

UNIVERSIDAD EAN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS DE SALUD

DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, RUTA DE
ATENCIÓN MATERNO PERINATAL, EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO
DE IBAGUÉ, AÑO 2018

Evaluación de la red: Análisis de Oferta/demanda, grado de integración y Análisis de costos de la
ruta en el contexto

AUTORES

FERNANDO DÍAZ ESCANDÓN
SANDRA MILENA JARAMILLO AYALA
RICARDO LÓPEZ RIVERA

DIRECTORA

CLAUDIA FABIOLA REY SARMIENTO

IBAGUÉ, SEPTIEMBRE DE 2018

DEDICATORIA

Al amor, esfuerzo, paciencia, valentía y fortaleza
de todos nuestros familiares y amigos
que siempre nos brindan su cariño y compañía
y siempre esperan lo mejor de nosotros

de Fernando “A mi esposa Mónica Alejandra,
a mis hijas Ivanna Marcela y María Alejandra
a mis padres Samuel y María Ventura (QEPD), ejemplos de superación
y pasión por el conocimiento “

de Sandra “A mi esposo Brian,
a mis hijos Natalia, Gabriela y Nicolás,
a mis padres, Sara y Guillermo
y a mi nieto Juan Guillermo”

de Ricardo “A mi esposa Alma Patricia
a mis padres Carlos Arturo y Olga María (QEPD) por iluminarme”.

AGRADECIMIENTOS

A cada una de las instituciones participantes que hicieron posible esta investigación, al Ministerio de Salud y Protección Social por su asesoría, a la Secretaría Departamental de Salud del Tolima en cabeza de la dra. Sandra Liliana Torres Díaz, a la Secretaría Municipal de Salud de Ibagué, dr. Gelver Dimas Gómez, por su disposición e interés; a las Empresas Sociales del Estado, Unidad de Salud de Ibagué, gerente Elsa Graciela Martínez, Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, agente interventora Inés Bernarda Loaiza Guerra y subgerente científica Claudia Echeverry, por su compromiso; a cada uno de los gerentes regionales para el Tolima de las Empresas Promotoras de Salud que participaron, por su colaboración; a las empresas, Cooperativa Especializada de Servicios Urológicos del Tolima Urotol y Heliscan SAS, por su disposición y espacio, a Sophia Bulla Rubio por su apoyo en la traducción y muy especialmente a nuestra directora de tesis doctora Claudia Fabiola Rey Sarmiento por su gran apoyo, energía y compromiso.

RESUMEN EJECUTIVO

Debido a que en la actualidad no se ha desarrollado, ni implementado el modelo de atención integral en salud (MIAS) en el municipio de Ibagué, la presente investigación realiza una evaluación sobre el nivel de integración de las redes de servicios de salud en el municipio, la oferta y demanda de servicios de salud materno perinatal, identificando los aspectos necesarios a desarrollar para brindar la ruta de atención materno-perinatal en una red integrada en dicho municipio, que incluye el cálculo del costo de la ruta.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el año 2016 diseñó y adoptó un Manual Metodológico para la Implementación de las Rutas y el documento marco donde se establecen los Lineamientos Generales para la Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), de conformidad con lo definido en la Resolución 1441 de 2016 del MSPS; no obstante su contenido aún no permite su operativización local, debido entre otros, a la falta de liderazgo territorial, desconocimiento de las guías e insuficiente capacitación de los actores, lo cual conduce a que en la práctica se continúe en el modelo de atención actual, basado en la oferta de servicios de las Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), con servicios de salud fragmentados, centrados en el individuo y con excesivos trámites para acceder a los mismos.

Se realizó es una investigación aplicada, generando conocimiento a partir del enlace entre la teoría del MIAS, redes integradas de servicios de salud (RISS) y la ruta de atención materno perinatal, para contribuir a la disminución de los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población materno perinatal en el municipio de Ibagué, teniendo en cuenta la sostenibilidad del sistema. La investigación se desarrolló con participación interdisciplinaria de profesionales de las áreas económica, administrativa y médica, y el aporte de los equipos de trabajo de las Entidades Territoriales (ETs), las Empresas Sociales del Estado (ESEs) y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs-S).

Basados en los lineamientos de la OPS sobre RISS (OPS/OMS, 2010) y del MSPS sobre RIPSS. (MSPS, 2016), se evaluó el grado de progresión hacia la integración de la red conformada por ETs, EPSs-S y las ESEs, mediante el diseño de un instrumento, encontrando una red fragmentada. Igualmente se evaluó la suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud, calculando la demanda agregada de servicios sobre la ruta materno perinatal,

correlacionándola con la oferta en las ESEs del municipio, la cual es necesario complementar en el componente primario; por último se procedió a calcular el costo de la ruta que se estimó en un valor equivalente al 17% de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) promedio para el año 2018.

A la luz de los resultados obtenidos, se evidencia fragmentación en la red integrada de servicios de salud a nivel de todos los ámbitos y atributos evaluados con diferentes grados de progresión tanto en los grupos de entidades, como en el consolidado de la red; la ruta de atención materno perinatal es clara en cuanto a su contenido, la justificación de las actividades incluidas, el responsable sectorial y es fácilmente identificable la población objeto y por ende la demanda agregada; en cuanto a la oferta de servicios, se evidencia buena cobertura geográfica del prestador primario, lo cual facilita la accesibilidad de los usuarios, no obstante se identifica la necesidad de aumentar la capacidad y complementar los servicios en dicho prestador. Con relación a los costos, basados en el análisis de costos por precio de factura se observa que el desarrollo integral de la ruta a todas los potenciales beneficiarios está contemplada en el valor de la UPC-S vigente.

Se concluye que si bien los recursos financieros pueden ser suficientes para el desarrollo del MIAS en la Ruta de Atención Materno Perinatal en el municipio de Ibagué, la provisión de servicios debe ser fortalecida y los integrantes de la red de servicios, conformada por EPSs-S, IPSs y ETs, deben avanzar en los atributos que les permita conformar una red integrada, especialmente en el ámbito del modelo asistencial.

El presente estudio puede ser complementado, evaluando la capacidad de toda la red de prestadores, públicos y privados, para atender la totalidad de la población del municipio en el componente primario y para la región centro y el total del departamento en el componente complementario de la ruta de atención materno perinatal, al igual que ser extrapolado a las demás rutas integrales definidas por el MSPS y/o las ETs. Otro aspecto a desarrollar es el diseño del modelo de atención para garantizar la integralidad, oportunidad y accesibilidad a las atenciones de la ruta. En caso de implementar la ruta, se puede hacer una medición del impacto en los resultados de salud en cuanto a la disminución de complicaciones del embarazo y los neonatos. Se recomienda evaluar en forma periódica la progresión de la integración de la red de servicios de salud mediante la metodología diseñada, la cual puede ser estandarizada por el MSPS.

PALABRAS CLAVE:

Servicios de Salud; Administración de los Servicios de Salud; Salud Materna; Salud Infantil; Economía en atención en salud y organizaciones; Colaboración intersectorial; Instituciones de salud; Instalaciones para Atención de Salud, recursos humanos; Utilización; Asignación de Recursos; Colombia.

ABSTRACT

Due to the fact that it has not actually been developed, nor has the integral healthcare model been implemented in the city of Ibagué, the current investigation carries out an evaluation about the level of integration of healthcare services network in the city, the supply and demand of maternal perinatal health services, identifying the aspects that need to be developed in order to be able to offer the maternal-perinatal care route in an integrated network in said city, which includes the calculation of the cost of this route.

In the year 2016 the Ministry of Health and Social protection designed and adopted a methodological manual for the implementation of the routes and the document marked where the general guidelines were established for the conformation, organisation, management, monitoring and evaluation of the integral network of loaners of health services, in agreement with what was defined in the resolution 1441 of 2016 of the MSPS; however the composition of this resolution does not yet allow its local operationalisation, due to among other things, to the lack of territorial leadership, incomprehension of the guides and insufficient training of the executors, which leads in practice to the continued use of the current health car model, based on the offer of services from the health facility loaners, with fragmented health services, centred around the individual and with excessive formalities to access the same services.

An applied investigation was carried out, generating knowledge starting from the link between the theory of the integral healthcare model, the integrated healthcare network and the maternal perinatal care route, to contribute to the diminishing of indicators of morbidity and mortality in the maternal-perinatal population of the city of Ibagué, considering the sustainability of the system. The investigation developed with the interdisciplinary participation of professionals from economic, administrative and medical areas, and the input from the teams of work from the Territorial Entities, the State's Social Companies and the Health promoting Entities of the Subsidised Regime.

Based on the OPS's guidelines about integrated healthcare networks (OPS/OMS, 2010) and the Ministry of Health and Social protection's guidelines about integral healthcare networks. (MSPS, 2016) what was evaluated was the degree of progression towards the integration of the network which is made up by the Territorial Entities, the State's Social Companies and the Health promoting Entities of the Subsidised Regime through the design of an instrument, finding a

fragmented network. Equally the sufficiency of the network of health service loaners was also evaluated, calculating the added demand of maternal-perinatal care service routes, correlating it with the offers in the state's social companies in the city, which is necessary to complement in the primary component; ultimately, we proceeded to calculating the cost of the route which was estimated to have a value equivalent to 17% of the unit of pay per Capitation of the average subsidised regime for the year 2018.

In light of the obtained results, fragmentation is demonstrated in the integrated healthcare network at the same level of all the ambits and attributes evaluated with different degrees of progression both in the groups of Entities, as in the consolidated network; the maternal-perinatal care route is clear in terms of its content, the justification of the included activities, the sectoral responsible and its easily identifiable target population and hence the added demand; in terms of the supply of services, the good geographic coverage from the primary loaner is evident, which facilitates the accessibility of users, nevertheless the necessity of increasing the capacity and complementing the services of said loaner have been identified. In relation to the costs, based on the analysis of the costs by price of receipt it is observed that the integral development of the route to all the potential beneficiaries is contemplated in the value of the unit of pay per Capitation of the current subsidised regime.

It is concluded that the financial resources could be enough for the development of the integral healthcare model in the maternal-perinatal care route in the city of Ibagu e, the provision of services should be fortified and the members of the network of services, made up of Territorial Entities, the State's Social Companies and the Health promoting Entities of the Subsidised Regime should advance in the attributes that allow them to shape an integrated network, especially in the ambit of the assistance model.

The present study could be supplementing, evaluating the capacity of the whole network of loaners, public and private, to take care of the entirety of the population of the city in the primary component and for the centre region and the departments total on the complementary component of the maternal-perinatal care route, as well as being extrapolated to the other defined integral routes defined by the Ministry of Health and Social protection and/or the Territorial Entities. Another aspect to develop is the design of the attention model to guarantee the integrality in health, opportunity and accessibility to the care of the route. In case of implementing the route, a measurement can be done of the impact on the health outcomes in terms of the decrease in

complications of the pregnancy and the neonates. It is recommended to evaluate periodically the progression of the integration of the healthcare services network through the designed methodology, which could be standardised by the Ministry of Health and Social Protection.

KEY WORDS:

Health Services, Health Services Administration , Maternal Health, Child Health, Health Economics, Intersectoral Collaboration, Health Facilities, Human Resources, utilization , Resource Allocation , Colombia

CONTENIDO

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	1
2	HIPÓTESIS:	3
3	OBJETIVOS	4
3.1	Objetivo General	4
3.2	Objetivos Específicos.....	4
4	JUSTIFICACIÓN:	5
5	MARCO TEÓRICO:	8
5.1	Redes integradas de servicios de salud	8
5.2	Suficiencia de red	11
5.3	Costos de implementación de la ruta	16
6	PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO:	17
6.1	Marco Metodológico.....	17
6.1.1	Población – Universo	18
6.1.2	Muestra.....	21
6.1.3	Duración del proyecto:	21
6.1.4	Estrategias e instrumentos de recolección de información	21
7	EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE LA RED.....	24
7.1	Encuesta para evaluar el nivel de progresión de los atributos que conforman las RISS 24	
7.2	Validación del instrumento propuesto por parte de expertos.....	25
7.3	Validación estadística coeficiente de concordancia externa W de Kendal	26
7.4	Aplicación de encuestas	27
7.5	Procesamiento de la información	27
7.6	Resultados de la encuesta realizadas a las entidades sobre el nivel de progresión de los atributos que conforman las RISS.....	28
7.6.1	Entidades territoriales.....	29
7.6.2	Empresas Sociales del Estado	30
7.6.3	Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.....	32
7.6.4	Resultados por atributos y por tipo de organización ET, ESEs, EPSs-S	33

7.6.5	Resultados consolidados	41
8	ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA OFERTA Y COMPLETITUD DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA RUTA MATERNO PERINATAL.....	44
9	ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA RUTA MATERNO PERINATAL.....	52
9.1	Estimación de la Demanda de servicios de salud para la ruta materno perinatal.....	52
9.1.1	Demanda - Cálculo Poblacional:.....	52
9.1.2	Demanda agregada.	53
9.1.3	Demanda por percepción de enfermedad	57
9.1.4	Demanda de acceso a salud.....	57
9.1.5	Demanda efectiva en salud.....	57
9.1.6	Demanda observada por medicina basada en la evidencia MBE en salud	58
9.1.7	Proyección de la demanda para la Ruta de Atención Materno perinatal.	58
10	ANÁLISIS DE SUFICIENCIA DE LA RED DE SERVICIOS	62
11	ESTIMACIÓN DEL COSTO DE LA RUTA MATERNO PERINATAL	71
12	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:	78
13	CONSIDERACIONES ÉTICAS:	79
14	SESGOS Y RESULTADOS ESPERADOS.....	81
15	IMPACTOS RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO	82
16	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
17	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
18	BIBLIOGRAFÍA:	93
	ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
	Anexo 1. Instrumento de evaluación del grado de integración de la red de servicios de salud	¡Error! Marcador no definido.
	Anexo 2: Resultado prueba estadística del coeficiente de concordancia Kendall.....	¡Error! Marcador no definido.
	Anexo 3 Oferta agregada del Hospital Federico Lleras Acosta y de la Unidad de Salud de Ibagué.....	¡Error! Marcador no definido.
	Anexo 4.Sedes de las ESEs-S del municipio de Ibagué registradas en el REPS	¡Error! Marcador no definido.

Anexo 5. Consentimiento para participar en la investigación **¡Error! Marcador no definido.**

APÉNDICE I. **¡Error! Marcador no definido.**

A. Estadística de mortalidad materna **¡Error! Marcador no definido.**

B. Estadística de Mortalidad infantil **¡Error! Marcador no definido.**

C. Articulación con los planes de desarrollo, el plan de salud pública y los objetivos de desarrollo del milenio y desarrollo sostenible. **¡Error! Marcador no definido.**

D. Recomendaciones y estadísticas de la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. **¡Error! Marcador no definido.**

E. Normatividad vigente para el sector salud: Ley estatutaria, política PAÍS, MIAS y RIAS **¡Error! Marcador no definido.**

LISTA DE TABLAS

Tabla 6.1 Población Total 2017 y discriminada por sexo, Colombia, Tolima e Ibagué	19
Tabla 6.2 Población afiliada al SGSSS de Ibagué discriminada tipo de aseguramiento	19
Tabla 6.3 Direcciones de Salud del Departamento del Tolima y del Municipio de Ibagué.....	20
Tabla 6.4 Entidades Promotoras de Salud que operan en el municipio de Ibagué con afiliados al régimen subsidiado.	20
Tabla 6.5 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud de naturaleza pública E.S.E. – Ibagué	20
Tabla 6.6 Estrategias e instrumentos de recolección de información	21
Tabla 7.1 Criterios de evaluación para la validación	26
Tabla 7.2 Escala del Nivel de progresión de los atributos que conforman las RISS	28
Tabla 7.3 Resultado de la Encuesta dirigida a ET para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud	29
Tabla 7.4 Resultado de la Encuesta dirigida a ESES para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud	31
Tabla 7.5 Resultado de la Encuesta dirigida a EPSs-S para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud	32
Tabla 7.6 Resultado de la Encuesta dirigida a EPSs-S, IPS, ET para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud	42
Tabla 8.1 Servicios definidos por el MSPS para la ruta de atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué	44
Tabla 8.2 Servicios del componente primario para la atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué	46
Tabla 8.3 Servicios del componente complementario para la atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué	48
Tabla 9.1 Mujeres en Edad Fértil de 14 a 49 Años - Afiliadas al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué a Marzo de 2018.....	52
Tabla 9.2 Estimaciones de población objeto de la ruta de atención materna perinatal afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué	53
Tabla 9.3 Proyección de la demanda para cada una de las intervenciones o procedimientos de la ruta materno perinatal	58
Tabla 10.1 Detalle de la oferta de servicios de la ruta de atención materno perinatal, en las E.S.E. Del municipio de Ibagué, por grupo de servicios y número de sedes en las que se presta el servicio	62

Tabla 10.2 Demanda de servicios que requieren internación para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el Municipio de Ibagué para los componentes primario y complementario versus la oferta de camas disponible.	65
Tabla 10.3 Análisis de suficiencia de camas para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué	65
Tabla 10.4 Análisis de suficiencia de servicios ambulatorios y/o de apoyo para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué	66
Tabla 10.5 Análisis de suficiencia de servicios que requieren salas especiales para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué	68
Tabla 11.1 Costo por factura emitida de las actividades de la ruta de atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué.	71
Tabla 11.2 Relación entre el costo de la ruta de atención materno perinatal y el ingreso anual por UPC-S general y diferencial por grupo poblacional	76
Tabla 11.3 Costo día de la ruta de atención materno perinatal frente a la UPC-S general y diferencial por grupo poblacional para el municipio de Ibagué.	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 Relación entre demanda, oferta y necesidad de servicios de salud	14
Figura 7.1 Radar sobre nivel de progresión de las ET, Departamento del Tolima y Municipio de Ibagué hacia la integración en red, según atributos	30
Figura 7.2 Radar sobre nivel de progresión de las ESEs del Municipio de Ibagué hacia la integración en red, según atributos	31
Figura 7.3 Radar sobre nivel de progresión de las EPSs-S del Municipio de Ibagué hacia la integración en red, según atributos	33
Figura 7.4 Radar sobre nivel de progresión hacia la integración en red conformada por ETs, EPSs-S y ESEs del municipio de Ibagué, según atributos.....	42
Figura 8.1 Red de atención materno perinatal sedes de la USI y el HFLLA en Ibagué	51

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de evaluación del grado de integración de la red de servicios de salud.....	93
Anexo 2 Resultado prueba estadística del coeficiente de concordancia Kendall	96
Anexo 3 Oferta agregada del Hospital Federico Lleras Acosta y de la Unidad de Salud de Ibagué	98
Anexo 4 Sedes de las ESEs del Municipio de Ibagué Reportadas en el REPS.....	121
Anexo 5 Consentimiento para participar en la investigación	123
Apéndice I.	125

LISTA DE SIGLAS

CM: Entidad Complementaria Movilidad
EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS-S: Entidad promotora de salud del régimen subsidiado
EPS: Entidad Promotora de Salud
ESE: Empresas Sociales del Estado
IETS: Instituto de evaluación Tecnológica en Salud
IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud
MIAS: Modelo de Atención Integral en Salud
MM: Muertes maternas
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NV: Nacido Vivo
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPSS: Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud
RMM: Razón de Mortalidad Materna
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
UPC-S: Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado
UPC: Unidad de Pago por Capitación

GLOSARIO

Demanda de servicios de salud: Población que de acuerdo a una necesidad de atención requiere o potencialmente revela un consumo de servicios de salud. (MSPS, 2016a, p.28)

Demanda Agregada: Es la sumatoria de la demanda inducida, la demanda por percepción de la enfermedad, la demanda de acceso a salud y la demanda efectiva. (MSPS, 2016b)

Fragmentación (de sistemas de salud): Coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. (OPS, 2007) citado por (OPS/OMS, 2010a p.66)

Oferta de servicios de salud: Conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener, recuperar y/o rehabilitar la salud de las personas (Resolución 2003, 2014, p. 13).

Oferta Agregada: La oferta agregada se expresa como el total de capacidad instalada disponible en los prestadores de un territorio. (MSPS, 2016c, p.28)

Redes Integradas de Servicios de Salud: Las RISS pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. (Anderson, Gillies, Mitchell & Morgan 1993) citado por (OPS/OMS, 2010b, p.31)

Redes Integrales de prestadores de servicios de salud: Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud. (Resolución 1441, 2016, p. 1)

Segmentación (de sistemas de salud): Sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral,

nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales)". (OPS, 2007) citado por (OPS/OMS, 2010c, p.70)

Servicios integrados de salud: La gestión y la oferta de servicios de salud de manera que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles de atención de salud. (World Health Organization [WHO], 2008) citado por (OPS/OMS, 2010d, p.29)

Sistema de Salud: Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud (WHO, 2000) citado por (OPS/OMS, 2010e p.71)

Suficiencia de red: Proceso mediante el cual la organización de la función de producción de la prestación de los servicios de salud garantiza el cumplimiento o el logro de la satisfacción de las necesidades en salud de los usuarios. (MSPS, 2016d, p.23)

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Política de Atención Integral en Salud, Resolución 429 del MSPS del año 2016, desarrollada a partir de la ley estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, “Exige la interacción coordinada de las ET, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de los prestadores de servicios de salud”, Ley 1751 (2015). Esta misma Resolución a través del modelo operacional llamado, Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), debe implementar como uno de sus componentes importantes las Rutas Integrales de Atención (RIAS).

