECHA	
LUGAR DE APLICACIÓN		NOMBRE DEL ENCUESTADOR	

Figura 16. Formato FOR-0003-016 / Impacto de la Educación dada en la población: programa de la gestante



Figura 17. Diploma de realización del programa sesiones educativas Mamá Club

A pesar de existir un libro en donde se encuentran inscritas todas las pacientes que ingresan al curso psicoprofiláctico y así mismo se realiza entrega de diplomas a las maternas que asisten a todos los talleres, la institución no cuenta con estadística sobre el porcentaje de maternas que inician su curso Vs las que culminan y asisten a todo el curso.

7.1. Diagrama de flujo del modelo de atención del hospital

Nota: El flujo grama del modelo de atención se adjunta en archivo.

CONCLUSIONES

- Más del 73% de las mujeres gestantes del municipio de Santa Rosa de Cabal se encuentran afiliadas al régimen subsidiado del SGSSS, lo cual representa un gran reto para el hospital San Vicente de Paúl de este municipio ya que de acuerdo a la normatividad existente y su nivel de atención, este se orienta principalmente a dar cobertura a la población cobijada bajo este régimen. La población objeto de este estudio presenta un porcentaje de participación del 28% con residencia en zona rural a lo cual se debe prestar gran atención para las actividades relacionadas con captación y garantía de la prestación del servicio que permita al binomio madre-hijo una atención de calidad.
- Los resultados más importantes a resaltar de la caracterización de las maternas objeto de estudio durante la cohorte analizada son: porcentaje de participación de madres adolescentes o menores de edad de un 17%, los niveles de básica primaria, básica secundaria, media académica o ningún grado de educación agrupan cerca del 92% de las gestantes.
- En relación a los controles prenatales las maternas de Santa Rosa de Cabal afiliadas al régimen subsidiado se observa que las mayores concentraciones están entre 6 a 9 controles, donde el 80% de las mujeres atendidas al momento de parto, reportan mínimo 8 consultas prenatales. Es importante anotar que cerca del 18% de las gestantes que viven en zonas rurales reportan menos de 4 controles prenatales al momento del parto, lo cual puede generar complicaciones y evidencia barreras de acceso geográficas al sistema de salud.
- Para el total de gestantes reportadas en el municipio de Santa Rosa de Cabal entre los años 2012 al 2014, de los 2290 nacimientos, 1272 pertenecen al régimen subsidiado que representa el 56% del total. De este 56% de nacimientos el 80% nacen por parto espontáneo y el 20% restante por cesárea o parto instrumentado. Cabe destacar que de los cerca de 1018 partos espontáneos del régimen subsidiado, tan solo 494 fueron atendidos en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl, que representan solo el 49% de todos los partos que debieron ser atendidos en el hospital por su nivel de atención y tipo de parto.
- El modelo prestación de servicios de salud del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal no logra garantizar una atención integral a la población materna del municipio afiliada al régimen subsidiado en términos de accesibilidad,

oportunidad, continuidad e integralidad, debido a la fragmentación del servicio generado por los múltiples contratos con IPS de otros municipios o a través de sus propias IPS en integración vertical. Sumado a esta problemática las actividades extra-murales y el proyecto de Entornos Saludables apoyado en las estrategias de APS que son realizadas por el hospital dependen de las condiciones económicas de la misma, lo cual no garantiza la continuidad en las actividades las cuales permiten disminuir barreras geográficas, captar de forma temprana a las maternas de la población, sensibilizar, educar, caracterizar, identificar determinantes sociales que impactan la morbilidad y realizar promoción y prevención sobre la población objeto de estudio.