Para el caso particular de la atención materno – perinatal, el MSPS definió la ruta de atención integral, cuya implementación era obligatoria para el año 2017. El MSPS diseñó y adoptó, según Resolución 3202 de 2016 el manual metodológico para la implementación de las rutas, que requiere ser operativizado a nivel local. Para la implementación de estas rutas se han identificado algunas barreras que pueden interferir y retardar su implementación y conformación, las que denominaremos causas y entre ellas consideramos las siguientes:

- Talento humano: Desconfianza, falta de liderazgo, falta de capacitación.
- Infraestructura: Inadecuada, insuficiente o subutilizada para la implementación de las actividades de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- Recursos Financieros: Desconocimiento de los costos, la forma de remuneración y flujo de recursos.
- Método: Falta mayor especificidad en la guía metodológica.
- Entorno político, social y económico: Gobernanza con insuficiencia en el control, población indiferente, corrupción, desinterés de las EAPB e IPS.

Se considera que en caso de no poder implementar adecuadamente las rutas integrales de atención, se podrían generar los siguientes efectos:

- No se lograría impactar en los indicadores de morbimortalidad y en las metas de desarrollo sostenible relacionadas con las gestantes y recién nacidos.
- Se seguirán prestando servicios en forma fragmentada, manteniéndose las barreras de acceso.
- Inadecuada respuesta y uso de recursos de la oferta de servicios de salud, para atender la demanda relacionada con la atención materno perinatal.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

- No se lograría dar mayor cobertura a las poblaciones vulnerables y en la población dispersa.

Para el Municipio de Ibagué ¿Las instituciones encargadas de la gobernanza, Entidades Territoriales (ET), administración del riesgo en salud, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), y los prestadores de servicios de salud públicos, Empresas Sociales del Estado(ESEs) del municipio, están integrados para prestar en forma articulada los servicios correspondientes a la ruta de atención materno perinatal a los beneficiarios del régimen subsidiado y los recursos son suficientes para su implementación?

2 HIPÓTESIS:

La Gestión, los recursos y la provisión de servicios de salud actuales son suficientes para el desarrollo del MIAS en la Ruta de Atención Materno Perinatal en el municipio de Ibagué, mediante la conformación de una red integrada por las ETs, EPSs-S y las ESEs, para atender la población del régimen subsidiado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Evaluar la red de prestación de servicios de salud pública existente en el municipio de Ibagué, mediante el análisis de la oferta – demanda, estableciendo el grado de integración con ET y aseguradores, así como los costos de implementación de la ruta de atención materno perinatal, para la población afiliada al régimen subsidiado; con el fin de identificar los aspectos que deben fortalecer los integrantes de la red para lograr un mayor grado de integración de modo que se facilite la implementación de las rutas de atención, incluida la ruta materno –perinatal.

3.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar el nivel de integración de la red para el régimen subsidiado conformada por las ESEs ubicadas en el municipio de Ibagué, las EPSs-S, la ET del Municipio de Ibagué y la ET del Departamento del Tolima, mediante el diseño y aplicación de un instrumento de evaluación, basado en los lineamientos de la OPS y del MSPS de Colombia.
2. Determinar la suficiencia de la red conformada por las ESEs ubicadas en el municipio de Ibagué, para la atención de la ruta materno perinatal de los beneficiarios del régimen subsidiado, a través del análisis de la oferta agregada actual de servicios de salud y la demanda agregada proyectada.
3. Calcular el costo de la ruta materno perinatal a partir de la demanda agregada proyectada para la población afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué, a través de la metodología propuesta por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) en Colombia, en el Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud.

4 JUSTIFICACIÓN:

A nivel mundial la RMM en 2015 fue de 216 por 100.000 NV, en la regiones en desarrollo 239, en América Latina 60, en Colombia 64; de acuerdo a la información registrada en el SISPRO para el mismo año en Tolima la RMM fue de 66 y en Ibagué 39. Las estadísticas mundiales, nacionales y locales, relacionadas con la mortalidad materna y neonatal muestran que a pesar de haber mejorado los resultados en salud de esta población en los últimos 25 años, no se alcanzaron los objetivos del milenio planteados para el 2015. (OMS, 2015; SISPRO, 2018).

Consideramos que como País, Departamento y Municipio se debe seguir trabajando en estrategias que permitan mejorar la prevención, el tratamiento y la atención materno infantil, dada la gran relevancia que tiene para la sociedad la salud del binomio madre - hijo. Ver apéndice I.

Históricamente la prestación de los servicios de salud, ha estado marcada por la fragmentación, segmentación, falta de articulación de las acciones individuales y colectivas, servicios orientados a la enfermedad y no a la prevención, lo cual ha traído como consecuencia el desarrollo de políticas e instrumentos que pretenden mejorar los sistemas de salud a nivel de las Américas (OMS/OPS, 2010).

Colombia como miembro de la OPS – OMS, ha incluido dentro de sus leyes, políticas, planes de desarrollo, acciones encaminadas a lograr la integración de los actores del sistema de salud, a través de la política PAIS que con su marco operacional MIAS, define estrategias e instrumentos para implementar cambios en el modelo de atención actual, dentro de los cuales se encuentra la Ruta de Atención Materno Perinatal, que requiere de la integración de las entidades de rectoría, aseguramiento y prestación para su implementación, que resulta estratégica para el cumplimiento de los objetivos de mejoramiento en los indicadores de morbilidad materno infantil, plasmados en los planes de desarrollo de las ET a nivel Nacional, Departamental y local.

La atención materno-perinatal en el municipio de Ibagué tiene un comportamiento similar a lo descrito en el diagnóstico sobre las características de la oferta de servicios de salud, plasmado en la PAIS del MSPS:

... que muestra una tendencia sostenida a la resolución hospitalaria de la enfermedad, incremento del riesgo en salud y mayor gasto médico, lo cual genera como resultado la fragmentación de la atención médica, con los consecuentes efectos deletéreos sobre la salud y calidad de vida de personas, familias y comunidades. (MSPS, 2016e p. 17).

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

A nivel de la demanda ha disminuido el índice de natalidad, pero se presenta aumento en embarazos adolescentes y enfermedades de alto riesgo materno perinatal, que requieren de una oferta mejor organizada e integrada para disminuir los costos y la morbilidad. A nivel local, la oferta viene presentando cierres de salas de partos, camas obstétricas, camas en UCI neonatal y pediátrica por motivos de rentabilidad. (Alcaldía de Ibagué/Secretaría de Salud municipal, 2014)

Gradualmente se ha ampliado la cobertura del plan de beneficios a los afiliados al régimen contributivo y subsidiado, respaldada a nivel económico en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que se calcula a partir de las notas técnicas que incluyen análisis de la información poblacional, demanda observada y proyectada de servicios y manuales tarifarios entre otros, estos análisis se realizan para el total de la población y de los servicios, por lo cual se requiere el desarrollo de las estimaciones de los costos para las diferentes rutas de atención integral que serán implementadas en los próximos años en forma progresiva, a fin de saber si son financiables con los recursos actualmente asignados.

En cuanto a la estimación de los costos de la implementación de la Ruta de Atención Materno Perinatal, los documentos técnicos del MSPS sobre los Modelos Integrales de Atención en Salud no incluyen un costeo de las rutas; en este aspecto la información disponible se limita a la incluida en el Documento técnico sobre los costos de operación e inversiones del MIAS para el departamento de Guainía, el cual se realizó desde un modelo de oferta, en el que se consideró el presupuesto de ingresos y gastos, así como el costo de los servicios que se debe adquirir en la red complementaria, fuera del departamento y los gastos de transporte; no se consideró si con ese presupuesto histórico se podían garantizar todas las actividades definidas en las rutas y tan poco se dividió ese presupuesto para cada ruta, por lo anterior no sirve como parámetro de costos para la implementación de la ruta de atención materno perinatal en el municipio de Ibagué y se requiere realizar el ejercicio de costeo específico. (MSPS, 2015)

A nivel teórico, la presente investigación revela el grado de conocimiento que existe en la alta dirección de los actores institucionales en cuanto a las redes integrales que sirven como línea de base para la formulación de planes de mejoramiento y desarrollo de la red. En cuanto al análisis oferta, demanda y costos se adapta el modelo recomendado por el MSPS en el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAs. (MSPS, 2016f)

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

La metodología y los instrumentos empleados para evaluar el grado de integración de la red, la estimación de la demanda, la evaluación de la oferta, la suficiencia de la red de prestación y los costos, servirán para facilitar la integración y la implementación de la ruta materno perinatal en el municipio de Ibagué y podrán ser aplicadas a otras rutas y a otras poblaciones.

5 MARCO TEÓRICO:

5.1 Redes integradas de servicios de salud

Las redes integradas de servicios de salud (RISS) surgen como una estrategia fundamental para enfrentar los graves problemas de fragmentación de los servicios de salud, percibidos por las personas que utilizan el sistema en la falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. (OPS/OMS, 2010f, p. 9).

La OPS/OMS, (2010) define las Redes Integradas de Servicios de Salud como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. Definición similar a la planteada por Shortell et al., (1993), quien la define como el conjunto de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través del continuo asistencial a una población determinada y se responsabilizada de los costes y resultados en salud de esta población. Citado por (Vásquez et al., 2017, p.3).

Igualmente la OPS/OMS (2010) ha definido el concepto de servicios salud integrales como la gestión y prestación de servicios de salud de forma 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 del curso de vida.

La ley 1438 de 2011 define las redes integradas de servicios de salud como: Conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. (Congreso de Colombia, 2011 p.23)

Una definición que se deriva de la anterior es la planteada en la Resolución 0429 de 2016 del MSPS que establece:

5.5.- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de

salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.(MSPS, 2016g, p. 4)

Existen una gran variedad de modelos de RISS. La mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse de acuerdo a tres categorías generales: i) sistemas que integran solamente personal de salud; ii) sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud; y iii) sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de la salud. (Kongstvedt, PR, Gates R, 1996) citado por (OPS/OMS, 2010g, p, 31).

Como beneficios de la implementación de las RISS, diversos estudios realizados sugieren que las RISS pudieran mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la eficiencia global del sistema; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Igualmente facilitarían el acceso oportuno a los servicios de primer nivel de atención y otros niveles requeridos, evitaría la duplicación de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos entre otros. (OPS/OMS, 2010h, p, 33).

El concepto de RISS en Colombia es reciente, existiendo dos tendencias en relación con su desarrollo: la primera basada en el modelo de aseguramiento a cargo de las EPS, y la otra, por ámbito geográfico desarrollada por las ETs. (Vásquez et al., 2017)

La experiencia acumulada en los últimos años indica que las RISS requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento. A continuación se relacionan los atributos de las RISS agrupados según ámbito de abordaje:(OPS/OMS, 2010i, p. 35)

a) Modelo 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 integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.

3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca 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.

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.

b) 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 equidad en salud.

c) 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

13. Gestión basada en resultados

d) Asignación e incentivos

14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con la metas de la red.

Adicionalmente se advierten las siguientes barreras y facilitadores para la integración de la red (OPS/OMS, 2010j).

Barreras:

1. Segmentación y debilidad institucional del sistema de salud, incluyendo debilidad en la función rectora del sistema.

2. Reformas sectoriales de los años 90 (privatización del aseguramiento en salud, carteras de servicios de salud entre distintos aseguradores, competencia entre proveedores para la

captación de recursos, diversificación y precarización de regímenes laborales de personal de salud, y esquemas regresivos de recuperación de costos).

3. Grupos de interés opuestos de gran poder (especialistas y ultra especialistas; aseguradores; industria de medicamentos, insumos etc.).
4. Modalidades de financiamiento externo que privilegian programas verticales.
5. Deficiencias de sistemas de información, monitoreo y evaluación.
6. Debilidades de gestión.

Facilitadores:

1. Compromiso y apoyo político de alto nivel para el desarrollo de las RISS.
2. Disponibilidad de recursos financieros.
3. Liderazgo de la autoridad sanitaria y los gestores de servicios.
4. Desconcentración y flexibilidad de la gestión local.
5. Incentivos financieros y no financieros alineados con el desarrollo de RISS.
6. Cultura de colaboración y trabajo en equipo.
7. Participación activa de todas las partes interesadas.
8. Gestión basada en resultados (OPS/OMS, 2010k, p. 62)

5.2 Suficiencia de red

El concepto de suficiencia de red y el análisis de oferta y demanda, para este documento será orientado según lo definido por el MSPS de acuerdo a lo enunciado en el modelo de atención para la PAIS:

La conformación y organización de las redes por parte de la entidad promotora de salud, se debe realizar en función de la demanda existente, las necesidades y dinámica de su población a cargo y aquella definida a partir de la conformación de grupos de riesgo o según prioridades y eventos relevantes en el Modelo Integral en Atención en Salud y los planes territoriales de salud, con el fin que incidan favorablemente en los atributos del proceso de la calidad de la atención (accesibilidad, integralidad, continuidad, oportunidad, resolutivez y resultados en salud).

Asimismo, las RIPSS, deben procurar solventar las limitaciones de oferta que de otra forma no sería factible disponer, a riesgo de tenerse costos elevados y no sostenibles. Tales soluciones parten del principio de eficiencia y racionalización de la oferta y emplean economías de escala para posibilitar servicios disponibles de manera razonable. (MSPS, 2016h)

La metodología se basa en los desarrollos realizados por Andersen (1995), los cuales parten de un modelo por fases sustentado en la interrelación de las condiciones propias del individuo con factores asociados a elementos de resultados en salud, necesidades aleatorias de los individuos y los potenciales reingresos en el sector y de su organización. En este modelo se *“retratan las múltiples influencias sobre el uso de los servicios de salud y, consecuentemente, sobre su estado de salud. Este también contendrá el ciclo de retroalimentación que un resultado, sucesivamente, afecte los factores de predisposición y necesidades percibidas subsecuentes para los servicios así como el comportamiento en salud”*. . (MSPS, 2016i)

Concepto que involucra dos características importantes en cuanto a la suficiencia de red y que es determinado por: (a) la demanda, las necesidades, la dinámica poblacional, las prioridades y los eventos más relevantes según los grupos de riesgo, y muy especialmente por: (b) la oferta; su adecuación, que es determinada por las características de calidad del servicio como la accesibilidad, integralidad, continuidad, oportunidad, resolutivez y resultados en salud.

Si consideramos la suficiencia como: la capacidad de una red de prestadores (oferta) para atender las necesidades y demanda de servicios de una población, y que debe adecuarse como lo define Donabedian (1966): *“la adecuación es el grado en que el conocimiento y las técnicas disponibles se utilizan en la gestión de la salud y la enfermedad”*, se puede afirmar que dicho concepto está claramente involucrado en el documento del MSPS en cuanto a conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de las RIPSS.

Para los Estados Unidos de Norte América dicha adecuación, está basada en el bajo costo, la atención individual para asegurar los servicios y la atención a las personas, incluyendo niños y adultos, accesible y sin irracionales viajes o retrasos, como esta descrito en el Modelo de Regulación del Seguro (NAIC, 2015). Pero no siempre dicha adecuación corresponde a las necesidades de las personas puesto que se debe ajustar (adecuar) a un plan de beneficios y a un gasto en salud, lo que implica la restricción de la demanda que es infinita. Para nuestra definición se trata de la capacidad de proporcionar acceso real y efectivo bajo atributos de calidad. *“El ideal*

de toda sistema de salud es adecuar los recursos disponibles a la consecución de sus fines. En el ámbito que nos ocupa, el objetivo es responder a las necesidades de salud identificadas, maximizando los resultados que pueden alcanzarse con los recursos intelectuales, materiales y humanos existentes” (Jervis, Orozco y Alvis, 2011)

En cuanto a las metodologías para hacer dichos análisis, a través del tiempo; y en muchas investigaciones, se han tenido en cuenta las diferentes teorías y modelos expuestos por Rebhan D. (2008):

...se describen tres teorías y tres modelos de utilización de la atención médica. Las teorías descritas son: El papel del enfermo de Parsons, la teoría general de la Mecánica, la teoría de Búsqueda de Ayuda, y la teoría de las etapas de enfermedad y cuidado médico de Suchman. Los modelos discutidos son: el modelo de creencias en salud de Rosenstock, el modelo del comportamiento en salud de Andersen y el modelo de elección de Young.

También, se describen otro tipo de modelos como los descritos por Temporelli (2009): El modelo Neoclásico Tradicional, el de la Demanda basada en el concepto de necesidad y el de la Demanda en dos etapas, en el cual inicialmente, el paciente toma la decisión; y luego el paciente junto con el médico y generalmente el médico toma la decisión.

En una investigación realizada en Cartagena, Colombia, se hace referencia a la demanda así:

Las comunidades tienen necesidades de servicios de salud, que difiere de una comunidad a otra dependiendo de varios factores, entre otros, los siguientes: perfil demográfico, perfil epidemiológico y cultura de consumo de servicios. (Jervis, Orozco y Alvis, 2011a, p. 17)

Y en cuanto a la oferta así:

El Estado, como responsable de la garantía de acceso al servicio público de salud, debe dimensionar el tamaño de las redes prestadoras de servicios y el funcionamiento de los sistemas de referencia y contra-referencia, de manera planificada. (Jervis, Orozco y Alvis, 2011b, p. 17)

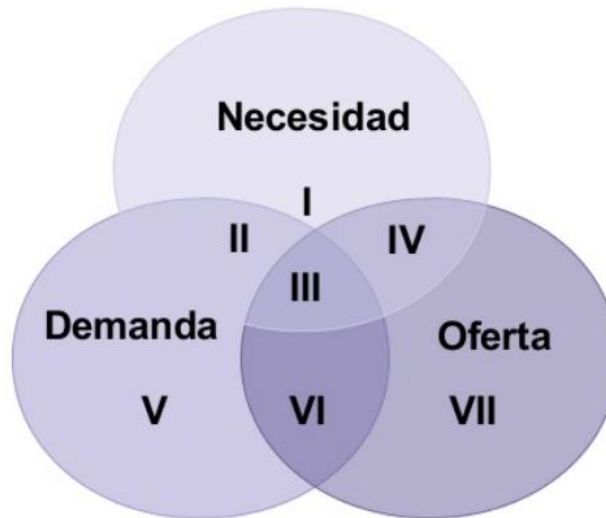
En cuanto a la “necesidad en salud” término del cual existen muchas definiciones. Este estudio refiere a Davis (1955) quién propuso una definición relativamente simple de la necesidad como: "un estado de sentimiento subjetivo que inicia en el proceso de elegir entre los recursos médicos”. Citados por (Asadi-Lari, Packham & Gray, 2003).

En el estudio de Cartagena, también se hace referencia de Bradshaw (1972) quien en un planteamiento sobre el entorno sociológico, define las necesidades y las divide en una necesidad

(a) normativa, (b) sentida, (c) expresada, y (d) comparativa. Y es la expresada la que finalmente nos lleva a utilizar los servicios.

Igualmente, se hace mención de las diferentes formas de relación entre necesidad, demanda y oferta, descritas por Bradshaw y mostradas en la figura 5.1.

Figura 5.1 Relación entre demanda, oferta y necesidad de servicios de salud



Fuente: (Bradshaw, 1972, citado por Goldman, 2013)

En el cual se presenta siete situaciones posibles como son:

- I. Los servicios se necesitan pero no se demandan ni se proveen
- II. Los servicios se necesitan y se demandan pero no se proveen
- III. Los servicios se necesitan, se demandan y se proveen
- IV. Los servicios se necesitan y se proveen pero no se demandan
- V. Los servicios se demandan pero no se necesitan ni se proveen
- VI. Los servicios se demandan y se proveen pero no se necesitan
- VII. Los servicios se proveen pero no se demandan ni se necesitan

De la adecuación de la red ajustada a la demanda expresada, se obtendría una suficiencia en la prestación de servicios de salud.

Igualmente, en años recientes aparece la “Economía de la Salud y el Marketing en Salud”, disciplinas que tratan de entender las dinámicas de la demanda y la oferta basada en análisis económicos y de mercado.

La demanda y la oferta es clara para el grupo de productos y de algunos servicios, pero para los servicios de salud aún son pocos los estudios que se han realizado. Se ha concluido que este comportamiento es imperfecto puesto que existen varios factores que alteran el análisis de oferta y demanda en salud como son: (a) la demanda inducida, (b) la oferta, (c) la asimetría de la información, (d) el riesgo moral, (e) las tecnologías, entre otros. “De hecho, existen buenas razones para pensar que el marco de oferta y demanda no es el mejor enfoque de este mercado” (Cooper, Jhon, 2011).

Para el año 2006 Porter y Teisberg en HBS, plantean la necesidad de incorporar el modelo de “Valor Agregado” a la oferta de servicios de salud, debido a la gran cantidad de problemas que presenta el sistema de salud americano y su modelo de atención en salud. Proponen varias medidas para actuar y dar valor al competir: (a) la competencia basada en resultados, (b) centrarse en las condiciones médicas y cubrir todo el ciclo de cuidado, (c) el valor en la prestación de servicios de salud se crea haciendo bien algunas cosas, no tratando de hacer todo, (d) la integración con otros prestadores y proveedores (clúster), (e) los resultados deben ser informados y estar ampliamente disponibles, (f) la innovación que aumente el valor es ampliamente recompensada, y (g) hacer presencia geográfica y no tan local. En 2013, Michael E. Porter y Thomas H. Lee escribieron el artículo *The Strategy that will Fix Health Care*, y allí definen una agenda de valor para desarrollar la Salud Basada en Valor. Se define valor, como los resultados en salud sobre los costos incurridos para entregar dichos resultados; y se establecen seis componentes así: (a) organizarse en unidades de práctica integradas, (b) medir resultados y costos por cada paciente, (c) moverse a pagos paqueteados para ciclos completos de atención, (d) integrar la entrega de servicios a través de recintos separados, (e) expandir los servicios de excelencia a través del país. Y así los servicios de salud deberán pasar del modelo de pago por volumen al pago basado en valor.