- De acuerdo a las estadísticas realizadas se tiene que más del 62% de las maternas afiliadas al régimen subsidiado deben ser remitidas a otras entidades de mayor nivel de atención, se evidencia que la ESE Hospital San Vicente de Paúl realiza la referencia de la paciente a través de consulta externa y se registra en un libro de manera manual, pero se pierde su trazabilidad al momento de abandonar la institución, lo cual no es acorde con un modelo de atención basado en rutas integrales.
- En el municipio de Santa Rosa de Cabal las EPS que prestan los servicios al régimen subsidiado y que actualmente tienen contratación con la ESE Hospital San Vicente de Paúl, no están cumpliendo lo establecido en la norma en relación al porcentaje mínimo de contratación, lo cual afecta de manera directa la atención de los usuarios en el municipio de residencia, la integralidad en la atención y continuidad en la misma.
- Existen importantes falencias en inspección, vigilancia y control a nivel municipal, departamental y nacional que favorece el incumplimiento de normas por parte de las aseguradoras lo que impacta negativamente en las usuarias quien en últimas no reciben los servicios en forma oportuna e integralidad.
- La institución cuenta con un curso psico profiláctico muy bien estructurado y manejado en forma inter-disciplinaria que le permite abordar los temas de mayor relevancia para las mujeres en embarazo y su compañero, no obstante a pesar de que existe un post test que se realiza para evaluar el impacto de los talleres realizados, no existe una estadística que permita evaluar el % de maternas que inician el curso Vs las maternas que asisten a todas las jornadas programadas.

8. PROPUESTA DE MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON BASE EN RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN

8.1. Árbol de Problema de la situación actual

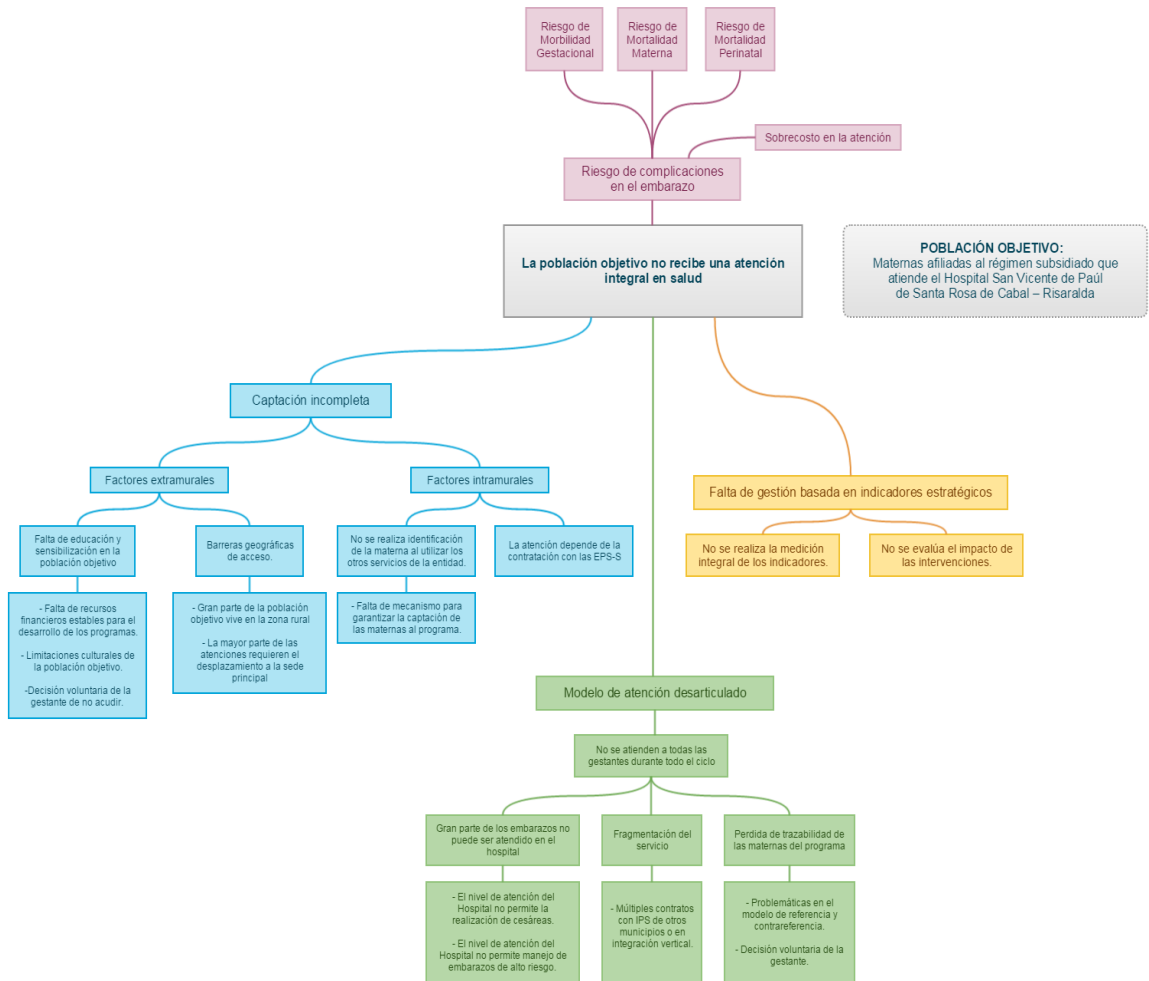


Gráfico 16. Árbol de Problema del modelo actual de prestación de servicio a maternas del municipio

Link online: <https://www.glify.com/go/publish/9374137>

8.2. Propuesta de modelo de prestación con base en rutas integrales de atención

Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley estatutaria y la Ley del Plan Nacional de Desarrollo, colocamos a consideración del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal la siguiente propuesta de modelo de prestación de servicios con base en rutas integrales de servicios de salud que permita garantizar a la población materna afiliada al régimen subsidiado el goce efectivo al derecho a la salud con oportunidad, continuidad e integralidad.

La propuesta parte del hecho que en el municipio y en el Hospital se va a continuar fortaleciendo la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través de entornos saludables u otro programa que garantice el fortalecimiento de la participación social y comunitaria y la acción intersectorial efectiva.

En concordancia con la estrategia de APS, se propone al Hospital, reorganizar su oferta de servicios con base en la identificación de familias y la asignación de un equipo básico de salud, el cual, deberá estar conformado acorde a las necesidades de la población.

Se sugiere la conformación de un equipo básico de atención por cada 700 familias y un equipo de apoyo por cada 7 equipos básicos.

En los equipos básicos (EBAS) se debe incluir 5 auxiliares de Salud Pública, auxiliares de enfermería o promotores que son personas de la comunidad capacitadas y conocedoras de su entorno, por tanto, crean vínculo con las familias, lo que facilita el cuidado integral de estas y obviamente de las maternas, población objeto de ésta propuesta.

Con la caracterización que se hace de la embarazada en el momento de captación a través de los equipos básicos o de cualquier otro punto de entrada al servicio, se identifican los determinantes sociales que impactan las condiciones de salud de la embarazada; posteriormente se informa al consejo de gobierno municipal para que desde las instancias respectivas se tomen las medidas de protección para la población embarazada y se le realiza el seguimiento por parte del Hospital. Los EBAS son los encargados de canalizar el cuidado de la gestante con los servicios, sea en puestos, centros de salud u Hospital.

La ruta de atención de la gestante debe partir desde una captación temprana de las mujeres en edad fértil que permita una planeación del embarazo e incluso la detección de posibles factores de riesgo en el futuro binomio madre-hijo.

Teniendo en cuenta que un porcentaje importante de la población (28%) es de área rural se debe fortalecer la estrategia de APS y el proyecto de entornos saludables,

generando un empoderamiento de la comunidad a través de líderes en las veredas que contribuya a una captación temprana de las mujeres en edad fértil como de las maternas. Este tipo de estrategias en donde se establecen vínculos con la comunidad permitirán eliminar las barreras generadas por las dificultades económicas y geográficas que tiene la población para desplazarse hacia el hospital.

Cuando se detecte una materna en zona rural el hospital debe desplazar en forma inicial una auxiliar en salud pública o promotora de salud capacitada para la toma de muestras de laboratorio y empezar la ruta de atención de la materna, evitando la captación tardía, con las consecuencias que en ocasiones esto puede generar para el binomio madre-hijo.