Finalmente, el MSPS desarrolla el MIAS y su implementación a través de la RIPSS, en cuanto a la oferta y la demanda, basando la oferta en los servicios habilitados en el REPS y la demanda agregada se determina a través de la sumatoria de la demanda inducida, por percepción de la enfermedad, por acceso a salud y demanda efectiva (MSPS, 2016i) quedando pendiente el valor

agregado que debe ofrecer la red de prestadores, especialmente en cuanto a los resultados, la integración, el sistema de información y el modelo de salud; que incluya la atención de las necesidades del paciente y el costo de lograr dichos resultados.

5.3 Costos de implementación de la ruta

En un sentido económico, el costo tiene la característica de ser una magnitud relativa: un bien o un servicio cuesta tanto como deba renunciarse en cierta cantidad al consumo del siguiente mejor bien o servicio. Esto es el costo de oportunidad, que es el valor de lo que se deja de consumir de un bien a cambio de consumir una mayor cantidad de otro. De esta forma, el costo de una tecnología en salud es la cantidad de otros bienes o tecnologías en salud que deben dejar de consumirse (IETS, 2014a, p.6).

El ejercicio de costos del uso o la implementación de las tecnologías en salud, puede abordarse desde diferentes metodologías desde la más precisa, como el micro costeo, pasando por el costeo basado en actividades, el costeo de caso tipo, el ajuste de costos, el costeo por factura emitida; o llegando incluso al cálculo sencillo del costo promedio de eventos generadores de costo. (IETS, 2014b).

Los costos de alcanzar un cierto desenlace asociado al uso de una tecnología en salud están determinados por la cantidad de recursos (factores de producción) y por los respectivos costos unitarios de dichos recursos.

Para el caso de producir desenlaces en salud, podríamos decir que la función de costos totales estaría dada por:

$$CT=(S0)=p1x1+p2x2+...+pnxn$$

Esta función de costos totales está en función de lograr un nivel de desenlaces en salud (S0) asociados al uso de una tecnología. Para lograr ese nivel de producción de desenlaces es necesaria una cantidad de recursos disponibles (pero escasos: x1, x2, ..., xn) con sus respectivos precios (p1, p2, ... , pn). (IETS, 2014c, p.7).

6 PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO:

6.1 Marco Metodológico

El estudio realizado, es una investigación aplicada que busca la generación de conocimiento a partir del enlace entre la teoría del MIAS, RISS, con el fin de contribuir a la disminución de los indicadores de morbimortalidad de la población materno perinatal en el municipio de Ibagué, y su impacto en la sostenibilidad del sistema. La investigación se desarrolló con participación interdisciplinaria de profesionales de las áreas económica, administrativa y médica, y el aporte de los equipos de trabajo de las ET, las ESEs y las EPSs-S.

Se trata de una investigación no experimental, transversa, descriptiva, cuantitativa, con recolección de datos única, acerca del nivel de integración de la red pública del municipio, la situación de la oferta y demanda y el análisis de costo de las actividades e hitos que componen la ruta de atención materno perinatal del municipio de Ibagué, para los afiliados a las EPSs-S; para determinar las condiciones de integración de la red pública, suficiencia y los costos resultantes de la ruta materno perinatal según el MIAS, así como proponer recomendaciones para el desarrollo de dicha ruta en el municipio de Ibagué para los integrantes del sistema involucrados en su implementación.

Para evaluar el grado de integración de la red, se adapta la tabla diseñada por la OMS “Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta las redes integradas” (2010), en un cuestionario auto administrado cerrado codificado en hoja de cálculo excel, validado estadísticamente con el coeficiente de concordancia externa W de Kendal. El análisis de los datos se realiza a través del formato “encuesta para la evaluación de integración de red” hoja de cálculo excel en un libro de códigos con un análisis de gráficas de tipo radar para las ETs, EPSs-S y ESEs encuestadas.

La valoración del grado de integración se definió por parte de los investigadores de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento de los criterios así: La red se considera Integrada cuando se obtiene el cumplimiento del 90% al 100% de los atributos en todos los ámbitos de abordaje; parcialmente integrada cuando se obtiene un cumplimiento entre el 50% y el 89% de los

atributos en todos los ámbitos de abordaje, y fragmentada cuando se obtiene un cumplimiento menor al 50%.

En cuanto a la oferta: De la tabla Servicios priorizados atención materno infantil incluida en el documento Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación (MSPS, 2016j), se adaptó el formulario de servicios definidos por el MSPS para la ruta de atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué”, en hoja de cálculo Excel y se recolectaron los datos de fuente secundaria, REPS. Además se diseño el formulario Detalle de la Oferta de Servicios - Capacidad Instalada de la Unidad de Salud de Ibagué, Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, para la prestación de los servicios de la ruta de atención materno perinatal en el municipio de Ibagué y se recolectaron los datos de fuente primaria, por parte de los coordinadores asistenciales de las ESEs, en forma auto administrada. El análisis de datos se realiza a través de hoja de cálculo Excel servicios requeridos para la atención materno infantil en un libro de códigos, con una evaluación adicional de datos a través de cálculos matemáticos.

Demanda: Del archivo Excel 3.2 Matriz RIAS Materno Perinatal.XLSX del MSPS y de la tabla Identificación, medición y valoración de recursos diseñada por el (IETS, 2014d) en el Manual para la Elaboración de Evaluaciones Económicas en Salud, se diseño el formulario Costo por factura emitida de las actividades de la ruta de atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué, en el cual se registra información secundaria. El análisis de datos se realiza a través de hoja de cálculo Excel Instrumento estimación de Oferta Demanda Ruta Materno Perinatal, con un evaluación adicional de datos. El análisis de datos se realizó mediante la Proyección de la demanda para cada una de las intervenciones o procedimientos de la ruta materno perinatal y la proyección de costos para dicha demanda a través de hoja de cálculo Excel, con una evaluación adicional de datos a través de cálculos matemáticos.

6.1.1 Población – Universo

a) La población objeto de estudio en cuanto a la demanda de servicios de salud es la población del municipio de Ibagué afiliada al régimen subsidiado (tabla 6.1 y figura 6.2).

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 6.1 Población Total 2017 y discriminada por sexo, Colombia, Tolima e Ibagué

No.	Indicadores demográficos	Total Colombia	Total Tolima	Total Ibagué
1	Población Total 2017	49.291.609	1.416.124	564.076
2	Población Hombres 2017	24.337.747	707.830	290.203
3	Población Mujeres 2017	24.953.862	708.294	273.873

Fuente: Proyecciones DANE SISPRO.

Tabla 6.2 Población afiliada al SGSSS de Ibagué discriminada tipo de aseguramiento

73001 - IBAGUÉ	Contributivo	Excepción	Subsidiado	Total
	337.432	13.503	174.325	525.260
Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud-Entidad Complementaria Movilidad (Cm)	265			265
Capruis		2		2
Coomeva E.P.S. S.A.	18.059			18.059
Coomeva E.P.S. S.A.-Cm			1.254	1.254
Cooperativa De Salud Comunitaria-Comparta			32.322	32.322
Cooperativa De Salud Comunitaria-Comparta-Cm	1.673			1.673
Cruz Blanca Eps S.A.	3			3
Cruz Blanca Eps S.A.-Cm			1	1
E.P.S. Famisanar Ltda.	9.344			9.344
E.P.S. Famisanar Ltda.-Cm			902	902
E.P.S. Sanitas S.A.	50.880			50.880
E.P.S. Sanitas S.A.-Cm			617	617
Ecopetrol		231		231
Eps Servicio Occidental De Salud - Eps S.O.S. S.A.	25			25
Fondo De Pasivo Social De Los Ferrocarriles Nales	376			376
La Nueva Eps S.A.	57.439		26.627	84.066
La Nueva Eps S.A.-Cm	2			2
Medimás	79.722		56.070	135.792
Nueva Eps S.A. -Cm			3.036	3.036
Pijaos Salud Eps Indígena			10.288	10.288
Pijaos Salud Eps Indígena-Cm	424			424
Régimen De Excepción		13.248		13.248
Salud Total S.A. E.P.S.	116.568			116.568
Salud Total S.A. E.P.S. Cm			7.886	7.886
Saludvida S.A. E.P.S.-Cm	1.868			1.868
Saludvida S.A. E.P.S	784		35.110	35.894
Saludvida S.A. E.P.S -Cm			212	212
Unisalud		22		22

Fuente: Sispro marzo de 2018.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

- b) La población para la evaluación del grado de integración de la red se compone de tres grupos, la ET del municipio de Ibagué y del Departamento del Tolima, las EAPB con afiliados del régimen subsidiado y las IPS públicas (tablas 6.3, 6.4, 6.5)

Tabla 6.3 Direcciones de Salud del Departamento del Tolima y del Municipio de Ibagué

ENTIDAD TERRITORIAL	SECRETARÍA
Alcaldía de Ibagué	Secretaria de Salud Municipal de Ibagué
Gobernación del Tolima	Secretaria de Salud del Tolima

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.4 Entidades Promotoras de Salud que operan en el municipio de Ibagué con afiliados al régimen subsidiado.

Entidad	Afiliados Régimen Subsidiado
Medimás	56.070
Salud Vida	35.322
Salud Total	7.886
Nueva Es	29.663
Comparta	32.322
Pijaos Salud	10.288
Es Sanitas	617
Coomeva	1.254
Faisanar	902

Fuente: Sispro marzo de 2018.

Tabla 6.5 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud de naturaleza pública E.S.E. – Ibagué

Entidad	Nivel
Unidad de Salud de Ibagué E.S.E.	I
Hospital Federico Lleras Acostas de Ibagué E.S.E.	III

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

- c) La población para determinar la oferta de servicios está conformada por las IPS públicas mencionadas en la tabla 6.5, Unidad de Salud de Ibagué E.S.E. y Hospital Federico Lleras Acostas de Ibagué E.S.E.

6.1.2 Muestra

La investigación se realizó con una muestra dirigida (no probabilística) que incluye cuatro grupos así:

- a) En el direccionamiento y articulación: la Dirección departamental de salud del Tolima y Municipal de salud de Ibagué.
- b) En las EAPB: las que tengan usuarios afiliados al régimen subsidiado y con influencia municipal: Medimás, Salud Vida, Comparta, Nueva EPS, Pijaos Salud, Salud Total, EPS Sanitas, Coomeva y Famisanar.
- c) En la provisión de los servicios para la atención Materno perinatal. Los servicios de: Promoción y prevención, Odontología, Vacunación, Consulta externa de medicina general, Consulta externa de enfermería, Consulta externa de ginecología y obstetricia, Sala de partos, Quirófano, Hospitalización obstétrica, UCI materna, UCI neonatal, Ultrasonido, que se encuentran habilitados en las distintas ESEs del municipio de Ibagué
- d) La demanda agregada de la población materno infantil afiliada al régimen subsidiado del municipio de Ibagué.

6.1.3 Duración del proyecto:

La presente investigación se desarrolló en un periodo de catorce (14) meses, comprendidos entre el mes de mayo de 2017 y el mes de julio de 2018.

6.1.4 Estrategias e instrumentos de recolección de información

De acuerdo a los objetivos propuestos se desarrollaron las siguientes estrategias e instrumentos (tabla 6.6)

Tabla 6.6 Estrategias e instrumentos de recolección de información

OBJETIVOS	ESTRATEGIA	INSTRUMENTO
1. Evaluar el nivel de integración de la red para el régimen subsidiado conformada por las ESEs ubicadas en el municipio de Ibagué, con aseguradores y ET del Municipio y	1. Elaboración y validación de un instrumento de evaluación de la progresión del grado de integración de la red de servicios de salud. Encuesta 2. Aplicación del instrumento	1. Encuestas dirigidas a ESEs, EPSs-S y ETs para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud, adaptada de la matriz de "Evaluación de la progresión

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 6.6 Estrategias e instrumentos de recolección de información

OBJETIVOS	ESTRATEGIA	INSTRUMENTO
<p>Departamento del Tolima, mediante el diseño y aplicación de un instrumento de evaluación, basado en los lineamientos de la OPS y del MSPS de Colombia.</p>	<p>de evaluación</p> <p>3. Análisis de resultados.</p>	<p>hacia RISS: desde la fragmentación absoluta hasta las redes integradas” y de los lineamientos del MSPS. Instrumento validado por expertos.</p> <p>2.Hoja de cálculo de la tabulación y calificación por entidad y grupo de entidades y Gráficos radar del nivel de progresión de los atributos.</p> <p>3.Hoja de cálculo de resultados consolidados, comparados con la tabla numérica ajustada de evaluación de la progresión hacia RISS.</p>
<p>Determinar la suficiencia de la red conformada por las ESEs ubicadas en el municipio de Ibagué, para la atención de la ruta materno perinatal de los beneficiarios del régimen subsidiado, con base en el análisis de la oferta agregada actual de servicios de salud y la demanda agregada proyectada.</p>	<p>1. Análisis de la oferta de servicios de salud disponible para la ruta de atención materno perinatal, a nivel de REPS y mediante ampliación de información de las IPS.</p> <p>2. Proyección de la demanda de servicios de la ruta de atención materno perinatal.</p>	<p>1.Reporte de la base de datos del REPS sobre los servicios habilitados y la capacidad instalada de las ESEs del municipio de Ibagué.</p> <p>2.Servicios definidos por el MSPS para la ruta de atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué</p> <p>3.Hoja de cálculo para registro de detalle de la oferta agregada de servicios - capacidad instalada de las ESEs del municipio de Ibagué para la prestación de los servicios de la ruta de atención materno perinatal.</p> <p>4.Hoja de cálculo para el registro y estimación de la población y demanda agregada ajustado a la ruta materno – perinatal.</p>

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 6.6 Estrategias e instrumentos de recolección de información

OBJETIVOS	ESTRATEGIA	INSTRUMENTO
		5.Hoja de cálculo donde se cruza la oferta agregada actual de las ESEs del municipio de Ibagué y la demanda agregada de servicios proyectada, para la población en edad fértil en la ruta materno perinatal.
Calcular el costo de la ruta materno perinatal a partir de la demanda agregada proyectada para la población afiliada el régimen subsidiado en el municipio de Ibagué, a través de la metodología propuesta por el IETS en Colombia, en el Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud.	1. Proyección del costo con la metodología de costeo propuesta por el IETS	1.Hoja de cálculo de las intervenciones y procedimientos definidos para la ruta materno perinatal, con asignación código CUPS, tarifa SOAT por evento, demanda agregada y cálculo del valor total de la ruta, discriminado por responsable sectorial, actividades y grupo poblacional y cálculo del costo de la ruta frente al valor de la UPC-S.

Fuente: Elaboración propia

7 EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE LA RED

7.1 Encuesta para evaluar el nivel de progresión de los atributos que conforman las RISS

Como parte del diseño de la investigación descriptiva, se diseñó un cuestionario con preguntas cerradas dirigidas al conjunto total de la población estadística en estudio de tres (3) organizaciones: ETs, EPSs-S y ESEs.

Los contenidos generales de este instrumento tomaron como referente las disposiciones de la OPS/OMS (2010), en cuanto a la tipología y grado de integración de las redes integradas; así mismo, se tomó como referente complementario lo dispuesto por el MSPS como criterios para la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las RIPSS, (MSPS, 2016k).

El soporte conceptual de la encuesta se estructuró sobre la base de los catorce (14) atributos esenciales de las RISS agrupados según ámbito de abordaje, definidos por la OPS/OMS como se describe en el Apéndice C “Matriz de opciones de política y mecanismos institucionales para conformar RISS”, (OPS/OMS, 2010l, pp. 75-88) y el documento del MSPS mencionado en el párrafo anterior.

Una vez analizados todos los ítems y teniendo en cuenta la distribución de los roles de gobernanza, articulación y prestación, se diseñaron tres (3) encuestas: Una para ETs, otra para EPSs-S y una para las ESEs, advirtiendo que previamente se definió por parte del equipo investigador, que las preguntas correspondientes a los atributos de política pública tanto jurídicos como no jurídicos fueran asignados a las ETs y EPSs-S, y los mecanismos institucionales (vías clínicas y no clínicas) a las ESEs.

Igualmente fue necesario adaptar algunos atributos, dado que no todos resultaban ajustados a la normatividad actual, y podían generar confusiones al momento de su diligenciamiento.

La encuesta incluyó para cada una de las preguntas, los instrumentos y mecanismos institucionales, así como los referentes conceptuales, OPS y el MSPS, como guía adicional para su interpretación.

7.2 Validación del instrumento propuesto por parte de expertos

El juicio de expertos es un método útil para verificar la validez de una investigación entendida como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Escobar Pérez y Cuervo Martínez, 2008 a, p. 29).

Esta técnica bien aplicada desde un punto de vista metodológico, se constituye a veces en el único indicador de validez de contenido del instrumento de recolección de datos o de información (Escobar Pérez y Cuervo Martínez, 2008 b).

Por lo que atañe al número de expertos necesarios, no hay un acuerdo unánime para su determinación. En Cabero y Llorente (2013), la selección del número de expertos depende de aspectos como la facilidad para acceder a ellos o la posibilidad de conocer expertos suficientes sobre la temática objeto de la investigación. Por otra parte, autores como Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008:29) señalan que el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Citados por (Robles Garrote, P. y Rojas, M. D. C., 2015, p. 3)

Para la validación del instrumento propuesto fueron seleccionados los doctores: Freddy Wilmer Becerra Rozo¹, Jorge Ernesto Ochoa Montes², Jacqueline Jaimes Trespalacios³ y Dolores Bolaños⁴, profesionales con excelente formación académica y amplia experiencia en el sector salud, a quienes les fue enviada una carta de invitación personalizada, explicando los objetivos de la prueba, el propósito del instrumento, plazo para su diligenciamiento, y demás especificaciones para contextualizar a los expertos. Igualmente les fue enviado el cuestionario en formato Excel, con los criterios de evaluación.

¹ Freddy Wilmer Becerra Rozo: Médico y Cirujano, Magister en Epidemiología. Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud. Fellowship en Atención Primaria de Salud – Salud Familiar y Comunitaria.

² Jorge Ernesto Ochoa: Médico cirujano, con Magíster en Salud Pública y experiencia profesional como directivo del ISS, Compensar, DNP, Sandoz y Novartis. Actualmente se encuentra vinculado a la Universidad EAN como Docente Asociado, adscrito a la Facultad de Postgrados.

³ Jacqueline Jaimes Trespalacios: Odontóloga, Candidata a Doctorado en Administración de Empresas, Magister en Gestión de las Organizaciones, Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud.

⁴ Dolores Bolaños Posso: Enfermera, Especialista en Administración Pública, Especialista en Auditoria y Garantía de Calidad en Salud, Especialista en Gerencia de Empresas, Magister en Educación, Candidata a Doctorado en Bioética.

Los criterios utilizados para la evaluación del instrumento por los expertos fueron el de coherencia, pertinencia y claridad. El criterio de “coherencia” pretendía establecer si la pregunta era lógica y consecuente con el tema, el criterio de “pertinencia” si la pregunta era relevante, apropiada y congruente con el tema, y el criterio de “claridad” si la pregunta era comprensible. Las escalas por su parte se establecieron del 1 al 4 con los siguientes significados: 1: malo; 2: regular; 3: bueno; 4: excelente.

La representación gráfica de los criterios que debían considerar los expertos para la evaluación del instrumento se muestra en la tabla

Tabla 7.1 Criterios de evaluación para la validación

COHERENCIA				PERTINENCIA				CLARIDAD				OBSERVACIONES
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	

Fuente: Elaboración propia

El instrumento tenía prevista la posibilidad de efectuar observaciones adicionales sobre cada una de las preguntas por parte de los investigadores. La tarea desarrollada por los expertos permitió realizar ajustes en las encuestas tales como eliminar algunos aspectos irrelevantes, y modificar algunas preguntas que requerían mayor claridad.

7.3 Validación estadística coeficiente de concordancia externa W de Kendal

Una vez recibidas las encuestas debidamente diligenciadas por los expertos, se realizó el análisis estadístico, para determinar el grado de acuerdo. Para ello se empleó el coeficiente de concordancia externa W de Kendall, el cual es una prueba no paramétrica que indica el grado de asociación o nivel de concordancia como medida de acuerdo entre los rangos de las evaluaciones realizadas por jueces –expertos- a una prueba determinada, con un rango de 0 a 1, en el que el valor 1 representa un nivel de concordancia total, y 0 un desacuerdo total (Gómez, Danglot y Vega, 2003). Entre mayor es el valor Kendall, más fuerte la asociación que otorga validez y confiabilidad al instrumento, para que la prueba pueda ser utilizada para los fines para los cuales fue diseñada (Escobar y Cuervo, 2008c).

A continuación se muestra el resultado encontrado:

W de Kendall= 0,568

El resultado obtenido 0,568 se encuentra por encima de 0, lo cual nos indica que existe una concordancia de acuerdos entre los expertos en la calificación de las encuestas. (Ver anexo 2)

7.4 Aplicación de encuestas

Definida la estructura y contenido de las encuestas, y validada por el grupo de expertos, fue entregada a los tres (3) grupos de entidades objeto del estudio, a saber: EPSs-S, ETs y ESEs, a quienes se les instruyó sobre la importancia de responder la encuesta ceñidos a la realidad de la entidad, y que los resultados de la investigación no harían referencia a ninguna de las entidades participantes.

- **Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado:** Se entregaron las encuestas en las sedes de las nueve (9) EPS-S con afiliados en el municipio de Ibagué a saber: Medimás, Salud Vida, Salud Total, Nueva Eps, Comparta, Pijaos Salud, Eps Sanitas, Coomeva y Famisanar.
- **Direcciones Territoriales de Salud:** Se entregaron las encuestas dirigidas a ET del departamento del Tolima y municipio de Ibagué: Secretaría de Salud Departamental del Tolima y Secretaría de Salud Municipal de Ibagué.
- **Empresas Sociales del Estado:** Se entregaron las encuestas en las sedes de las ESEs relacionadas a continuación: Hospital Federico Lleras Acosta y Unidad de Salud de Ibagué.