La institución debe continuar con las estrategias de captación y seguimiento en otros espacios como la ronda institucional que realiza diariamente por el servicio de hospitalización, observación y urgencias. Así mismo, revisar semanalmente el registro de AIEPI para evaluar las pacientes que ingresaron por urgencias en horarios diferentes a la ronda y poder ser captada la información. Cuando se encuentran pacientes embarazadas en los servicios de ronda y que no se encuentran en el programa de maternas deberán ser captadas e ingresadas al programa.

Las gestantes una vez ingresadas al programa debe garantizarse el acceso a los servicios de salud, ya sea con el desplazamiento de los profesionales de la salud por parte del Hospital o la consecución del traslado de la materna a las instalaciones del Hospital.

Una vez la materna ingresa a la institución deberá pasar por facturación para que se establezca su tipo de aseguradora, sin embargo, ésta paso no será impedimento para el acceso a los servicios de salud ya sea para iniciar con la toma de los exámenes pre-natales o para la valoración del médico en caso de que llegue ya con todos los exámenes solicitados por auxiliar de enfermería o enfermera jefe en la institución o en área extra-mural.

Se recomienda que la institución cuente con formularios del Sisbén que puedan ser diligenciados por la trabajadora social y con base en los resultados arrojados por éste, realizar en la misma institución la afiliación a una EPS del régimen subsidiado que escoja la usuaria, documentos que después deberán ser enviados al Ente territorial para el trámite correspondiente en el sistema.

Teniendo en cuenta que el municipio de Santa Rosa cuenta con una población de 71.810 en donde 35.905 son mujeres y de éstas el 49.23% se encuentran en edad fértil, sumado al hecho de que el 71% deben ser remitidas a otros niveles de atención, se sugiere que el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal

realice estudio de factibilidad económica para la consecución de un Ginecólogo que le permita atender en el municipio a la población materna que en un gran porcentaje es considerada de alto riesgo obstétrico y por ende son remitidas al municipio de Pereira.

El presente estudio no cuenta con los datos estadísticos que le permitan concluir cuáles embarazadas son clasificadas como alto riesgo obstétrico por su condición socio-económica Vs las remisiones realizadas por alto riesgo obstétrico con patologías maternas asociadas a hipertensión, diabetes u otras condiciones que implican la atención en un tercer nivel de atención; por tanto producto del estudio de factibilidad deberá tomarse la decisión de contar con el servicio de gineco-obstetricia o por el contrario fortalecer la referencia y contra-referencia de éstas pacientes hacia Dosquebradas y Pereira.

Es necesario que la institución genere a través del sistema “alarmas” que le permitan realizar gestión de riesgo al grupo de maternas, es decir, en los diferentes puntos de la ruta de tal manera que si la paciente es detectada y no asiste a control, o cuando son solicitados los exámenes de laboratorio y éste tengan algún tipo de alteración que sean fácilmente identificados por la Enfermera jefe del programa o cuando la paciente falta a uno de sus controles prenatales para realizar ubicación de la paciente a través de otras estrategias.

En la ruta de atención para las pacientes maternas que viven en área rural se sugiere coordinar la asesoría pre-test, toma de exámenes el mismo día que la consulta con el médico general, consulta con el odontólogo y la toma de citología evitando dobles desplazamientos a la paciente y sobre costos que ocasionen que la paciente no asista en forma oportuna al control.

Para las maternas que viven en zona urbana se garantizará la asignación de las citas en forma concertada con la materna.

El Ente Territorial municipal y departamental deberá jugar papel muy importante en garantizar el cumplimiento de las normas actualmente vigentes como es la atención de la población en el municipio de residencia y la contratación mínima con la red pública hospitalaria, esto permitirá que la ESE cuente con contratación de manejo integral de la población acorde con sus servicios habilitados, evitando así desplazamiento de las maternas a otros municipios como Pereira para la toma de exámenes como la ecografía obstétrica que puede ser realizada en la institución.

Si durante el control prenatal el médico determina que la paciente es de alto riesgo obstétrico deberá ser valorada por el Ginecólogo y será éste quien determine el tratamiento que deberá seguir la paciente y su nueva valoración por el médico general o si deberá continuar con controles con el especialista.

Cuando una paciente sea catalogada de alto riesgo obstétrico por patologías que requieran que su atención sea realizada en un segundo o tercer nivel de atención, ésta debe ser remitida por el médico a través de consulta externa al ginecólogo, por tanto, el Hospital San Vicente de Paúl a través del SIAU realizará la solicitud de la cita. Habrá citas preferenciales en las institución de tercer nivel, vigilando que el indicador de oportunidad no sea nunca mayor de 48 horas para aquellas pacientes que por su condición requieran una cita prioritaria de obstetricia.

Teniendo en cuenta que las dos EPS del municipio cuentan con contratación con los hospitales de Santa Mónica y San Jorge se realizará a través de los contratos la inclusión de cero barreras para las pacientes embarazadas, de tal manera que el hospital pueda solicitar la cita con el Ginecólogo directamente al Hospital San Jorge o al Hospital Santa Mónica. Habrá una auxiliar de enfermería que hará seguimiento a la realización de la consulta y la contra-remisión de la paciente que fue atendida en el Ginecólogo, mientras que se genera una inter-operatividad entre los sistemas de información de las instituciones del Departamento.

Cuando el parto es atendido en el hospital; antes de su egreso se le asigna la primera cita para el control del puerperio, planificación familiar y atención del recién nacido a los 3 días. En caso de no culminar su embarazo y presentar un aborto; una vez concluye la atención, previa salida se asigna cita con el médico o médica con la cual tuvo los controles prenatales para posteriores valoraciones.