Es importante resaltar la gran colaboración mostrada por cada una de las entidades participantes en la investigación, debido a que se logró la obtención de la información de la totalidad de los encuestados.

7.5 Procesamiento de la información

Una vez diligenciadas las encuestas se procedió a la consolidación y estandarización de los resultados obtenidos para cada uno de los tres (3) grupos de entidades en un libro de códigos,

asignando un valor de cero (0) a las preguntas con respuesta NO, y uno (1) a las preguntas con respuesta SI. Las calificaciones obtenidas fueron consolidadas y promediadas por pregunta, de tal forma que al final se obtuviera una calificación promedio para cada uno de los atributos incluidos en la encuesta.

Igualmente fue necesario estandarizar el valor obtenido como calificación para los atributos, ya que no todos contenían el mismo número de preguntas, por lo tanto se determinó un valor constante para cada atributo (ponderador), resultante de dividir la máxima calificación posible entre el número de preguntas del atributo. Este valor se multiplica por el promedio obtenido para cada una de las preguntas de cada atributo, de tal manera que la sumatoria de los resultados parciales da como resultado la calificación final para cada atributo.

Finalmente el nivel de integración de la red de prestación de servicios se midió teniendo en cuenta la tabla de Nivel de progresión de los atributos que conforman las RISS de la OPS (Ver Anexo 1) y definiendo la escala a criterio de los investigadores como se define a continuación en la tabla 6.

Tabla 7.2 Escala del Nivel de progresión de los atributos que conforman las RISS

Fragmentada	Parcialmente Integrada	Integrada
>0<5	>5<9	>9<10

Fuente: Elaboración propia

7.6 Resultados de la encuesta realizadas a las entidades sobre el nivel de progresión de los atributos que conforman las RISS

Es importante resaltar que estos resultados deben ser vistos como un proceso evolutivo y continuo, debido a que los servicios de salud presentan problemas y cambios en la integración, generándose fragmentación en los servicios, que varían de una realidad a otra y en los distintos países y es por ello que en una red pueden coexistir diferentes escalas en los niveles de progresión para cada atributo evaluado. (OPS/OMS, 2010m).

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Los siguientes son los resultados obtenidos sobre el nivel de integración de la red conformada por las ESEs ubicadas en el municipio de Ibagué, las EPS-Ss y las ETs del municipio de Ibagué y departamento del Tolima:

7.6.1 Entidades territoriales

De los trece (13) atributos esenciales evaluados por la entidad territorial departamental y municipal, tan solo uno (participación social) muestra integración, cuatro (población y territorio, atención del prestador primario, foco de cuidado e intersectorialidad) muestran una integración parcial, y ocho (oferta de servicios, atención del prestador complementario, coordinación asistencial, gobernanza, gestión de apoyo, recursos humanos, sistemas de información, desempeño y resultados) muestran una red fragmentada.

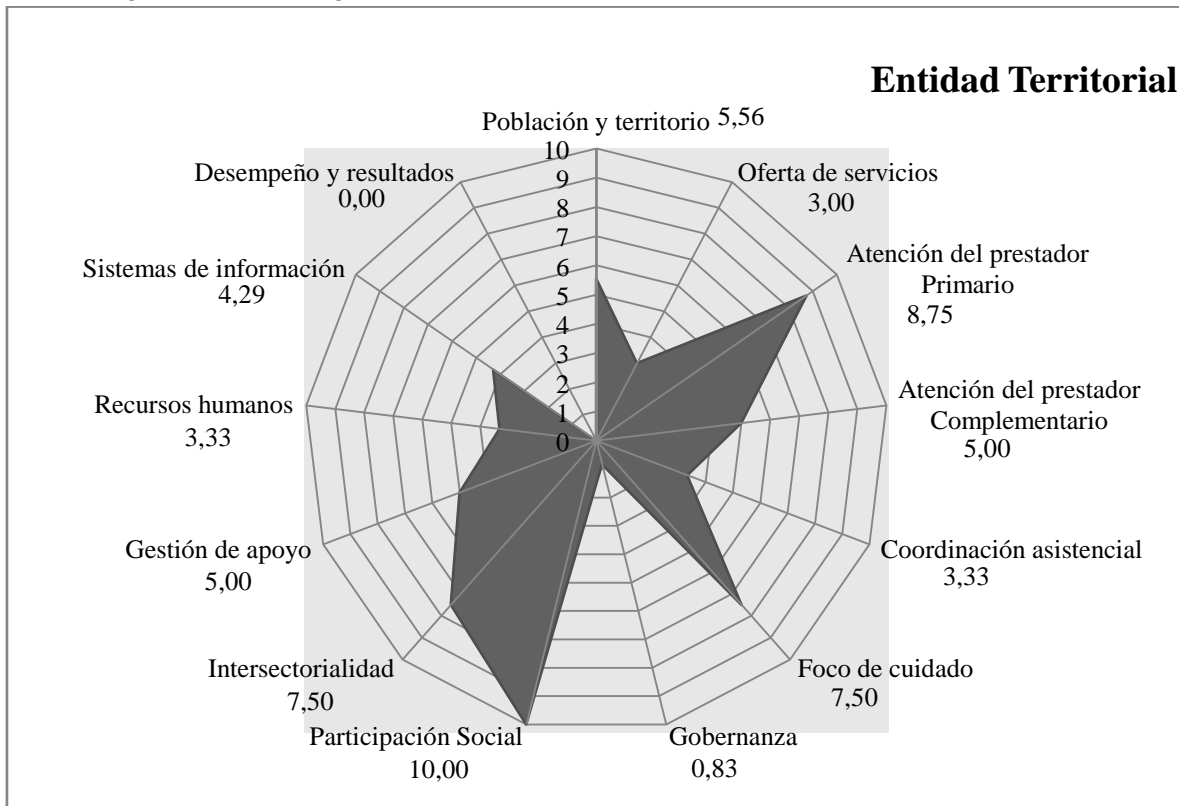
El promedio de los trece (13) atributos nos arroja una calificación de 4.9 que corresponde a una red fragmentada. (tabla 7.3 y figura7.1)

Tabla 7.3 Resultado de la Encuesta dirigida a ET para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud

Atributo	Resultado Promedio	Ponderador por atributo a 10	Grado de Integración
Población y territorio	5,56	1,11	Parcialmente
Oferta de servicios	3,00	1,00	Fragmentada
Atención del prestador Primario	8,75	2,50	Parcialmente
Atención del prestador Complementario	5,00	2,50	Fragmentada
Coordinación asistencial	3,33	3,33	Fragmentada
Foco de cuidado	7,50	2,50	Parcialmente
Gobernanza	0,83	1,67	Fragmentada
Participación Social	10,00	10,00	Integrada
Intersectorialidad	7,50	2,50	Parcialmente
Gestión de apoyo	5,00	10,00	Fragmentada
Recursos humanos	3,33	3,33	Fragmentada
Sistemas de información	4,29	1,43	Fragmentada
Desempeño y resultados	0,00	10,00	Fragmentada
PROMEDIO	4,9		Fragmentada
Puntaje Total	64,1		
Puntaje Máximo	130,0		

Fuente: Elaboración propia

Figura 7.1 Radar sobre nivel de progresión de las ET, Departamento del Tolima y Municipio de Ibagué hacia la integración en red, según atributos



Fuente: Elaboración propia

7.6.2 Empresas Sociales del Estado

De los catorce (14) atributos esenciales evaluadas por el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué y la Unidad de Salud de Ibagué, cinco atributos (oferta de servicios, atención del prestador primario, coordinación asistencial, participación social y sistemas de información) muestran una red parcialmente integrada, y nueve (población y territorio, atención del prestador complementario, foco de cuidado, gobernanza, intersectorialidad, gestión de apoyo, recursos humanos, desempeño y resultados, y financiamiento) muestran una red fragmentada.

El promedio de los catorce (14) atributos nos arroja una calificación de 4.6 que corresponde a una red fragmentada. (tabla 7.4 y figura 7.2)

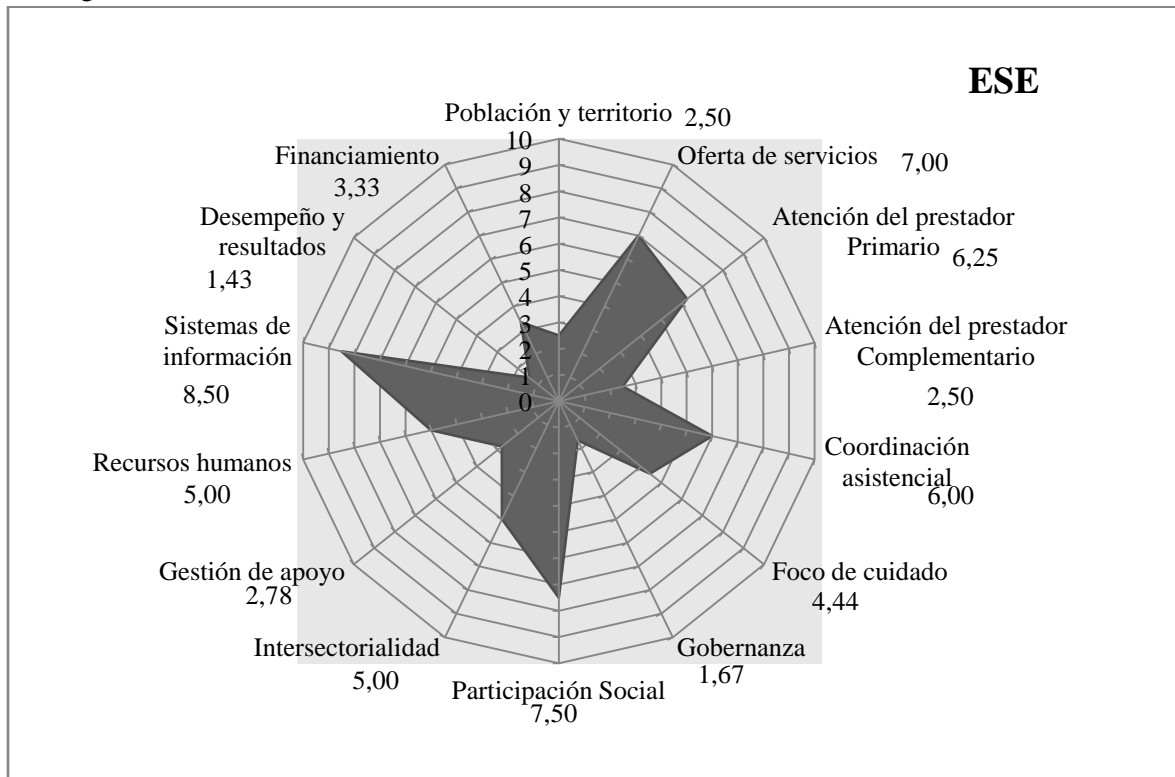
Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 7.4 Resultado de la Encuesta dirigida a ESES para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud

Atributo	Resultado Promedio	Ponderador por atributo a 10	Grado de Integración
Población y territorio	2,50	5,00	Fragmentada
Oferta de servicios	7,00	2,00	Parcialmente
Atención del prestador Primario	6,25	1,25	Parcialmente
Atención del prestador Complementario	2,50	2,50	Fragmentada
Coordinación asistencial	6,00	0,67	Parcialmente
Foco de cuidado	4,44	1,11	Fragmentada
Gobernanza	1,67	3,33	Fragmentada
Participación Social	7,50	5,00	Parcialmente
Intersectorialidad	5,00	5,00	Fragmentada
Gestión de apoyo	2,78	1,11	Fragmentada
Recursos humanos	5,00	2,50	Fragmentada
Sistemas de información	8,50	1,00	Parcialmente
Desempeño y resultados	1,43	1,43	Fragmentada
Financiamiento	3,33	3,33	Fragmentada
PROMEDIO	4,6		Fragmentada
Puntaje Total	63,9		
Puntaje Máximo	140,0	10,00	

Fuente: Elaboración propia

Figura 7.2 Radar sobre nivel de progresión de las ESEs del Municipio de Ibagué hacia la integración en red, según atributos



Fuente: Elaboración propia

7.6.3 Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado

De los trece (13) atributos esenciales evaluadas por las nueve (9) EPSs-S que diligenciaron la encuesta, cinco atributos (población y territorio, foco de cuidado, sistemas de información, desempeño y resultados y financiamiento), muestran una red parcialmente integrada, y ocho (oferta de servicios, atención del prestador primario, atención del prestador complementario, coordinación asistencial, gobernanza, participación social, intersectorialidad, y recursos humanos,) muestran una red fragmentada.

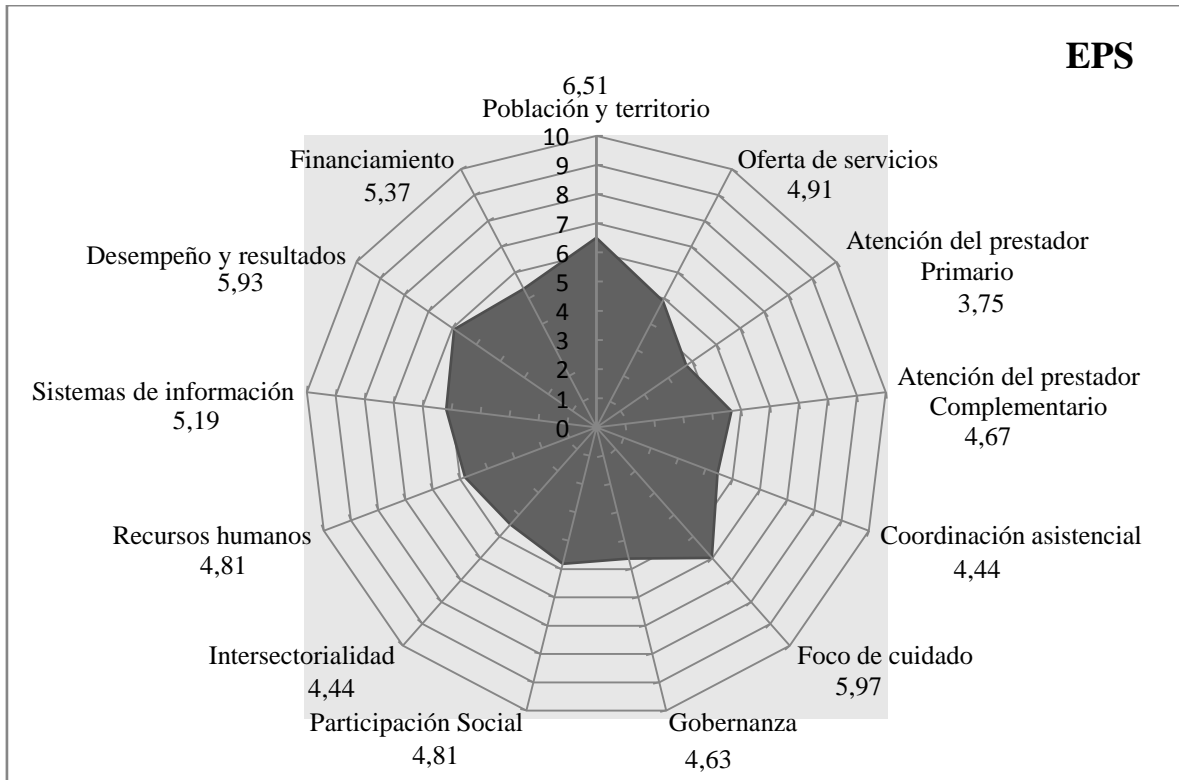
El promedio de los catorce (14) atributos nos arroja una calificación de 5.0 que corresponde a una red fragmentada. (tabla7.5y figura7.3).

Tabla 7.5 Resultado de la Encuesta dirigida a EPSs-S para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud

Atributo	Resultado Promedio	Ponderador por atributo a 10	Grado de Integración
Población y territorio	6,51	1,43	Parcialmente
Oferta de servicios	4,91	0,83	Fragmentada
Atención del prestador Primario	3,75	1,25	Fragmentada
Atención del prestador Complementario	4,67	1,00	Fragmentada
Coordinación asistencial	4,44	1,67	Fragmentada
Foco de cuidado	5,97	1,25	Parcialmente
Gobernanza	4,63	1,67	Fragmentada
Participación Social	4,81	3,33	Fragmentada
Intersectorialidad	4,44	2,50	Fragmentada
Recursos humanos	4,81	3,33	Fragmentada
Sistemas de información	5,19	1,11	Parcialmente
Desempeño y resultados	5,93	1,67	Parcialmente
Financiamiento	5,37	1,67	Parcialmente
PROMEDIO	5,0		Fragmentada
Puntaje Total	65,4		
Puntaje Máximo	130,0	10,00	

Fuente: Elaboración propia

Figura 7.3 Radar sobre nivel de progresión de las EPSs-S del Municipio de Ibagué hacia la integración en red, según atributos



Fuente: Elaboración propia

7.6.4 Resultados por atributos y por tipo de organización ET, ESEs, EPSs-S

7.6.4.1 Población y territorio

ET: Hay coincidencia en que no se tiene cuantificada la demanda agregada en salud. Igualmente consideran que a través del Plan Territorial de Salud no se coordinó con las EPSs-S e IPS las estrategias para la prevención y mitigación de los riesgos en salud identificados, así como la no participación de otros sectores de la economía en la elaboración del análisis de la situación de salud.

ESE: No se tiene estratificada la población a cargo de acuerdo al riesgo y grado de vulnerabilidad, y una de las dos (2) ESEs considera que no tiene cuantificada la población asegurada en salud por atender.

EPSs-S: De las nueve (9) EPSs-S, siete (7) consideran que no se realizan análisis de situación de salud con otros sectores de la economía y tan solo tres (3) aceptan tener cuantificada la demanda agregada en salud.

Igualmente se puede apreciar que solo seis (6) de nueve (9) EPSs-S realizan periódicamente la caracterización individual de la población, pero no se puede inferir si las respuestas de las tres restantes obedecen a la falta de la caracterización o la inexistencia de esta.

7.6.4.2 Oferta de servicios

ET: No se utilizan incentivos financieros para estimular la integración de prestadores que permitan la formación de redes integradas. A nivel de incentivos no financieros, la Resolución 1441 de 2016 establece los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

La definición de las necesidades de servicios de salud no tienen como soporte técnico los análisis de oferta y demanda, y criterios de eficiencia, economías de escala y equidad.

No se coordina ni supervisa la atención en salud organizada por las EPSs-S a través de sus RIPSS.

Consideran los encuestados que no existe un marco jurídico apropiado que facilite consolidaciones, fusiones, formación de alianzas y la movilidad de afiliados al interior de la red.

Las ET no formulan, adoptan y adaptan políticas y estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, en lo referente a capacidad instalada, recurso humano y dotación de insumos.

Empresas Sociales del Estado: Solo una de las dos (2) ESEs incluidas en la encuesta considera que cumple con las condiciones de habilitación y realiza los reportes de información y actualización de conformidad con los instrumentos generados por el MSPS, en lo correspondiente a disponibilidad y suficiencia de la oferta de servicios, y atiende oportunamente las necesidades asistenciales, administrativas y logísticas de la ET y las EPSs-S.

EPSs-S: Solo dos (2) de las nueve (9) EPSs-S, consideran que desarrollan planes de inversión en infraestructura en red propia fundamentadas en estudios de oferta.

Solo tres (3) de las nueve (9) EPSs-S, consideran que la población asignada a cada IPS fue distribuida de acuerdo a criterios de eficiencia, economías de escala y equidad, y tiene

conformada y organizada la red integral de prestadores de servicios para sus afiliados, en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, oportunidad y resolutivez, teniendo en cuenta la oferta de servicios habilitados por la respectiva Dirección Territorial de Salud, y de acuerdo a las características de la población asegurada a su cargo, mediante los respectivos acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud que la integran, y han adelantado procesos de coordinación y planificación con la entidad territorial con relación a las actividades colectivas.

Cinco (5) de las nueve (9) EPSs-S estimulan la integración de prestadores para la formación de redes integradas a través de incentivos financieros y no financieros, y tienen definidas las modalidades de atención extramurales y de telemedicina.

7.6.4.3 Prestador Primario

ET: Solo una (1) de las dos (2) ET integra para la ejecución de sus programas, los recursos de salud pública con los recursos destinados para servicios individuales.

ESE: No se cuenta con horarios extendidos para facilitar el acceso a la atención (más de 8 horas diarias).

No hay coincidencia en la existencia de equipos para la atención de grupos poblacionales definidos, el cuidado en el primer nivel a través de médicos y enfermeras generales, internistas o médicos de familia, y la inclusión en el equipo de salud del prestador primario de especialistas de acuerdo a las necesidades de la población.

Aquí es importante advertir un posible sesgo en el resultado debido a que una de las dos (2) instituciones participantes, es un prestador complementario y algunas preguntas de este atributo son específicas para el prestador primario.

EPSs-S: Ninguna EPS ha realizado nivelación de salarios del personal del primer nivel de atención con el personal de especialidades, y tan solo una (1) estimula la formación de personal de primer nivel a través de subsidios para su formación o por oferta educativa directa.

Tan solo dos (2) EPSs-S, integran para la ejecución de sus programas, los recursos de Salud Pública con los recursos destinados para servicios individuales y solo tres (3) EPSs-S desincentiva la ejecución de programas verticales como (TBC, Lepra, leishmaniasis y VIH).

7.6.4.4 Atención del prestador complementario

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

ET: No hay coincidencia entre las respuestas dadas por las dos (2) ET, explicable por las diferencias en las competencias a cargo, mientras el nivel departamental tiene a su cargo las competencias de segundo y tercer nivel, se le ha agregado el primer nivel en algunos municipios que han perdido la competencia, el municipio solo tiene a cargo el primer nivel de atención, que al parecer fue el lineamiento para la respuesta a las preguntas.

ESE: Las dos (2) Eses coinciden en que no hay oferta ambulatoria de especialistas fuera del ambiente hospitalario, y que la disponibilidad de especialistas no está fundamentada en criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, de eficiencia, de economía de escala y de disponibilidad de recursos.