8.3. Mapa Conceptual de la Propuesta de modelo de prestación basada en rutas integrales de atención

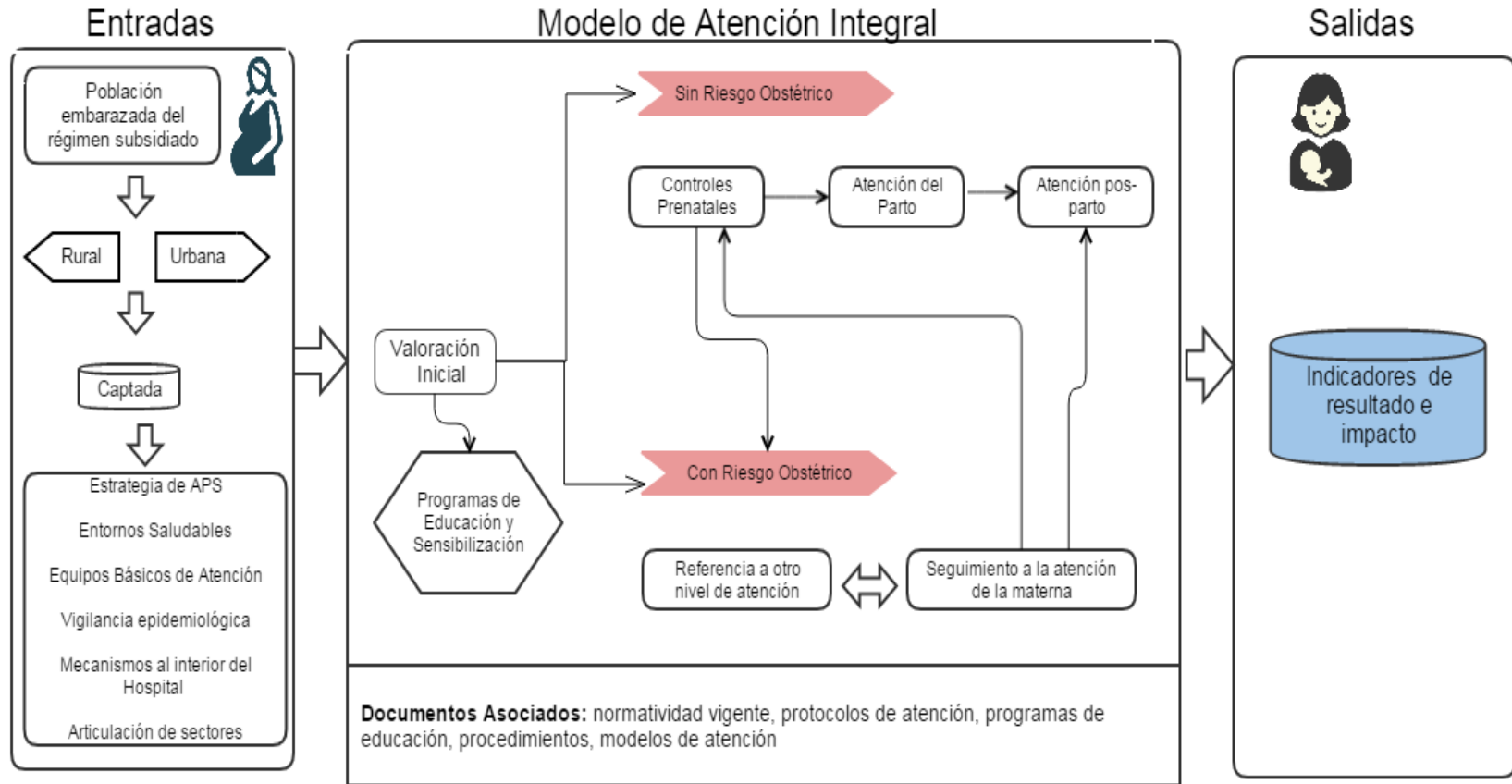


Gráfico 17. Mapa Conceptual o mental de la propuesta de modelo de prestación de servicio con rutas integradas a las maternas del municipio

RECOMENDACIONES

- Generar un sistema de referencia y contra-referencia con el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas que permita la valoración de pacientes maternas catalogadas como alto riesgo obstétrico por sus condiciones socioeconómicas, más no por tener patologías asociadas de base, así no tendrán que recibir su atención en un tercer nivel, incrementándose los costos de atención en forma innecesaria y mejorando la oportunidad en la atención.
- Teniendo en cuenta que el municipio de Santa Rosa cuenta con una población de 71.810 en donde 35.905 son mujeres y de éstas el 49.23% se encuentran en edad fértil, sumado al hecho de que el 62% finalizan su embarazo en lugares diferentes al municipio de residencia o deben ser remitidas a otros niveles de atención, se sugiere que el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal realice un estudio de factibilidad económica para la consecución de un Ginecólogo que le permita atender en el municipio a la población materna que en un gran porcentaje es considerada de alto riesgo obstétrico y por ende son remitidas al municipio de Pereira.
- Para garantizar el cumplimiento de la ruta de atención integral es necesario una articulación que debe ser liderada por el municipio entre las EPS, prestadores privados y la ESE de tal manera que pueda garantizarse a las pacientes maternas una continuidad en la ruta, acorde con sus necesidades.
- Concertar la ruta de atención integral para las pacientes maternas con las dos EPS del régimen subsidiado que tienen usuarios en el municipio de tal manera que se unifiquen la ruta y las guías de atención para éste tipo de población, facilitando así su aplicación por todos los actores involucrados.
- Con el cambio de gobierno que se está generando a nivel municipal se hace necesaria la inclusión en el plan de desarrollo municipal la estrategia de APS y las políticas de salud pública en cumplimiento del plan decenal de salud pública, lo que permitirá una articulación entre los diferentes actores en pro de la salud pública del municipio.
- Es necesario generar una comunicación efectiva entre los sistemas de información del hospital y el hospital Universitario San Jorge (Inter-operatividad) con el propósito de garantizar un sistema de referencia y contra-referencia funcional, situación que pueda facilitarse dado que ambas instituciones cuentan con el software de dinámica gerencial.