De otra parte no se observa coincidencia entre las dos (2) ESEs respecto a la existencia de regulación de especialistas y al acceso al cuidado intrahospitalario.

EPSs-S: Solo una (1) de las EPS estimula la formación de médicos familiaristas y medicina interna y desincentiva la formación de otras especialidades que está acorde a las necesidades de salud de la población.

En igual sentido solo dos (2) de las nueve (9) EPSs-S, promueven la reestructuración de la oferta de servicios hospitalarios a través de cierre de hospitales, fusiones, consolidaciones y cierres parciales de camas hospitalarias en sus IPS propias cuando observan exceso de oferta de servicios de salud.

Igualmente se observa que solo tres (3) EPSs-S promueven procesos de reingeniería hospitalaria a través de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, y la ampliación de la oferta de camas hospitalarias cuando se observa escasa oferta.

Cuatro de las nueve EPSs-S consideran que la disponibilidad de especialistas está fundamentada en criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, de eficiencia, de economía de escala y de disponibilidad de recursos.

7.6.4.5 Coordinación asistencial

ET: No está definido que el primer nivel de atención sea el coordinador de la atención asistencial.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

La ET no acredita, ni audita ni evalúa el cumplimiento de las Guías de práctica Clínica (GPC) siendo de obligatorio cumplimiento las definidas por el Ministerio de Salud y protección social, Resolución 2003 del 2014 y Decreto 780 del 2016.

ESE: La red de prestación a la cual pertenecen, no cuentan con historia clínica única, y las IPS no cuentan con líneas de orientación telefónica sobre aspectos clínicos.

Solo una (1) de las dos (2) instituciones considera que cuenta con historia clínica única, que sus guías de práctica clínica fueron concertadas con las EPSs-S con las cuales tiene contrato, y que el primer nivel de atención o prestador primario coordina toda la labor asistencial.

EPSs-S: Solo dos (2) EPSs-S consideran que las IPS de su red cuentan con historia clínica única.

Solo tres (3) EPSs-S consideran que las Guías de Práctica Clínica fueron concertadas con las IPS que conforman su red, y cuentan con servicios de Telemedicina.

Menos de la mitad de las EPSs-S participantes consideran que el primer nivel de atención es el prestador que coordina toda la atención asistencial.

7.6.4.6 Foco de cuidado

ET: El modelo de atención existente no contempla el enfoque intercultural y de género.

ESE: No se cuenta con agentes comunitarios en salud. Las IPS no incorporan la medicina tradicional y la medicina alternativa, ni incorpora esquemas de auto cuidado y autogestión de la enfermedad.

Solo una de las dos (2) ESEs clasifica sus usuarios a nivel individual, la familia y la comunidad de acuerdo al tipo de riesgo, y estimula la educación para la salud e incorpora modelos de cuidados en el hogar o comunitarios.

EPSs-S: Cinco (5) de las EPSs-S consultadas, consideran que han incorporado modelos de cuidados en el hogar o comunitarios, al igual que la medicina tradicional, la medicina alternativa, y los esquemas de auto cuidado y autogestión de la enfermedad.

Este mismo número de entidades tienen clasificados a sus afiliados, familias y comunidad según el tipo de riesgo, y promueven la capacitación del personal de salud sobre los derechos de atención a la salud, y sobre los nuevos modelos de atención.

7.6.4.7 Gobernanza

ET: Es el atributo con más baja calificación. Las dos (2) entidades consideran que no hay instancia de gobernanza de la red a nivel regional.

La red no cuenta con un órgano de dirección con representación de actores relevantes, incluidos los proveedores y la comunidad.

La red no tiene una gobernanza corporativa única, ni cuenta con cooperación internacional y los miembros del órgano de dirección provienen y/o rotan por las distintas unidades operativas del sistema.

ESE: No se realiza planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación de desempeño en forma compartida por toda la red.

No se concierta el sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de la red, con metas para la totalidad de la red, al igual que con metas individuales para las distintas unidades operativas.

EPSs-S: Solo dos (2) EPSs-S rotan a los miembros del órgano directivo por las distintas unidades operativas del sistema, y cinco (5) EPSs-S dispone de un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de la red, con metas para la totalidad de la red, al igual que con metas individuales para las distintas unidades operativas.

7.6.4.8 Participación social

ET: Este atributo muestra integración debido a la existencia de normas⁵ que aseguran la participación social en la gestión de los servicios de salud.

EPSs-S: Cuatro (4) de las EPSs-S consideran que el personal de salud de la entidad participa en la gobernanza y gestión de las RISS, y la comunidad participan en la gobernanza y la evaluación del desempeño de la RISS.

Cinco (5) de las EPSs-S realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud.

7.6.4.9 Intersectorialidad

ET: Las ET no financian esquemas de prestación de servicios de salud/sociales integrados.

⁵ Como el Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud

ESE: Una de las IPS consultadas considera que se implementan acciones de salud a nivel del hogar, la comunidad, las escuelas y los lugares de trabajo, y se tienen conformados equipos de asistencia social.

EPSs-S: Tres (3) de las EPSs-S considera que tiene conformados equipos de asistencia social.

Cuatro (4) de las EPSs-S financia esquemas de prestación de servicios de salud/sociales e implementa acciones de salud a nivel del hogar, la comunidad, las escuelas y los lugares de trabajo.

7.6.4.10 Gestión de apoyo

ET: No hay coincidencia entre las dos (2) entidades respecto a la existencia de una instancia de gestión ejecutiva de la red a nivel regional.

ESE: No se tienen definidos diseños organizacionales matriciales (entre líneas productivas basadas en productos/servicios y líneas basadas en responsabilidad geográfica o de poblaciones).

No se cuenta con contratos, convenios y/o compromisos de gestión con metas de integración clínica/administrativa al interior de la red.

Las entidades no comparten sistemas de apoyo clínico al interior de la red (Laboratorio clínico, radiología etc.).

Las entidades no comparten sistemas de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos al interior de la red.

Las entidades no comparten sistemas de transporte asistencial con las otras instituciones que conforman la red.

Las entidades no comparten sistemas de compra de equipos con los integrantes de la red.

7.6.4.11 Recursos humanos

ET: Inexistente flexibilidad en los requerimientos de certificación y recertificación del personal de salud de modo que faciliten reasignaciones dentro de la red.

No se observa coincidencia respecto a si las políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos son compatibles con las necesidades del trabajo en red, y si las entidades han implementado estrategias para fortalecer la prestación de los servicios de salud en lo correspondiente al recurso humano.

ESE: No se observa coincidencia entre las dos (2) IPS en ninguna de las preguntas de este atributo, relacionados con la formación de equipos de trabajo multidisciplinarios y trabajadores multipropósito, capacitación al personal para crear una fuerza de trabajo flexible que pueda ser utilizada a través de todos los sitios de atención, satisfacción de las necesidades de personal de la red por el marco normativo existente en materia de formación de gestión de recursos humanos y desarrolla programas de capacitación del personal en forma integrada.

EPSs-S: Cuatro (4) de las EPSs-S participantes consideran que trabajan de manera conjunta con las entidades formadoras de recursos humanos con el objetivo de producir personal acorde con las redes (trabajo en equipo, abordaje de sistemas, mejoramiento continuo de la calidad, uso de guías y protocolos, análisis de costo-efectividad y costo-beneficio, epidemiología, diagnóstico de situación de salud con base poblacional, etc.), y que el marco normativo existente en materia de formación de gestión de recursos humanos satisface las necesidades de personal de la red.

7.6.4.12 Sistemas de información

ET: No se cuenta con historia clínica electrónica. Las entidades consideran que no receptionan, verifican, validan y envían la información asociada con la prestación de servicios de salud, y monitorea el envío oportuno y la actualización de los registros por parte de las EPSs-S de su territorio al MSPS.

ESE: Es uno de los atributos con mejor calificación salvo en los siguientes aspectos: No se tiene implementada la tarjeta sanitaria (datos clínicos inteligente). Se observa un mayor avance en la IPS de primer nivel frente a la IPS de III nivel respecto a la disponibilidad de sistemas de consulta en línea para los usuarios.

EPSs-S: Se observa que solo dos (2) de las EPSs-S participantes difunden información sobre el desempeño de las RISS para todos los miembros de la red, incluida la comunidad, cuentan con un tablero de mando integrado (“Scorecard”) para monitorear desempeño de las RISS, e identifican a sus usuarios con un código común y único.

7.6.4.13 Desempeño y resultados

ET: Hay total coincidencia entre las dos (2) entidades respecto a la inexistencia actual de normas respecto a los procesos de rendición de cuentas sobre el desempeño de la red.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

ESE: No se tienen definidos los resultados esperados para el desempeño de la red. No se evalúan las lecciones aprendidas ni se les incorpora en prácticas clínicas y gestión de la red. No se relacionan los procesos de compensación del personal de salud con su evaluación de desempeño, ni se tiene instaurados sistemas de incentivos de buen desempeño para trabajo en equipo. No se realizan investigaciones operativas mixtas (entre varias unidades operativas) al interior de la red.

EPSs-S: Se observa que solo cuatro (4) de las EPSs-S participantes cuenta con un proceso de rendición de cuentas sobre el desempeño de la red, y tienen implementado un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño.

Igualmente este mismo número de entidades considera que asigna los recursos teniendo en cuenta los procesos de evaluación del desempeño, y tienen incentivos que premien el buen desempeño de equipos de trabajo.

7.6.4.14 Financiamiento

ESE: No hay desarrollo de incentivos financieros para el cumplimiento de las metas en salud y la integración de la red como un todo. El sistema de presupuestario de la IPS no está integrado al de toda la red.

EPSs-S: Dos (2) las EPSs-S participantes considera que ha implementado mecanismos de remuneración del personal de salud que compartan el riesgo financiero con respecto al desempeño de la red.

Tres (3) de las EPSs-S participantes tiene establecido incentivos financieros para la integración de la red, y cuatro (4) asignan mayores recursos financieros para el primer nivel de atención y otros servicios ambulatorios no hospitalarios.

7.6.5 Resultados consolidados

A continuación se presenta el consolidado de los resultados de las encuestas (tabla 7.6 y figura 7.4).

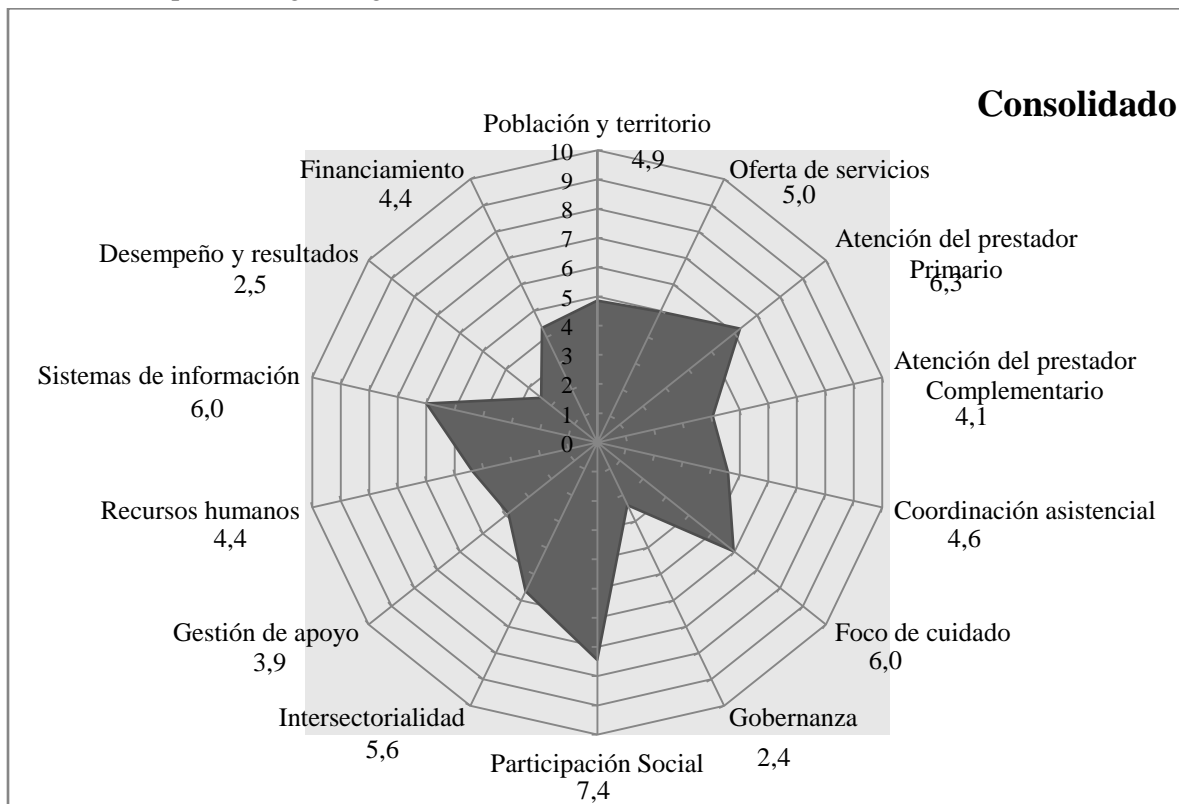
Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 7.6 Resultado de la Encuesta dirigida a EPSs-S, IPS, ET para evaluar el grado de integración de la red de prestación de servicios de salud

Atributo	Sumatoria	Evaluidos	Promedio	Grado de Integración
Población y territorio	15	3	4,9	Fragmentada
Oferta de servicios	15	3	5,0	Fragmentada
Atención del prestador Primario	19	3	6,3	Parcialmente
Atención del prestador Complementario	12	3	4,1	Fragmentada
Coordinación asistencial	14	3	4,6	Fragmentada
Foco de cuidado	18	3	6,0	Parcialmente
Gobernanza	7	3	2,4	Fragmentada
Participación Social	22	3	7,4	Parcialmente
Intersectorialidad	17	3	5,6	Parcialmente
Gestión de apoyo	8	2	3,9	Fragmentada
Recursos humanos	13	3	4,4	Fragmentada
Sistemas de información	18	3	6,0	Parcialmente
Desempeño y resultados	7	3	2,5	Fragmentada
Financiamiento	9	2	4,4	Fragmentada
PROMEDIO			4,8	Fragmentada
Puntaje Total			67,2	
Puntaje Máximo			140,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 7.4 Radar sobre nivel de progresión hacia la integración en red conformada por ETs, EPSs-S y ESEs del municipio de Ibagué, según atributos



Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, el resultado de los tres (3) grupos de entidades nos muestra que de los catorce (14) atributos esenciales, cinco (5) califican como una red parcialmente integrada, debido a que:

En el ámbito de abordaje Modelo Asistencial, en su tercer atributo que corresponde al prestador primario (primer nivel), aunque actúa como puerta de entrada al sistema tiene muy baja capacidad resolutoria. En su sexto atributo, Foco de Cuidado, el modelo de atención está centrado en el individuo, y por ahora no tiene en cuenta la familia y la comunidad.

En el ámbito de abordaje gobernanza y estrategia, en el atributo octavo, participación, se observan instancias de participación social limitadas. En el noveno atributo, intersectorialidad, se presentan avances limitados con otros sectores sociales.

En el ámbito de abordaje organización y gestión, en el décimo segundo atributo, sistemas de información, se observan múltiples sistemas de información que no se comunican entre sí.

Los nueve (9) atributos restantes nos muestran una red fragmentada, sobresaliendo por su baja calificación en el ámbito de gobernanza y estrategia, atributo gobernanza, con una calificación de 2.4 y en el ámbito de organización y desempeño, atributo desempeño y resultados, una calificación de 2.5, debido a la existencia de múltiples instancias de gobernanza sin articulación en su funcionamiento y a la medición del desempeño centrado en insumos y procesos.

Igualmente se aprecia, en el ámbito modelo asistencial, atributo uno, población y territorio, con población a cargo definida pero con escaso conocimiento sobre sus necesidades en salud; en el atributo cuarto, atención especializada, un acceso regulado a la atención especializada en ambiente hospitalario; en el atributo quinto, coordinación asistencial, que no cubre la totalidad del proceso de atención en salud; en el atributo seis, foco de cuidado, con la existencia en la mayoría de los niveles de atención de predominio de los servicios de salud personales.

En el ámbito de organización y gestión, décimo atributo, gestión de apoyo, inexistente integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico con la gestión de apoyo clínico; y en el atributo décimo primero, un recurso humano suficiente pero con deficiencias en competencias técnicas y compromiso con la red. En el ámbito sistema de asignación e incentivos, en su atributo catorce, financiamiento, se observa financiamiento adecuado con incentivos financieros no alineados con las metas de la red.

En general y como calificación final para los tres (3) grupos de entidades, incluidos los cuatro (4) ámbitos de abordaje y catorce (14) atributos, encontramos un resultado de 4.8 que corresponde a una red fragmentada. (tabla7.6 y Figura7.4).

8 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA OFERTA Y COMPLETITUD DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA RUTA MATERNO PERINATAL

Teniendo en cuenta la ruta de atención materno perinatal y los hitos definidos por el MSPS, se tomó como base para el análisis de la oferta de servicios de salud la matriz de priorización de los servicios requeridos del documento “Lineamientos para el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de RIPSS”, la cual se presenta en tres tablas, la primera contiene el total de servicios requeridos para la atención de la ruta materno perinatal, junto con la oferta de servicios de la capacidad instalada actual en las E.S.E. del municipio de Ibagué por grupo de servicios y número de sedes en las que se presta cada uno de ellos, según lo registrado en el REPS (tabla 8.1); en la tabla8.2se presentan los servicios y la oferta para el componente primario y en la tabla 8.3 para el componente complementario.

Tabla 8.1 Servicios definidos por el MSPS para la ruta de atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
HITO 1: CAPTACIÓN TEMPRANA GESTANTE	Grupo	Promoción y prevención		Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
	Servicio	Detección temprana - alteraciones del embarazo	35	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11
	Grupo	Consulta Externa					
	Servicio	Enfermería	24	Medicina General	36	Nutrición y dietética	1
	Grupo	Enfoque Familiar y Comunitario (F y C)					
	Servicio	Medicina Familiar	1				
HITO 2: CLASIFICACIÓN Y ATENCIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO	Grupo	Promoción y prevención					
Servicio	Protección específica - atención preventiva en	35	Detección temprana - alteraciones del embarazo	35	Protección específica - vacunación	35	

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 8.1 Servicios definidos por el MSPS para la ruta de atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
		salud bucal					
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Servicio farmacéutico	5	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Ultrasonido	3				
	Grupo	Consulta Externa					
	Servicio	Enfermería	24	Medicina general	36	Odontología general	36
		Ginecobstetricia	1	Psicología	1	Psiquiatría	1
		Nutrición y dietética	1				
	Grupo	Internación/camas					
	Servicio	Hospitalización en unidad de salud mental	17	Cuidado intensivo adulto	43	Cuidado intermedio adulto	8
	Grupo	Urgencias		Enfoque F y C			
	Servicio	Servicio de Urgencias	3	Medicina familiar	1		
HITO 3: REFERENCIA OPORTUNA	Grupo	Traslado pacientes					
	Servicio	Transporte asistencial básico	5	Transporte asistencial Medicalizado	2		
HITO 4: ATENCIÓN SEGURA DEL PARTO	Grupo	Promoción y prevención		Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
	Servicio	Protección específica – atención del parto	2	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Ultrasonido	3	Transfusión Sanguínea	1		
	Grupo	Internación/camas					
	Servicio	Obstetricia	28	Cuidado intensivo adultos	43	Cuido intermedio adultos	8
	Grupo	Consulta Externa		Quirúrgicos		Enfoque F y C	
Servicio	Medicina general	36	Cirugía ginecológica	1	Medicina familiar	1	
HITO 5: ATENCIÓN DEL PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO CON CALIDAD	Grupo	Promoción y prevención				Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	
	Servicio	Protección específica –	3	Protección específica –	35	Servicio farmacéutico	5

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 8.1 Servicios definidos por el MSPS para la ruta de atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
		atención al recién nacido		vacunación			
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11	Ultrasonido	3
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Transfusión sanguínea	1				
	Grupo	Enfoque F y C		Consulta externa			
	Servicio	Medicina familiar	1	Psicología	1	Psiquiatría	1
	Grupo	Consulta externa			Internación/camas		
	Servicio	Enfermería	24	Medicina General	36	Hospitalización en unidad de salud mental	17
	Grupo	Internación/camas					
	Servicio	Cuidado intensivo neonatal	5	Cuidado intermedio neonatal	7	Cuidado básico neonatal	5
	Grupo	Quirúrgico					
	Servicio	Cirugía pediátrica	1				

Fuente: MSPS – DPSAP 2014 - Adaptación de los autores (López et al) 2017 y datos de capacidad REPS abr. 2018

Tabla 8.2 Servicios del componente primario para la atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
HITO 1: CAPTACIÓN TEMPRANA GESTANTE	Grupo	Promoción y prevención		Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
	Servicio	Detección temprana - alteraciones del embarazo	35	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11
	Grupo	Consulta Externa					
	Servicio	Enfermería	24	Medicina General	36	Nutrición y dietética	1
	Grupo	Enfoque F Y C					
	Servicio	Medicina Familiar	1				
HITO 2:	Grupo	Promoción y prevención					

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 8.2 Servicios del componente primario para la atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
CLASIFICACIÓN Y ATENCIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO	Servicio	Protección específica - atención preventiva en salud bucal	35	Detección temprana - alteraciones del embarazo	35	Protección específica - vacunación	35
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Servicio farmacéutico	5	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Ultrasonido	3				
	Grupo	Consulta Externa					
	Servicio	Enfermería	24	Medicina general	36	Odontología general	36
		Psicología	1	Nutrición y dietética	1		
	Grupo	Urgencias		Enfoque F y C			
	Servicio	Servicio de Urgencias	5	Medicina familiar	1		
HITO 3: REFERENCIA OPORTUNA	Grupo	Traslado pacientes					
	Servicio	Transporte asistencial básico	5				
HITO 4: ATENCIÓN SEGURA DEL PARTO	Grupo	Promoción y prevención		Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
	Servicio	Protección específica – atención del parto	2	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica		Consulta Externa		Internación/camas/camas	
	Servicio	Ultrasonido	3	Medicina general	36	Obstetricia	28
	Grupo	Enfoque F y C		Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
	Servicio	Medicina familiar	1	Patología	1		
HITO 5: ATENCIÓN DEL PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO	Grupo	Promoción y prevención				Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 8.2 Servicios del componente primario para la atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
CON CALIDAD	Servicio	Protección específica – atención al recién nacido	3	Protección específica – vacunación	35	Servicio farmacéutico	5
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica					
	Servicio	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11	Ultrasonido	3
	Grupo	Consulta externa					
	Servicio	Psicología	1	Enfermería	24	Medicina General	36
	Grupo	Enfoque F y C	Promoción y prevención				
	Servicio	Medicina familiar	0	Protección específica – Atención en Planificación	34		

Fuente: MSPS – DPSAP 2014 - Adaptación de los autores (López et al) 2017 y datos de capacidad REPS abr. 2018

Tabla 8.3 Servicios del componente complementario para la atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
HITO 2: CLASIFICACIÓN Y ATENCIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO	Grupo	Consulta Externa					
	Servicio	Ginecobstetricia	2	Psiquiatría	1	Anestesia	1
	Grupo	Internación/camas					
	Servicio	Hospitalización en unidad de salud mental	17	Cuidado intensivo adulto	43	Cuidado intermedio adulto	8
HITO 3: REFERENCIA OPORTUNA	Grupo	Traslado pacientes					
	Servicio	Transporte asistencial Medicalizado	2				
HITO 4: ATENCIÓN SEGURA DEL PARTO	Grupo	Promoción y prevención		Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
	Servicio	Protección específica – atención del parto	3	Laboratorio clínico	4	Toma de muestras de laboratorio clínico	11
	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica		Internación/camas			

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 8.3 Servicios del componente complementario para la atención materno infantil por número de servicios habilitados en todas las sedes de prestación en las ESEs del municipio de Ibagué

Hito	Grupo Servicios	Servicios					
	Servicio	Transfusión Sanguínea	3	Cuidado intensivo adultos	43	Cuido intermedio adultos	8
	Grupo	Quirúrgicos					
	Servicio	Cirugía ginecológica	0				
HITO 5: ATENCIÓN DEL PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO CON CALIDAD	Grupo	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica		Internación/camas		Quirúrgico	
	Servicio	Transfusión Sanguínea	3	Hospitalización en unidad de salud mental	17	Cirugía pediátrica (cuando se requiera)	5
	Grupo	Consulta externa					
	Servicio	Psiquiatría	1	Pediatría	2	Cirugía Pediátrica	1
	Grupo	Internación/camas					
	Servicio	Cuidado intensivo neonatal	5	Cuidado intermedio neonatal	7	Cuidado básico neonatal	5

Fuente: MSPS – DPSAP 2014 - Adaptación de los autores (López et al) 2017 y datos de capacidad REPS abr. 2018

Como se observa en las tablas 8.1, 8.2, 8.3, todos los servicios requeridos por la ruta se encuentran disponibles en las ESEs del municipio de Ibagué, algunos en forma exclusiva en el Hospital Federico Lleras, que es la ESE de III nivel, como transfusión sanguínea, laboratorio de patología, consulta de anestesiología, consulta y procedimientos de cirugía pediátrica, consulta de ginecología y cirugía ginecológica, consulta de nutrición y dietética, psicología y psiquiatría, camas de psiquiatría y camas en UCI adulto y neonatal. De los servicios antes mencionados la consulta externa de nutrición y psicología corresponden al componente primario, al igual que el servicio de patología.

Por su parte algunos servicios son prestados solo en la Unidad de Salud de Ibagué, como la consulta de medicina familiar, de odontología general, todas las actividades de protección específica y detección temprana y la sala de procedimientos, los cuales corresponden al componente primario.

Los servicios de toma de muestras de laboratorio se prestan en 12 puntos de atención; consulta de enfermería en 24 sedes; servicios de consulta de medicina general, de odontología, detección específica de alteraciones del embarazo, vacunación, atención preventiva en salud bucal, en 36

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

sedes y atención en planificación familiar en 35 sedes. Los demás servicios están concentrados en las sedes principales de las ESEs, encontrándose disponibles en 1, 2 o 3 sedes.

A nivel de accesibilidad geográfica a los servicios, El hospital Federico Lleras Acosta tiene una sede asistencial, mientras que la Unidad de Salud de Ibagué, tiene 36 sedes distribuidas en la zona urbana y rural del municipio, lo que garantiza una mayor accesibilidad a la población materna y perinatal para la atención del componente primario y la referencia al Hospital Federico Lleras en caso de requerir servicios de mayor complejidad.

Para ilustrar la cobertura geográfica de la red conformada por las ESEs del municipio de Ibagué se construyó un mapa con la herramienta google maps, de acuerdo con las sedes y direcciones reportadas en el REPS, en el cual se ubicaron los puntos de atención con la siguiente codificación de colores; con rojo se identifica la ubicación del Hospital Federico Lleras Acosta, hospital de III nivel; con naranja la sede principal de la Unidad de Salud de Ibagué y sus unidades intermedias; con azul los centros y puesto de salud urbanos y con verde los centros y puesto de salud rural. (Ver anexo 4)

9 ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA RUTA MATERNO PERINATAL

9.1 Estimación de la Demanda de servicios de salud para la ruta materno perinatal

Se tiene en cuenta la metodología del MSPS definida en el documento Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación de las RIPPS, para calcular la demanda, pero debido a la dificultad de obtener información según estos lineamientos, consideramos buscar fuentes de información alterna, especialmente los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015 y datos de diferentes artículos médicos detallados en la tabla 15 que refieren diferentes tasas o porcentajes para determinados tipos de intervenciones, procedimientos o actividades que no se encuentran relacionados como fuente de información en la metodología del MSPS.

El cálculo de la demanda se realizó para la ruta materno perinatal propuesta por el MSPS, mediante una metodología diferente a la propuesta por el MSPS, considerando la demanda inducida, sentida y efectiva.

9.1.1 Demanda - Cálculo Poblacional:

Inicialmente se realiza el cálculo de la población de mujeres en edad fértil de 14 a 49 años y su distribución de acuerdo a las diferentes EPSs-S (tabla 9.1), dentro de las cuales se clasifican como adolescentes las mujeres de 14 a 19 años del municipio de Ibagué afiliadas al régimen subsidiado, con corte a marzo de 2018, observándose una población total de 48.823 mujeres, de las cuales 10.881 son adolescentes afiliadas a las EPSs-S.

Tabla 9.1 Mujeres en Edad Fértil de 14 a 49 Años - Afiliadas al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué a Marzo de 2018

Municipio – EPS-S	Total Mujeres En edad fértil de 14-49	Mujeres Adolescentes De 14-19	Mujeres Adultas De 20-49
73001 – IBAGUÉ	48.823	10.881	37.942
Cooimeva E.P.S. S.A.-Cm	347	40	307
Cooperativa de Salud –Comparta	7.965	1.326	6.639
Cruz Blanca Eps S.A.-Cm	1		1

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.1 Mujeres en Edad Fértil de 14 a 49 Años - Afiliadas al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué a Marzo de 2018

Municipio – EPS-S	Total Mujeres En edad fértil de 14-49	Mujeres Adolescentes De 14-19	Mujeres Adultas De 20-49
E.P.S. Famisanar Ltda.-Cm	246	33	213
E.P.S. Sanitas S.A.-Cm	217	18	199
La Nueva Eps S.A.	8.631	2.871	5.760
Medimás	15.795	3.148	12.647
Nueva Eps S.A. –Cm	811	91	720
Pijaos Salud Eps indígena	2.939	709	2.230
Salud Total S.A. E.P.S. Cm	2.634	343	2.291
Saludvida S.A .E.P.S	9.146	2.298	6.848
Saludvida S.A .E.P.S –Cm	91	4	87

Fuente: Cubo del SISPRO – consulta realizada en mayo de 2018

9.1.2 Demanda agregada.

Para calcular la demanda agregada se toman datos de la demanda por percepción de enfermedad que se encuentra en la ENDS 2015, la demanda efectiva que se encuentra en las estadísticas de nacimientos y defunciones del DANE, la demanda por acceso registrada en la ENDS2015y se calcula la demanda de las complicaciones del embarazo por medicina basada en la evidencia (tabla 9.2). Una vez definida la población potencialmente demandante o beneficiaria de los diferentes servicios, se procede a correlacionar la población con las actividades definidas por el MSPS para la ruta de atención materno perinatal (tabla9.3).La actividades de protección específica y detección temprana están incluidas en la ruta, que corresponden a la demanda inducida o demanda ex-ante, que también se suma a la demanda agregada.

Tabla 9.2 Estimaciones de población objeto de la ruta de atención materna perinatal afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Descripción	Población	%	Fuente	Tipo de dato	Demanda
Total hombre y mujeres afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué	174.325		Minsalud, Corte a marzo 2018. Afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué	Observado	NA
Mujeres afiliadas al régimen subsidiado entre 14 a 49 años de Ibagué	48.823		Minsalud, Corte a marzo 2018. Mujeres en edad fértil de 14 a 49 años	Observado	NA

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el
Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.2 Estimaciones de población objeto de la ruta de atención materna perinatal afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Descripción	Población	%	Fuente	Tipo de dato	Demanda
Mujer en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo	5.322	10,9%	10,9% Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015 Cuadro 10.1.1 Preferencias de fecundidad por número de hijas(os) sobrevivientes: Mujeres	Observado	Percepción
Mujeres adolescentes afiliadas al régimen subsidiado entre 14 a 19 años	10.881		Minsalud, Corte a marzo 2018. Mujeres en edad fértil de 14 a 19 años	Observado	NA
Adolescentes con intención reproductiva	870	8,0%	8% de las adolescentes Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015 Cuadro 10.2.1 Preferencias de fecundidad por grupo de edad: Mujeres	Observado	Percepción
Mujeres con dispositivo	452	8,5%	8,5% de mujeres con intención reproductiva. Mujeres en edad fértil que utilizan dispositivo intrauterino y/o implante. Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015 Cuadro 8.3.1 Uso actual de métodos anticonceptivos: Mujeres	Observado	Acceso
Mujeres con intención reproductiva que no logran quedar en embarazo	500	9,4%	9,4% de las mujeres con intención reproductiva Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015. Cuadro 10.10 Deseo de más hijos y problemas de infertilidad - Tolima - Huila	Observado	Percepción
Nacimientos 1	8.794		Nacimientos 2017 en el municipio de Ibagué DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 12	Observado	NA
Nacimientos 2	3.511	39,9%	Nacimientos 2017 en el municipio de Ibagué de madres afiliadas al régimen subsidiado. DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 12	Observado	NA
Nacimientos 3	7.224		Nacimientos 2017 de madres residentes en Ibagué. DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 7	Observado	NA
Nacimientos 4	2.882		39,9% de nacimientos son de madre del régimen subsidiado	Proyectado	Efectiva

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el
Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.2 Estimaciones de población objeto de la ruta de atención materna perinatal afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Descripción	Población	%	Fuente	Tipo de dato	Demanda
Defunciones fetales 1	376		Defunciones fetales por municipio de madres residentes en Ibagué. DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 6	Observado	NA
Defunciones Fetales 2	150	39,9%	39,9% de las defunciones fetales son de madre del régimen subsidiado	Proyectado	Efectiva
Embarazos que terminan en aborto espontáneo, inducido o IVE	307	9,6%	9,6% de los nacimientos ENDS 2015 Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015 Cuadro 11.15 Terminación del último embarazo	Observado	Acceso
Mujeres del régimen subsidiado de Ibagué embarazadas en el año	3.632	26,0%	26% Porcentaje de embarazos estimados por encima de nacimientos. MSPS 2016 y Estimación número de gestantes 2013 Dirección de epidemiología.	Proyectado	Efectiva
Proporción de Nacimientos de madres adolescentes	1.332	18,4%	18,4% de los nacimientos en Ibagué en el 2017 corresponde a mujeres menores de 19 años. DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 7	Observada	Efectiva
Proporción de Embarazos de madres adolescentes	670		18,4% de las mujeres embarazadas en el año en Ibagué para el régimen subsidiado	Proyectado	Efectiva
IVE	40	1,1%	1,1% de los embarazos ENDS 2015 Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015 Cuadro 11.15 Terminación del último embarazo	Observado	Acceso
Embarazo extrauterino	47	1,3%	1,3% de los embarazos ENDS 2015 Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015 Cuadro 11.15 Terminación del último embarazo	Observado	Acceso
Perdida aborto espontáneo	247	6,8%	6,8% de los embarazos ENDS 2015 Encuesta Nacional de demografía y Salud 2015 Cuadro 11.15 Terminación del último embarazo	Observado	Acceso
Nacimientos con tiempo de gestación hasta 37 semana	1.247	17,3%	17,26% de los nacimientos-2017 en el municipio de Ibagué DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 8	Observado	Efectiva

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el
Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.2 Estimaciones de población objeto de la ruta de atención materna perinatal afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Descripción	Población	%	Fuente	Tipo de dato	Demanda
Mortalidad neonatal	24	0,7%	6,72 por 1000 Nacidos Vivos. ASIS Tolima 2016. Cifras de 2014	Observado	MBE
Parto pretérmino	497	17,3%	17,26% de nacimientos DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 8	Observado	Efectiva
Amenaza de parto pretérmino	497	17,3%		Proyectado	Efectiva
Atención del parto vaginal	2.361	65,0%	65% Observada - Tolima 2017 DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 4	Observado	Efectiva
Atención del parto por cesárea	1.271	35,0%	35% Observada - Tolima 2017 DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 4	Observado	Efectiva
Total Partos	3.632		Partos vaginales y partos por cesárea DANE: Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones 2017 preliminar. Cuadro 8	Observado	Efectiva
Nacimientos de menos de 2.500 gr	540	7,5%	7,5% de Nacimientos 2017 de madres residentes en Ibagué	Observado	Efectiva
Manejo en UCI Neonatal	216	7,5%	7,5 por mil nacidos vivos - ASIS 2016 Tolima	Observado	Efectiva
Manejo en UCI Materna	58	2,0%	Prevalencia de ingreso a UCI de pacientes obstétricas 2% de los nacimientos. Consenso Colombiano para la definición de criterio de ingreso a la UCI	Proyectado	MBE
Proporción de embarazos de alto riesgo	908	25,0%	Entre el 20% y 30% de las embarazadas	Proyectado	MBE
Manejo de sepsis de origen obstétrico	171	0,35%	0,9 a 7 por mil mujeres en edad fértil. Guía de sepsis en obstetricia. Alcaldía de Bogotá 2013	Proyectado	MBE
Manejo de hemorragia pos parto	71	3,0%	2% al 4% de los partos. OMS Global causes of maternal dead 2014	Proyectado	MBE
Manejo de hemorragia pos cesárea	83	6,5%	6% al 7% cesáreas OMS Global causes of maternal dead 2014	Proyectado	MBE
Total Hemorragias pos parto	153		Sumatoria hemorragias pos parto y/o pos cesárea	Proyectado	MBE
Manejo de trastornos hipertensivos	254	7,0%	6% al 8% embarazadas. Guía de sepsis en obstetricia. Alcaldía de Bogotá 2014	Proyectado	MBE
Mujeres que deciden planificar con dispositivo	309	8,5%	8,5 de las mujeres después del parto. Encuesta Nacional de	Observado	Acceso

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.2 Estimaciones de población objeto de la ruta de atención materna perinatal afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Descripción	Población	%	Fuente	Tipo de dato	Demanda
después del parto			demografía y Salud 2015 Cuadro 8.3.1 Uso actual de métodos anticonceptivos: Mujeres		
Días de estancia promedio en UCI neonatal	3		Estancia promedio 5 últimos años en las UCI neonatal de Ibagué	Observado	Efectiva
Días de estancia promedio en UCI obstétrica	11		Estancia promedio 5 últimos años en las UCI neonatal de Ibagué	Observado	Efectiva

Fuente: Elaboración propia

9.1.3 Demanda por percepción de enfermedad

Inicialmente se realizó el cálculo de las mujeres con intención reproductiva teniendo en cuenta la ENDS 2015, en la cual se registra que el 10,9% de las mujeres en edad fértil tienen intención reproductiva. Igualmente un 8% de las adolescentes tienen intención reproductiva. También un 9,4% de las mujeres con intención reproductiva no logra quedar en embarazo, denotando el indicador de infertilidad.

9.1.4 Demanda de acceso a salud

Mujeres que planifican con dispositivo sea DIU o implante un 8,5% según ENDS 2015; 9,6% de los embarazos terminan en aborto, y de estos 1,1% por interrupción voluntaria del embarazo IVE. El 1,3% son embarazos extrauterinos y el 6,8% pérdida espontánea. Luego del parto el 8,5% de las mujeres planifican con dispositivo.

9.1.5 Demanda efectiva en salud

El MSPS (2013) estima que el número de gestantes en un año, corresponde a un 26% adicional al número de nacimientos, por lo cual se estiman 3632 mujeres embarazadas, en el régimen subsidiado, de las cuales 1332 son madres adolescentes. Se proyectan 1247 nacimientos menores de 37 semanas que corresponden al 17,3% de los nacimientos del municipio. Se atienden 2361 partos vaginales, 1271 por cesárea y se produjeron 540 nacimientos de bajo peso al nacer, (menores de 2.500 gr.), y 216 neonatos requirieron manejo en UCI.

9.1.6 Demanda observada por medicina basada en la evidencia MBE en salud

Se calcula una mortalidad neonatal de 24 recién nacidos, 58 mujeres que requieren manejo en UCI materna, 908 embarazos de alto riesgo, de los cuales 171 requieren manejo para sepsis, 154 hemorragia postparto vaginal o por cesárea, y 254 embarazadas que necesitan manejo por trastornos hipertensivos.

9.1.7 Proyección de la demanda para la Ruta de Atención Materno perinatal.

Con las cifras de población contenidas en la tabla 9.2, se proyecta la demanda de servicios de salud de acuerdo con las intervenciones, procedimientos, propósito y cantidad de las mismas, definidas en la RIAS Materno Perinatal, estableciendo en la tabla 9.3 la frecuencia o porcentaje de uso sobre la población total.