- Contar con formularios del Sisbén que puedan ser diligenciados por la trabajadora social y con base en los resultados arrojados por éste, realizar en la misma institución la afiliación a una EPS del régimen subsidiado que escoja la usuaria.
- Realizar campañas comunicacionales de cuidado integral de la gestante.
- Creación de un observatorio de derecho a la salud, con énfasis en la gestante
- Crear programa de cuidado a la materna sin barreras
- Para garantizar la eficiencia del modelo es necesario contar con un sistema de información fortalecido.
- Es necesario el fortalecimiento del sistema de costos que garantice la continuidad de la ruta de atención integral y la viabilidad de la institución.
- Apoyarse en los conceptos de APS para fortalecer la atención integral de las embarazadas a través de la acción de otros sectores.
- Realizar programa de formación continua al talento humano responsable de la ruta de atención propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

[35] Adaptado Grupo de Gestión Integral del Riesgo en Salud, MSPS, 2012.

[41] ASI VAMOS EN SALUD. Seguimiento al sector salud en Colombia. Tabla gráfica de aseguramiento geo referenciado. Internet: (www.asivamosensalud.org. <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>).

[21] BANCO MUNDIAL. Hacia la paz sostenible, la erradicación de la pobreza y la prosperidad compartida. Notas de política: Colombia. Washington DC. Septiembre de 2014.

[23] BARRIOS ARTAZA Osvaldo; MÉNDEZ Claudio A; HOLDER MORRISON Reynaldo; SUAREZ JIMÉNEZ Julio Manuel. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.

[32] CENDEX (Centro de proyectos para el Desarrollo). Informe diagnóstico y perspectiva de los estudios de postgrado en Colombia. Documento técnico ASS/1192-05. Bogotá, mayo de 2005.

[3, 18, 19, 27] COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

[6] COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 6 (16, enero, 1991). Por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 39.631, de enero de 1991.

[7] COLOMBIA, PRESIDENTE DE LA REPUBLICA. Decreto 97 (12, enero, 1996). Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 6 de 1991, sobre la especialidad médica de Anestesiología.

[15, 26] CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley Estatutaria 1751 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

[16] CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”

[17] CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo País”, Artículo 61 “Del modelo integral de atención en Salud.

[22] CONGRESO DE COLOMBIA, Proyecto de Ley No. 210 de 2013. “Por medio de la cual se redefine el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Artículo 67. Vigencias y derogatorias.

[29] CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Diario oficial No. 40.506 de 9 de Enero de 2007.

[33] CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 30 de 1992, por el cual se organiza el servicio público de Educación Superior. Diciembre 28 de 1992.

[36] CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Diario oficial No. 49.538 de 9 de junio de 2015.

[37] CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1164 DE 2007. “Por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud”. Octubre 03 de 2007.

[38] CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.

[45] CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Enero 19 de 2011.

[46] CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley Estatutaria 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015.

[30] CONSEJO MUNICIPAL – SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA. Acuerdo No. 041. Por el cual se adopta el plan municipal de desarrollo: “Trabajemos juntos por Santa Rosa de Cabal”, correspondiente al periodo institucional 2012-2015 y se dictan otras disposiciones. Mayo 29 de 2012.

[40] COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materias de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

[52] Declaración Universal de Derechos Humanos; adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1498.

[51] Documento OPS sobre Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud MGPSS).

[56] Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
www.dane.gov.co/censo

[58] DANE: Censo Nacional de Población y Vivienda 2005

[60] E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. SANTA ROSA DE CABAL. Manual de Calidad Institucional. Código: MAN-079-001. Versión: 03. Vigencia: 28/04/2014

[61] E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. SANTA ROSA DE CABAL. Página web www.hospisantarosadecabal.gov.co

[2] Esta evidencia es mas de tipo cualitativo debito a la carencia de línea de base y series de tiempo que permitan medir los efectos de la reforma (Plaza, et.al. 2001; Abadía, et.al. 2008)

[9, 20] GALLO EGAR. Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud. OPS/OMS - PAHO/WHO abril de 2011. Washington, DC

[62] GOBERNACIÓN DEL RISARALDA. Secretaría Departamental de Salud. Análisis de la situación de salud, eventos de notificación obligatoria –ENOS. Risaralda 2013. Pereira, Marzo de 2014.