Tabla 9.3 Proyección de la demanda para cada una de las intervenciones o procedimientos de la ruta materno perinatal

Intervención o procedimiento	Propósito	Cantidad Total	Población	Total actividades	% de uso / pob. total
Consulta de medicina General	Mujer en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo	1	5.322	5.322	0,030528
Consulta por psicología	Asesoría adolescentes para postergar su intención reproductiva	3	870	2.611	0,014980
Consulta de medicina General	Consulta preconcepcional	2	5.322	10.643	0,061055
Retiro de dispositivo	Preparación para la concepción	1	452	452	0,002595
Antígeno superficie hepatitis B	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Citología cérvicovaginal	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Frotis de secreción vaginal	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Glucosa en suero	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Hemoclasificación	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Hemograma	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Hemoparásitos (en zonas endémicas) (VER RUTA DE ETV)	Exámenes de laboratorio iniciales	0	5.322	-	-

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.3 Proyección de la demanda para cada una de las intervenciones o procedimientos de la ruta materno perinatal

Intervención o procedimiento	Propósito	Cantidad Total	Población	Total actividades	% de uso / pob. total
IgG G toxoplasma	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
IgG G rubeola	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
IgG G varicela	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Serología (RPR)	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
VIH	Exámenes de laboratorio iniciales	1	5.322	5.322	0,030528
Consulta de medicina General	Control de seguimiento en caso de no quedar en embarazo	2	500	1.000	0,005739
Prueba de embarazo (cualitativa, cuantitativa, prueba rápida de acuerdo al contexto y acceso a tecnología) a las mujeres en las cuales se sospeche embarazo.	Confirmar el embarazo	2	500	1.000	0,005739
Consulta de medicina General	Primer control prenatal antes de la semana 10	1	3.632	3.632	0,020833
Ecografía Obstétrica	entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días	1	3.632	3.632	0,020833
Hemograma completo	Exámenes de laboratorio de control	1	3.632	3.632	0,020833
Urocultivo y antibiograma	Idealmente antes de la semana 16 de gestación o cuando la paciente ingrese al control prenatal. Tamización de bacteriuria asintomática	1	3.632	3.632	0,020833
Prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación	Rutinariamente antes de la semana 16 de gestación, para detección de VIH	1	3.632	3.632	0,020833
Tamización para rubéola	Rutinariamente antes de la semana 16 de gestación, para detección de riesgos	1	3.632	3.632	0,020833
Tamización para sífilis	Desde la inscripción al control prenatal para detección de riesgos	1	3.632	3.632	0,020833

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.3 Proyección de la demanda para cada una de las intervenciones o procedimientos de la ruta materno perinatal

Intervención o procedimiento	Propósito	Cantidad Total	Población	Total actividades	% de uso / pob. total
Atención integral de la adolescente gestante	Realizar atención integral e indagar si el embarazo es deseado	1	500	500	0,002870
Consulta de medicina General	Acompañamiento en la decisión de IVE	1	40	40	0,000229
Consulta por psicología	Acompañamiento en la decisión de IVE	1	40	40	0,000229
Consulta de Ginecoobstetricia	Acompañamiento en la decisión de IVE y programación del procedimiento	1	40	40	0,000229
Legrado	IVE	1	40	40	0,000229
Consulta de medicina general	Control del embarazo	5	3.632	18.159	0,104167
Consulta de Ginecoobstetricia	Control del Embarazo	2	2.724	5.448	0,031250
Valoración por nutrición	Educación sobre alimentación saludable	2	3.632	7.264	0,041667
Consulta por odontología	Asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y definir un plan de manejo.	2	3.632	5.448	0,031250
Consulta de Ginecoobstetricia	Embarazadas con riesgo obstétrico identificado	4	908	3.632	0,020833
Sesiones - Curso de preparación para la maternidad	Educar sobre signos de alarma, parto, lactancia, puericultura	6	3.632	21.791	0,125001
Ecografía de detalle	Por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.	1	3.632	3.632	0,020833
tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB)	Durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal. Exámenes de laboratorio de control	1	3.632	3.632	0,020833
hemograma completo	En la semana 28 Exámenes de laboratorio de control	1	3.632	3.632	0,020833
Prueba de Tolerancia Oral a la glucosa (PTOG)	Con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación. Exámenes de laboratorio de control	1	3.632	3.632	0,020833

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 9.3 Proyección de la demanda para cada una de las intervenciones o procedimientos de la ruta materno perinatal

Intervención o procedimiento	Propósito	Cantidad Total	Población	Total actividades	% de uso / pob. total
Prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación	Para detección de VIH en el tercer trimestre. Exámenes de laboratorio de control	1	3.632	3.632	0,020833
Tamización de rutina para la sífilis, prueba serológica	Segundo y tercer trimestre	2	3.632	7.264	0,041667
Legrado Obstétrico	En caso de aborto espontáneo	1	307	307	0,001764
Parto pretérmino	Manejo intrahospitalario	1,5	1.247	1.871	0,010730
Amenaza de parto pretérmino	Manejo intrahospitalario y/o ambulatorio	1,5	497	746	0,004281
Analgesia Intraparto	Manejo Intrahospitalario	1	2.361	2.361	0,013542
Atención del parto vaginal	Manejo Intrahospitalario	1	2.361	2.361	0,013542
Atención del parto por cesárea	Manejo Intrahospitalario	2	1.271	2.542	0,014583
Adaptación Neonatal	Manejo Intrahospitalario	1	3.632	3.632	0,020833
Manejo en UCI Neonato	Manejo Intrahospitalario	11	216	2.378	0,013641
Manejo en UCI Materna	Manejo Intrahospitalario	3	58	173	0,000992
Consulta por psicología	Consejería en caso de muerte materna o Neonatal	3	24	73	0,000420
Hospitalización en alojamiento conjunto del binomio	Manejo Intrahospitalario	1	3.632	3.632	0,020833
Consulta de medicina General	Control de pos parto	1	3.632	3.632	0,020833
Manejo de sepsis de origen obstétrico	Atención de las complicaciones obstétricas	1	171	171	0,000980
Manejo de hemorragia pos parto	Atención de las complicaciones obstétricas	1	83	83	0,000474
Manejo de trastornos hipertensivos	Atención de las complicaciones obstétricas	1	254	254	0,001458
Consulta de medicina General	Asesoría anticoncepción	1	309	309	0,001771
Consulta de enfermería	Asesoría en cuidados del recién nacido y lactancia materna	1	3.632	3.632	0,020833

Fuente: Elaboración propia

10 ANÁLISIS DE SUFICIENCIA DE LA RED DE SERVICIOS

Profundizando en el análisis de oferta de servicios de salud para la ruta materno perinatal, se elaboró un formulario de ampliación de información o detalle de la capacidad instalada y/o de la oferta de servicios, el cual fue diligenciado por las dos ESESs del municipio de Ibagué, ver anexo 3. Con dicha información se construyó la tabla 10.1, la cual presenta en forma detallada la oferta de servicios indicando el número de actividades que ofrece cada IPS al mes, o el horario de atención para servicios como laboratorio e imagenología y las camas o salas disponibles por tipo de servicio. Igualmente se indica frente a cada servicio el número de sedes en las que se encuentra disponible cada uno de ellos.

Tabla 10.1 Detalle de la oferta de servicios de la ruta de atención materno perinatal, en las E.S.E. Del municipio de Ibagué, por grupo de servicios y número de sedes en las que se presta el servicio

Grupo	Servicio/Detalle capacidad	Capacidad			Número de sedes de prestación		
		HFLLA	USI	Total	HFLLA	USI	Total
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706-Laboratorio Clínico						
	Horario de Atención	24 h/día	176 h/mes		1	2	3
	712-Toma De Muestras de Laboratorio Clínico						
	Horario de Atención	24 h/día	842 h/mes		1	11	12
	713-Transfusión Sanguínea						
	Horario de Atención	24 h/día			1		1
	714-Servicio Farmacéutico						
	Horario de Atención	24 h/día	176 h/mes		1	1	2
	718-Laboratorio de Patología						
	Horario de Atención	233 h/mes			1		1
	719-Ultrasonido						
	Horario de Atención		160 h/mes			3	3
Horario de Atención - Obstetricia	24 h/día			1		1	
Consulta Externa	301-Anestesia						
	No. De consultas disponibles al mes	120		120	1		1
	306-Cirugía Pediátrica						
	No. De consultas disponibles al mes	16		16	1		1
	312-Enfermería						
	No. De consultas disponibles al mes	Canguro	8.280	8.280	1	23	24
	320-Ginecobstetricia						
	No. De consultas disponibles al mes	Ginecología			1		1
325-Medicina Familiar							
No. De consultas disponibles al mes		MIAS			2	2	

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 10.1 Detalle de la oferta de servicios de la ruta de atención materno perinatal, en las E.S.E. Del municipio de Ibagué, por grupo de servicios y número de sedes en las que se presta el servicio

Grupo	Servicio/Detalle capacidad	Capacidad			Número de sedes de prestación		
		HFLLA	USI	Total	HFLLA	USI	Total
	328-Medicina General						
	No. De consultas disponibles al mes		21.708	21.708		36	36
	333-Nutrición Y Dietética						
	No. De consultas disponibles al mes	56		56	1		1
	334-Odontología General						
	No. De consultas disponibles al mes		8.520	8.520		36	36
	344-Psicología						
	No. De consultas disponibles al mes	90		90	1		1
	345-Psiquiatría						
No. De consultas disponibles al mes	48		48	1		1	
Protección Específica y Detección Temprana	907-Protección Específica - Atención Del Parto						
	No. De consultas disponibles al mes		1.440	1.440		1	1
	908-Protección Específica - Atención Al Recién Nacido						
	No. De consultas disponibles al mes		1.440	1.440		1	1
	911-Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo						
	No. De consultas disponibles al mes		N/A			36	36
	916-Protección Específica - Vacunación						
	Horario de Atención		N/A			36	36
	917-Protección Específica - Atención Preventiva En Salud Bucal						
	No. De consultas disponibles al mes		N/A			36	36
	918-Protección Específica - Atención En Planificación Familiar Hombres Y Mujeres						
	No. De consultas disponibles al mes		N/A			35	35
Quirúrgicos	204-Cirugía Ginecológica						
	Horas de cirugía - especialidad disponibles al mes	720		720	1		1
	212-Cirugía Pediátrica						
	Horas de cirugía - especialidad disponibles al mes	24		24	1		1
Urgencias	501-Servicio De Urgencias						
	Numero de Camillas de Observación	48	17	65	1	3	4
	Numero de Consultorios de Urgencias	2	5	7	1	2	3
Ambulancias	Básica	2	1	3	2	1	3
	Medicalizada	2		2	2		2

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 10.1 Detalle de la oferta de servicios de la ruta de atención materno perinatal, en las E.S.E. Del municipio de Ibagué, por grupo de servicios y número de sedes en las que se presta el servicio

Grupo	Servicio/Detalle capacidad	Capacidad			Número de sedes de prestación		
		HFLLA	USI	Total	HFLLA	USI	Total
Camas	Cuidado básico neonatal	13		13	1		1
	Cuidado Intensivo Adulto	43		43	1		1
	Cuidado Intensivo Neonatal	7		7	1		1
	Cuidado Intensivo Pediátrico	8		8	1		1
	Cuidado Intermedio Adulto	8		8	1		1
	Cuidado Intermedio Neonatal	10		10	1		1
	Obstetricia	16	2	18	1	1	2
	Pediátrica	25	11	36	1	2	3
Psiquiatría	17		17	1		1	
Salas	Partos	2	1	3	1	1	2
	Procedimientos		1	1		1	1
	Quirófano	6		6	1		1

Fuente: REPS recuperado abril 2018 e información primaria recolectada en las ESEs

Para determinar la suficiencia se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

La demanda de servicios se calcula con base en la información de la tabla 9.3 proyección de la demanda para cada una de las intervenciones o procedimientos de la ruta materno perinatal, tabla, clasificándola de acuerdo al componente primario o complementario de la ruta.

Esta demanda se desagregó en servicios que requieren internación tablas 10.2 y 10.3, servicios ambulatorios o de apoyo tabla 10.4y servicios que requieren salas especiales tabla 10.5. La demanda se compara con la capacidad instalada y ofertada por las ESEs estableciendo la suficiencia o el déficit para cada tipo de servicio.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 10.2 Demanda de servicios que requieren internación para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el Municipio de Ibagué para los componentes primario y complementario versus la oferta de camas disponible.

Grupo/Actividad	Demanda Componente Complementario			Demanda Componente Primario			Oferta en número de camas		
	Prestador Complementario	Días de estancia por caso	Total días de estancia proyectada	Prestador Primario	Días de estancia por caso	Total días de estancia proyectada	SERVICIO REPS	Prestador Complementario	Prestador Primario
Amenaza de parto pretérmino	995	1,5	1.493				Obstetricia	16	
Hospitalización en alojamiento conjunto del binomio pos cesárea	1.271	2,0	2.542				Obstetricia	16	
Manejo de hemorragia pos parto	83	2,5	207				Obstetricia	16	
Manejo de sepsis de origen obstétrico	171	7,0	1.196				Obstetricia	16	
Manejo de trastornos hipertensivos	254	2,5	636				Obstetricia	16	
Manejo en UCI Materna	173	3,0	519				Cuidado Intensivo Materno	0	
Manejo en UCI Neonato	212	11,0	2.332				Cuidado Intensivo Neonatal	17	
Hospitalización en alojamiento conjunto del binomio pos parto				2.361	1,0	2.361	Obstetricia		2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.3 Análisis de suficiencia de camas para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Grupo/Actividad	Componente complementario				Componente primario			
	Capacidad días estancia	Demanda días estancia	Suficiencia días estancia	Déficit Camas 365 días/cama	Capacidad días estancia	Demanda días estancia	Suficiencia días estancia	Déficit Camas 365 días/cama
Amenaza de parto pretérmino	5.840	6.073	-233	1 cama				
Hospitalización en alojamiento conjunto del binomio pos cesárea								
Manejo de hemorragia pos parto								
Manejo de sepsis de origen obstétrico								
Manejo de trastornos hipertensivos		519	-519	2 camas				
Manejo en UCI Materna								
Manejo en UCI Neonato	6.205	2.332	3.873					
Hospitalización en alojamiento conjunto del binomio pos parto					730	2.361	-1.631	4

Fuente: Elaboración propia

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 10.4 Análisis de suficiencia de servicios ambulatorios y/o de apoyo para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Grupo/Actividad	SERVICIO REPS	Prestador Complementario			Prestador Primario		
		Capacidad horas o eventos mes	Demanda mes	Suficiencia	Capacidad horas o eventos mes	Demanda	Suficiencia
Consulta externa							
Consulta de enfermería	312-Enfermería				8.280	303	7.977
Consulta de Gineco obstetricia	320-Ginecobstetricia		303	-303		457	-457
Consulta de medicina General	328-Medicina General				21.708	3.561	18.147
Consulta por odontología	334-Odontología General				8.520	454	8.066
Consulta por psicología	344-Psicología	90	0	90		227	-227
Valoración por nutrición	333-Nutrición Y Dietética	48	0	48		605	-605
Laboratorio	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	8.291	
Antígeno superficie hepatitis B	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Frotis de secreción vaginal	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Glucosa en suero	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Hemoclasificación	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Hemograma	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Hemograma completo	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	605	
IgG G rubeola	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
IgG G toxoplasma	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
IgG G varicela	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Prueba de embarazo	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	83	
Prueba de Tolerancia Oral a la glucosa (PTOG)	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	303	
Prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	605	
Serología (RPR)	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB)	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	303	
Tamización de rutina para la sífilis, prueba serológica	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	605	

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 10.4 Análisis de suficiencia de servicios ambulatorios y/o de apoyo para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Grupo/Actividad	SERVICIO REPS	Prestador Complementario			Prestador Primario		
		Capacidad horas o eventos mes	Demanda mes	Suficiencia	Capacidad horas o eventos mes	Demanda	Suficiencia
Tamización para rubéola	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	303	
Tamización para sífilis	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	303	
Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Urocultivo y antibiograma	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	303	
VIH	706-Laboratorio Clínico	24 h/día			176 h/mes	443	
Protección específica detección temprana							
Atención integral de la adolescente gestante	Nd				0	42	-42
Citología cérvicovaginal	717-Laboratorio De Citologías Cervico Uterinas				0	443	-443
Sesiones - Curso de preparación para la maternidad	Nd				0	1.816	-1.816
Ultrasonido							
Ecografía de detalle	719-Ultrasonido	360	303	57			
Ecografía Obstetricia	719-Ultrasonido				5.760	303	5.457

Fuente: Elaboración propia

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 10.5 Análisis de suficiencia de servicios que requieren salas especiales para la atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué

Grupo/Actividad	SERVICIO REPS	Prestador Complementario				Prestador Primario			
		Capacidad salas	Capacidad eventos	Demanda	Suficiencia	Capacidad Salas	Capacidad eventos	Demanda	Suficiencia
Adaptación Neonatal	Quirófano - partos	3	8.640	1.271	7.369	1	2.880	2.361	519
Atención del parto vaginal	Partos	2	5.760	0	5.760	1	2.880	2.361	519
Atención del parto por cesárea	Quirófano	1	2.880	1.271	1.609				
Legrado	Quirófano - Procedimientos	6	17.280	430	16.850	1		40	-40
Legrado Obstétrico	Quirófano								
Manejo de hemorragia pos parto	Quirófano								
Retiro de dispositivo	Procedimientos					1	1.920	452	1.468

Fuente: Elaboración propia

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

A nivel de camas hospitalarias, se observa que en el componente primario se tiene disponibilidad de 2 camas de obstetricia, lo cual es insuficiente para la atención de los 2.361 partos vaginales que se proyectan para las mujeres embarazadas pertenecientes al régimen subsidiado del municipio de Ibagué; se estima que el déficit de camas en el prestador primario es de 4 camas.

En el componente complementario se observa suficiencia en las camas de cuidado intensivo neonatal (17 camas) y ausencia de UCI maternas; las maternas que requieren este tipo de cuidado son atendidas en la Unidad de Cuidado Intensivo adulto, donde no hay ginecólogo y dicha especialidad actúa como interconsultante; se estima un déficit de dos (2) camas de UCI materna. En cuanto a las camas de obstetricia (16 camas) se observa un déficit de 1 cama.

En los servicios ambulatorios encontramos los siguientes resultados: El prestador primario tiene déficit en los servicios de consulta externa de ginecoobstetricia en 457 consultas mensuales porque no tiene habilitado el servicio; en el prestador complementario se tiene capacidad de 303 consultas pero no obstétricas, sino ginecológicas; una situación similar se presenta con las consultas del psicología y nutrición que pertenecen al componente primario y no están habilitadas en la Unidad de Salud de Ibagué, generando un déficit de 227 y 605 consultas mensuales respectivamente.

Las consultas de enfermería, medicina general y odontología son suficientes para la demanda de la ruta materno perinatal. En cuanto a las actividades de protección específica y detección temprana, el prestador primario no tiene los servicios de atención integral a la adolescente gestante, citologías cérvicovaginal y curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Los servicios de ultrasonido presentan suficiencia tanto en el prestador primario como en el complementario. Los servicios de laboratorio clínico cuentan con una red apropiada para toma de muestras y procesamiento de exámenes.

Por último, se encuentra suficiencia en las salas de partos, quirófanos para cesáreas y complicaciones del embarazo y para el procedimiento de retiro y colocación de dispositivo intrauterino. El único déficit en salas de procedimientos se registra en el prestador primario para la realización de legrados.

En conclusión la oferta de servicios en el componente primario debe ser complementada en la capacidad del servicio de hospitalización obstétrica y se deben habilitar servicios de consulta externa de ginecoobstetricia, psicología y nutrición; actividades de protección específica y

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

detección temprana como servicios de atención integral a la adolescente gestante, citologías cérvicovaginal y curso de preparación para la maternidad; y habilitar la sala para legrados. El prestador complementario por su parte, presenta suficiencia en todos los servicios, a excepción de la hospitalización de obstetricia que presenta déficit de una cama y 2 camas de UCI materna.

11 ESTIMACIÓN DEL COSTO DE LA RUTA MATERNO PERINATAL

Para estimar el costo de la ruta materno perinatal se empleó la metodología definida en el manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud denominada “costeo por factura emitida”, lo anterior debido a que el costo de los eventos para las EAPB, corresponde al valor de los eventos facturados por la Red Integral de Atención, que para el caso de la investigación corresponde a las IPS públicas del municipio de Ibagué. Para el cálculo de los costos se tomó como base el manual tarifario SOAT, aclarando que actualmente la contratación de las ESEs con las EPSs-S predomina en una tarifa promedio de SOAT vigente menos el 20%. A partir de este costo las partes interesadas podrán definir otras modalidades de contratación como pago global prospectivo y/o grupos relacionados por diagnósticos.

A continuación se presenta la tabla 11.1 de resultados:

Tabla 11.1 Costo por factura emitida de las actividades de la ruta de atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué.

PROCEDIMIENTOS						
CUPS	Intervención o procedimiento	Propósito	Total actividades	Valor unitario SDLV	Valor Unitario en pesos	Valor Total
890201	Consulta de medicina General	Mujer en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo	5.322	1,2	31.250	166.301.641
890208	Consulta por psicología	Asesoría adolescentes para postergar su intención reproductiva	2.611	0,82	21.354	55.764.554
890201	Consulta de medicina General	Consulta preconcepcional	10.643	1,2	31.250	332.603.282
977100	Retiro de dispositivo	Preparación para la concepción	452	3,57	92.968	42.053.527
906220	Antígeno superficie hepatitis B	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	3,61	94.009	500.290.769
892901	Citología cérvicovaginal	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	2,1	54.687	291.027.871
901304	Frotis de secreción vaginal	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	1,78	46.354	246.680.767
903841	Glucosa en suero	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	0,5	13.021	69.292.350
911020	Hemoclasificación	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	1,06	27.604	146.899.783

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 11.1 Costo por factura emitida de las actividades de la ruta de atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué.

PROCEDIMIENTOS						
CUPS	Intervención o procedimiento	Propósito	Total actividades	Valor unitario SDLV	Valor Unitario en pesos	Valor Total
902208	Hemograma	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	0,83	21.614	115.025.302
902214	Hemoparásitos (en zonas endémicas) (ver ruta de ETV)	Exámenes de laboratorio iniciales	0	0,43	11.198	0
906127	IgG G toxoplasma	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	3,05	79.426	422.683.337
906241	IgG G rubeola	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	2,74	71.353	379.722.080
906247	IgG G varicela	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	1,58	41.145	218.963.827
906916	Serología (RPR)	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	0,53	13.802	73.449.891
901236	Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	2,19	57.031	303.500.494
906249	VIH	Exámenes de laboratorio iniciales	5.322	2,87	74.739	397.738.091
890201	Consulta de medicina General	Control de seguimiento en caso de no quedar en embarazo	1.000	1,2	31.250	31.264.708
904508	Prueba de embarazo (cualitativa, cuantitativa, prueba rápida de acuerdo al contexto y acceso a tecnología) a las mujeres en las cuales se sospeche embarazo.	Confirmar el embarazo	1.000	1,62	42.187	42.207.356
890201	Consulta de medicina General	Primer control prenatal antes de la semana 10	3.632	1,2	31.250	113.492.393
881431	Ecografía Obstétrica	entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días	3.632	2,63	68.489	248.737.494
902208	Hemograma completo	Exámenes de laboratorio de control	3.632	0,83	21.614	78.498.905

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 11.1 Costo por factura emitida de las actividades de la ruta de atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué.

PROCEDIMIENTOS						
CUPS	Intervención o procedimiento	Propósito	Total actividades	Valor unitario SDLV	Valor Unitario en pesos	Valor Total
901236	Urocultivo y antibiograma	Idealmente antes de la semana 16 de gestación o cuando la paciente ingrese al control prenatal. Tamización de bacteriuria asintomática	3.632	2,19	57.031	207.123.617
906249	Prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación	Rutinariamente antes de la semana 16 de gestación, para detección de VIH	3.632	2,87	74.739	271.435.973
906241	Tamización para rubéola	Rutinariamente antes de la semana 16 de gestación, para detección de riesgos	3.632	2,74	71.353	259.140.964
906916	Tamización para sífilis	Desde la inscripción al control prenatal para detección de riesgos	3.632	0,53	13.802	50.125.807
990101	Atención integral de la adolescente gestante	Realizar atención integral e indagar si el embarazo es deseado	500	0,37	9.635	4.819.976
890201	Consulta de medicina General	Acompañamiento en la decisión de IVE	40	1,2	31.250	1.248.416
890208	Consulta por psicología	Acompañamiento en la decisión de IVE	40	0,82	21.354	853.084
890231	Consulta de Ginecoobstetricia	Acompañamiento en la decisión de IVE y programación del procedimiento	40	1,73	45.052	1.799.800
690101	Legrado	IVE	40	14,35	373.694	14.928.979
890201	Consulta de medicina general	Control del embarazo	18.159	1,2	31.250	567.461.964
890231	Consulta de Ginecoobstetricia	Control del Embarazo	5.448	1,73	45.052	245.427.299
8090206	Valoración por nutrición	Educación sobre alimentación saludable	7.264	0,87	22.656	164.563.970
890303	Consulta por odontología	Asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y definir un plan de manejo.	5.448	1,2	31.250	226.984.786

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 11.1 Costo por factura emitida de las actividades de la ruta de atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué.