[67] Gobernación de Risaralda/Secretaría de Salud Departamental programa entornos saludables.

[44] GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. Consenso de Iquique. Las ministras y ministros de salud de Iberoamérica, reunidos en la IX conferencia iberoamericana de ministras y ministros de salud de Iquique. Chile, julio de 2007.

[14] HOSPITAL SAN VIVENTE DE PAUL – SANTA ROSA DE CABAL. Base de datos de matriz de seguimiento de gestantes para los años 2012 al 2014

[59] Hospital San Vicente de Paúl, Secretaría de planeación Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud Alcandía Municipal; Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Santa Rosa de Cabal 2014

[68] Hospital San Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal. Programa de sesiones educativas “Club Mamá”.

[64] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema. República de Colombia, Mayo de 2015.

[1] La evidencia es extensa desde la medición del gasto catastrófico (Trujillo, 2003; Giedion y Villar, 2008; Amaya & Ruiz. 2011). También han sido documentadas ganancias en equidad, particularmente en acceso a servicios curativos individuales, tanto ambulatorios como hospitalarios (Ruiz et al, 2013).

[55] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. ISBN: 978-958-98220-0-5. Bogotá, Colombia. Mayo de 2007.

[8] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Proyecto de Ley 210 de 2013. Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

[4, 11, 13, 66] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. GOBERNACIÓN DE RISARALDA. Sistema Integral de Información de la Protección social – Registro Único de Afiliados. Registro de nacidos vivos departamento de Risaralda años 2012 al 2014.

[10] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – Risaralda. Internet: (www.supersalud.gov.co/mapaRisaralda)

[65] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. Bogotá 2014.

[28] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Tomo III. Morbilidad y Mortalidad de la población colombiana. Bogotá, diciembre de 2010.

[34] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Planeación prestación de servicios de salud. Contexto financiero y abordaje del GIR. Dirección de prestación de servicios y atención primaria. Julio de 2014.

[48] (Modificado de WHO integrated services health- What and Why? Technical Brief No 1.

[49] Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Guilles, RR, Mithell JB; Morgan KL; Building integrated system: the holographic organization. HealthcareForumjournal; 1993;36(2):20-6

[54] NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos económicos, sociales y culturales. Consejo económico y social. Suplemento No. 2. Nueva York y Ginebra. 2002.

[5, 25, 50] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Serie La renovación de la atención primaria de la salud en la Américas N.4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 28 de mayo de 2010.

[24] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 49. Consejo directivo. Resolución CD49.R22. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la atención primaria basada en salud. Washington, D.C. EUA, del 28 de Septiembre al 2 de Octubre de 2009.

[42] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud. Bogotá, Colombia. Agosto de 2011.

[43] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Agenda de salud de las Américas 2008 – 2017. Presentada por los ministros de salud de las Américas en la ciudad de Panamá, junio de 2007.

[57] Plan Departamental de Desarrollo 2012-2015: “Risaralda: unida, incluyente y con resultados”

[31] PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – CENDEX (Centro de Proyectos para el Desarrollo). Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialista, en servicios de alta y media complejidad en Colombia. Documento Técnico GPES/1682C-13. Bogotá, Septiembre de 2013.

[53] PROTOCOLO DE SAN SALVADOR; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. (Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimotercero período ordinario de sesiones de la Asamblea General)

[39] REPUBLICA DE COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, Sala segunda de revisión. Sentencia No. T-760 de 2008

[47] REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 19 de 2012. “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública”. Enero 10 de 2012

[12, 63] SECRETARIAS DE SALUD ALCALDÍA MUNICIPAL/ SECRETARIA DE PLANEACIÓN ALCALDÍA MUNICIPAL / OFICINA DE PLANEACIÓN Y

ESTADISTICA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud - ASIS. Santa Rosa de Cabal 2014.