PROCEDIMIENTOS						
CUPS	Intervención o procedimiento	Propósito	Total actividades	Valor unitario SDLV	Valor Unitario en pesos	Valor Total
890231	Consulta de Ginecoobstetricia	Embarazadas con riesgo obstétrico identificado	3.632	1,73	45.052	163.618.200
933700	Sesiones - Curso de preparación para la maternidad	Educación sobre signos de alarma, parto, lactancia, puericultura	21.791	1,2	31.250	680.954.357
F881436	Ecografía de detalle	Por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.	3.632	9,6	249.997	907.939.143
901218	tamización de rutina para Estreptococo del Grupo B (EGB)	Durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal. Exámenes de laboratorio de control	3.632	1,96	51.041	185.370.908
902208	hemograma completo	En la semana 28 Exámenes de laboratorio de control	3.632	0,83	21.614	78.498.905
903844	Prueba de Tolerancia Oral a la glucosa (PTOG)	Con 75 gramos (g) de glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación. Exámenes de laboratorio de control	3.632	2,3	59.895	217.527.086
906249	Prueba rápida o ELISA convencional de tercera generación	Para detección de VIH en el tercer trimestre. Exámenes de laboratorio de control	3.632	2,87	74.739	271.435.973
906916	Tamización de rutina para la sífilis, prueba serológica	Segundo y tercer trimestre	7.264	0,53	13.802	100.251.614
690101	Legrado Obstétrico	En caso de aborto espontáneo	307	19,29	502.339	154.445.732
735300	Parto pretérmino	Manejo intrahospitalario	1.871	25,95	675.774	1.264.035.884
	Amenaza de parto pretérmino	Manejo intrahospitalario y/o ambulatorio	746	25,44	662.493	494.383.672

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 11.1 Costo por factura emitida de las actividades de la ruta de atención materno perinatal de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué.

PROCEDIMIENTOS						
CUPS	Intervención o procedimiento	Propósito	Total actividades	Valor unitario SDLV	Valor Unitario en pesos	Valor Total
C40107	Analgesia Intraparto	Manejo Intrahospitalario	2.361	11,6	302.080	713.110.535
735300	Atención del parto vaginal	Manejo Intrahospitalario	2.361	25,95	675.774	1.595.277.447
740100	Atención del parto por cesárea	Manejo Intrahospitalario	2.542	47,78	1.244.258	3.163.222.142
F8902151	Adaptación Neonatal	Manejo Intrahospitalario	3.632	2,04	53.124	192.937.068
S12101	Manejo en UCI Neonato	Manejo Intrahospitalario	2.378	49,71	1.294.518	3.078.312.268
S12103	Manejo en UCI Materna	Manejo Intrahospitalario	173	49,71	1.294.518	223.877.256
890208	Consulta por psicología	Consejería en caso de muerte materna o Neonatal	73	0,82	21.354	1.563.471
S11302	Hospitalización en alojamiento conjunto del binomio	Manejo Intrahospitalario	3.632	11,03	287.237	1.043.184.244
890201	Consulta de medicina General	Control de pos parto	3.632	1,2	31.250	113.492.393
	Manejo de sepsis de origen obstétrico	Atención de las complicaciones obstétricas	171	74,79	1.947.636	332.813.066
	Manejo de hemorragia pos parto	Atención de las complicaciones obstétricas	83	49,5	1.289.049	106.505.517
	Manejo de trastornos hipertensivos	Atención de las complicaciones obstétricas	254	25,44	662.493	168.422.711
890201	Consulta de medicina General	Asesoría anticoncepción	309	1,2	31.250	9.646.853
890605	Consulta de enfermería	Asesoría en cuidados del recién nacido y lactancia materna	3.632	1	26.041	94.576.994
TOTAL						21.647.516.497

Fuente: Elaboración propia

El resultado del costo proyectado nos permite concluir que garantizar todas las actividades, intervenciones y/o procedimientos descritas en la ruta de atención materno perinatal a tarifa SOAT vigente, a los beneficiarios del régimen subsidiado en el municipio de Ibagué, tendría un costo para las EPSs-S de \$21.647.516.497.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Dicho costo tiene las siguientes equivalencias al compararlo con la UPC-S de todas los afiliados y de las mujeres en edad fértil y menores de un año, para lo cual en el primer caso se compara con la UPC-S promedio por el total de afiliados y en el segundo caso con la UPC-S diferencial por grupo poblacional (tabla 11.2).

Tabla 11.2 Relación entre el costo de la ruta de atención materno perinatal y el ingreso anual por UPC-S general y diferencial por grupo poblacional

	UPC-S 2018	Afiliados	Total UPC-S	Costo ruta Tarifa SOAT	% Costo/UPC-S
Población General	719.690	174.325	125.460.028.980	21.647.516.497	17%
Mujeres 15-18	443.693	10.881	4.827.821.357		
Mujeres 19-44	926.942	37.942	35.170.048.541		
UPC-S mujeres en edad fértil			39.997.869.898	18.376.267.161	46%
Menores de un año	2.626.322	3.632	9.538.261.304	3.271.249.336	34%

Fuente: UPC-S Resolución 5268 de 2017 - Elaboración propia

El costo de la ruta frente a la UPC-S promedio es del 17%. Frente a la UPC-S diferencial de las mujeres en edad fértil es del 46% y frente a la UPC-S diferencial de menores de un año del 34%.

Como se mencionó anteriormente la ruta se costeo a tarifa SOAT, pero a nivel local la contratación de las ESEs con la EPSs-S se realiza a SOAT-20%, con esta modificación en la tarifa, el costo de la ruta frente a la UPC-S promedio es del 14%. Frente a la UPC-S diferencial de las mujeres en edad fértil es del 35% y frente a la UPC-S diferencial de los menores de un año el del 27%.

El costo de las actividades, intervenciones y/o procedimientos está distribuido de acuerdo al responsable sectorial en la siguiente forma: Los servicios que corresponden al componente primario representan el 55,4% del costo total proyectado y los servicios del componente complementario representan el 44,6%.

La implementación de la ruta de atención materno perinatal tiene un costo de 345 pesos diarios frente a la población total de afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué, lo cual representa el 17,3% de la UPC-S, \$1.046 diarios distribuyendo el costo específico en las mujeres en edad fértil, lo que representa el 45,9% de su UPC-S y \$2.502 pesos diarios por cada menor de un año, lo que representa el 34,3% de su UPC-S.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Tabla 11.3 Costo día de la ruta de atención materno perinatal frente a la UPC-S general y diferencial por grupo poblacional para el municipio de Ibagué.

	Afiliados	UPC-S 2018	Costo RAMP por afiliado año	% Costo RAMP /UPC-S	Costo día
Población General	174.325	719.690	124.179	17,3%	345
UPC-S mujeres en edad fértil	48.823	819.242	376.385	45,9%	1.046
Menores de un año	3.632	2.626.322	900.725	34,3%	2.502

Fuente: UPC-S Resolución 5268 de 2017 - Elaboración propia

12 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

La investigación se centra en la ruta de atención materno perinatal, por la importancia sanitaria que tiene la morbi-mortalidad de las gestantes y los recién nacidos, importancia que se evidencia en los objetivos de desarrollo del milenio y de desarrollo sostenible, en el Plan Nacional, Departamental y Municipal de desarrollo, priorizada por el MSPS en la Resolución 3202 del 25 de julio de 2016.

Se propone conformar la red para la implementación de la ruta con: La ETs del municipio de Ibagué y del departamento del Tolima, las dos ESEs que operan en el municipio, de baja, mediana y alta complejidad y todas las EPSs-S con presencia en el municipio de Ibagué. No se contemplan las IPS privadas, ni las EPSs del régimen contributivo, debido a que el mercado está segmentado en forma natural de esta manera.

Se aborda el componente asistencial dejando de lado las atenciones intersectoriales y las acciones del plan de intervenciones colectivas (PIC).

No se analizó el costo de medicamentos para tratamiento ambulatorio, ni de los dispositivos médicos como el dispositivo intrauterino.

13 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La presente investigación cumplirá con los lineamientos descritos en las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, establecidas en la Resolución No. 008430 (MSPS, 1993), en especial con lo descrito en el Artículo 5: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar y en el inciso e del Artículo 6: Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones dispuestas en la presente resolución; para el casos de la presente investigación de los representantes legales de las ETs, EPSs-S y ESEs.

De acuerdo con la clasificación establecida en el Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993, se trata de una investigación “sin riesgo” al utilizar técnicas y métodos de tipo documental, descriptivo.

En cuanto al consentimiento informado, se tendrá presente la justificación y objetivos de la investigación, el tratamiento que se dará a la información recolectada, los riesgos esperados y los beneficios que puede obtenerse por la investigación. La posibilidad de retiro voluntario en cualquier momento, confidencialidad y la retroalimentación de los resultados de la investigación. (Ver Anexo 5)

En cuanto a los lineamientos del capítulo cuarto de la resolución 8430 relacionados con la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, óbitos y fetos y de la fertilización artificial; por tratarse de una investigación que toma datos indirectos no aplica ninguna de estas condiciones.

Conflicto de interés: La Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964) estipula, en investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses. El investigador nunca debe anteponer sus intereses financieros por sobre el bienestar de las personas.

Aunque dos de los investigadores laboramos en las ESEs del municipio de Ibagué y uno en la Dirección departamental de Salud, no se presentan conflictos de intereses de tipo económico o de otro tipo.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Uso exclusivo de la información para la investigación: La confidencialidad y conflicto de interés está soportada en los siguientes compromisos: Los investigadores y participantes no utilizarán la información para beneficio personal o de terceros. Esta información se clasificará como privilegiada. No podrá divulgar, revelar o suministrar la información a ninguna persona natural o jurídica que no tenga una relación directa con la investigación, además deberá usar la información de manera adecuada durante la investigación. Mantener de manera confidencial la información y protegerla para evitar su divulgación. No suministrar información indebidamente, mantener en secreto o reserva la información pública clasificada e información pública reservada.

Tratamiento de datos - Habeas Data: En cuanto al tratamiento de datos personales se aplicarán los lineamientos de la Ley 1581 de 2012 “Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales” especialmente lo relacionado en el título VI de los “Deberes de los responsables del tratamiento y encargados del tratamiento”.

Presentación de resultados a las entidades involucradas: Los resultados de la investigación serán socializados con las entidades participantes, dirección local y departamental de Salud, ESE, y EAPB del régimen subsidiado que operan en Ibagué.

14 SESGOS Y RESULTADOS ESPERADOS

“Los sesgos son el mayor enemigo del investigador clínico, y hay que tener meridianamente claro que pueden aparecer en cualquier momento del curso de la investigación. Hay que tener en cuenta que en cualquier estudio se cometen sesgos, nuestra actitud ante ellos debe ser la de evitar aquellos que realmente pueden evitarse y conocer los que son inevitables. La finalidad de conocerlos es, en un sentido amplio, poder determinar si influyen por exceso o por defecto en los resultados, y más concretamente tenerlos en cuenta a la hora de interpretarlos” (Hernández Ávila, et al.) citado por (Manterola, C. y Otzen, T. 2015).

Se pueden presentar sesgos debido a:

- Las variables a estudio en el momento de registrar, medir y clasificar.
- A partir del observador: Por lo tanto se debe homogeneizar la forma de observar y analizar la información.
- A partir del instrumento de medición: Errores de datos innecesarios o inadecuados en el cuestionario. Multiplicidad de parámetros en las bases de datos y hojas de excel que suministran las diferentes entidades a estudio, especialmente las ESEs y EPSs-S.
- También se puede presentar que la información secundaria se presenta en forma incompleta o no sea suministrada en su totalidad por la población a investigar o en los estudios utilizados de MBE.

15 IMPACTOS RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO

Se espera que los resultados determinen una estrategia para guiar la implementación de todas las rutas integrales de atención en el municipio de Ibagué, aportando conocimiento sobre el proceder articulado e integrado de los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social, adaptando lo definido por los lineamientos dados por el MSPS, además de determinar los ajustes necesarios a la ruta materno perinatal de acuerdo a las características propias de Ibagué, esperando de esta forma impactar en los indicadores de salud materno perinatal del municipio, mejorar la costo eficiencia de la atención y dar integralidad a dicha atención para mejorar el acceso, oportunidad y calidad del servicio para las maternas y neonatos.

Se realizará la socialización de los resultados de la investigación con las Secretarías de Salud del Tolima, Secretaría de Salud de Ibagué, Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E., Unidad de Salud de Ibagué E.S.E., y con las EPSs-S que operan en el municipio de Ibagué.

Los resultados de la presente investigación serán presentados a la dirección prestación de servicios y atención primaria del MSPS, comité editorial de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, al Colegio Médico Colombiano, Asociación de Ginecobstetricia y de Neonatología.

16 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

16.1 Conclusiones

Se observa desconocimiento y falta de implementación de los atributos que conforman las RISS, definidos por la OPS y de los lineamientos para el proceso de conformación organización, gestión, seguimiento y evaluación de las RIPSS del MSPS de Colombia, encontrando fragmentación a nivel de cada uno de los grupos de organizaciones, así como a nivel general donde el conocimiento y enfoque que muestran las EPSs-S, ETs y ESEs evaluadas, demuestran una red fragmentada con avances hacia la integración en los atributos de atención del prestador primario, foco de cuidado, participación social, intersectorialidad y sistemas de información.

En el ámbito de abordaje Modelo Asistencial, en cuanto al prestador primario (primer nivel), aunque actúa como puerta de entrada al sistema tiene muy baja capacidad resolutoria; En el Foco de Cuidado, el modelo de atención está centrado en el individuo, y por ahora no tiene en cuenta la familia y la comunidad; en el ámbito de abordaje gobernanza y estrategia, en el atributo de participación se observan instancias de participación social limitadas y en la intersectorialidad, se presentan avances limitados con otros sectores sociales; en el ámbito de abordaje organización y gestión, en el atributo sistemas de información, se observan múltiples sistemas de información que no se comunican entre sí.

Se puede observar que por entidades dicha red cuenta con desintegración interna de cada entidad, observándose poco desarrollo hacia la integración y gran disparidad en la calificación de los atributos, lo que demuestra que adolecen internamente de una integración, que debilita el desarrollo e incorporación a la red; por su parte los lineamientos nacionales requieren una mayor apropiación y divulgación a nivel local, al igual que seguimiento al desarrollo de la integración de las RIPSS.

Para el cálculo de la demanda para mujeres en edad fértil, se propone una metodología que se aparta de lo recomendado por el MSPS, siendo novedoso el uso de la ruta para el cálculo de la demanda agregada. Dicha metodología nos aproxima fácilmente al cálculo de capacidad instalada y de recursos financieros para atender la ruta en forma específica.

La oferta de servicios del componente complementario en cabeza del Hospital Federico Lleras Acosta es suficiente, tanto en servicios, como en capacidad instalada para atender la ruta materno

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

perinatal de la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de Ibagué a excepción de la hospitalización de obstetricia que presenta déficit de una cama y 2 camas de UCI materna.

La oferta de servicios de salud del componente primario en cabeza de la Unidad de Salud de Ibagué es insuficiente y debe ser complementada en la capacidad del servicio de hospitalización de obstetricia y se deben habilitar los servicios de consulta externa de ginecoobstetricia, psicología y nutrición; actividades de protección específica y detección temprana como servicios de atención integral a la adolescente gestante, citologías cérvicovaginal y curso de preparación para la maternidad y paternidad y la sala para legrados para atender la ruta materno perinatal de la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de Ibagué.

El valor para realizar la totalidad de las actividades, intervenciones y procedimientos de la ruta de atención materno perinatal para los 174.325 afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Ibagué, fue estimado en \$21.648 millones de pesos bajo el esquema de costo factura a tarifa SOAT vigente, lo cual representa un 17% del total de la UPC-S promedio para el año 2018, del 46% de la UPC-S de mujeres en edad fértil y del 34% del valor de la UPC-S de menores de un año, lo cual nos permite concluir que la ruta integral de atención materno perinatal es financiable con los recursos de la UPC-S, puesto que el porcentaje de participación en la UPC-S es bajo y deja margen para la financiación de otras rutas de atención.

16.2 Recomendaciones

Con el objeto de avanzar en la integración de la red, se recomienda intensificar las acciones para el desarrollo de los siguientes atributos por tipo de entidad, según se detalló en los resultados de la encuesta:

Entidades Territoriales

Oferta de servicios: Dimensionar las necesidades de salud de la población, demanda, y realizar el análisis de suficiencia y completitud de la oferta para el Departamento y los Municipios.

Supervisar la atención en salud organizada e implementada por las EPS a través de sus RIPSS.

Atención del prestador complementario: Promover la regulación respecto al acceso a especialistas y al cuidado intrahospitalario.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Coordinación asistencial: Teniendo en cuenta que el primer nivel es la puerta de entrada al sistema es conveniente asignarle la coordinación de la atención asistencial.

Gobernanza: Definir las instancias de gobierno, funciones y responsabilidades, más allá de simples lineamientos, incluyendo los actores más relevantes dentro del sistema.

Gestión de apoyo: Fortalecer la gestión ejecutiva de la red integral de prestación de servicios en el Departamento, mediante la centralización e integración de las funciones de apoyo clínico, compras, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos; gestión y evaluación de tecnologías médicas y sistemas de apoyo logístico tales como el sistema de transporte sanitario y las centrales de regulación de citas médicas.

Recursos humanos: Adoptar y adaptar las políticas nacionales de formación y gestión del recurso humano de acuerdo a las necesidades de las redes.

Sistemas de información: Obtener, procesar y divulgar la información sobre la situación de salud de la población a cargo, estimación de la demanda, utilización de servicios y brechas frente a la oferta. Liderar la integración de la información clínica.

Desempeño y resultados: Definir marco legal sobre el proceso de rendición de cuentas sobre el desempeño de la red y evaluar los resultados de la misma.

Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado

Población y territorio: Con el fin de garantizar el conocimiento de la población, sus necesidades y preferencias por parte de las IPS, se recomienda que las EPS garanticen la transferencia de la caracterización de su población y su análisis de riesgos a la red de prestadores.

Oferta de servicios: Asignar la población de acuerdo a criterios de eficiencia, economías de escala y equidad, soportadas en una red de prestadores de servicios habilitada que brinde condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, oportunidad y resolutivez debidamente contratada.

Atención del prestador primario: Integrar en la ejecución de sus programas los recursos de salud pública con los destinados a servicios individuales.

Atención del prestador complementario: Estimular la formación de médicos familiaristas y medicina interna de acuerdo a las necesidades de la población.

Coordinación asistencial: Las IPS que integren la red deben contar con historia clínica única, y estar en capacidad de proveer servicios de Telemedicina.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Gobernanza: Permitir que los integrantes del órgano directivo conozcan las diferentes unidades operativas del sistema.

Participación social: Promover la participación de la comunidad en la evaluación del desempeño de la red.

Intersectorialidad: Promover y financiar la conformación de equipos de asistencia social

Recursos humanos: Trabajar con las entidades formadoras de recursos humanos que suplan la deficiencia de recursos de la red.

Empresas Sociales del Estado

Población y territorio: Obtener de las EPS y las ET la caracterización de su población a cargo y el análisis de riesgos, para realizar la planeación de la oferta de servicios y desarrollo institucional.

Atención del prestador complementario: La oferta de especialistas debe estar fundamentada en criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, de eficiencia, de economía de escala y de disponibilidad de recursos. Igualmente se requiere contar con especialistas fuera del ambiente hospitalario.

Foco de cuidado: Viabilizar la posibilidad de incorporar al modelo de atención la medicina tradicional y alternativa.

Gobernanza: Concertar metas que involucren la totalidad de la red y permitan el monitoreo y evaluación, así como la planeación estratégica y evaluación del desempeño en forma compartida.

Intersectorialidad: Fomentar la conformación de equipos de asistencia social y la implementación de acciones de salud en el hogar, la comunidad, escuelas y lugares de trabajo.

Gestión de apoyo: Desarrollar sistemas compartidos de apoyo clínico al interior de la red, sistemas de compras y entrega de medicamentos, sistemas de transporte asistencial y compra de equipos.

Recursos humanos: Desarrollar programas de capacitación del personal en forma integrada, que permita flexibilizar la fuerza laboral para ser utilizada en diferentes sitios de atención.

Desempeño y resultados: Promover la creación de incentivos por el buen desempeño en el trabajo en equipo. Igualmente se deben evaluar las lecciones aprendidas e incorporarlas en prácticas clínicas y gestión de la red. Relacionar los procesos de compensación del personal de salud con la evaluación del desempeño.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Financiamiento: Desarrollar incentivos financieros para el cumplimiento de las metas en salud y la generación de valor en los servicios.

Es muy importante que el MSPS provea lineamientos para el seguimiento de la integración de redes con instrumentos como el diseñado en la presente investigación, a fin de disminuir la brecha en cuanto a la integración de las RISS.

Complementar la oferta de servicios para la atención materno perinatal en las ESEs y definir un modelo de atención de la RIPSS para el desarrollo de los componentes primario y complementario de la RAMP, con el fin de incidir favorablemente en los atributos de calidad de la atención materno perinatal en cuanto a la accesibilidad tanto de la población urbana como la población dispersa, integralidad para evitar desplazamientos a otras ciudades y gasto de bolsillo de los usuarios, continuidad, oportunidad y resolutivez para evitar complicaciones e inadecuados desenlaces, a fin de mejorar los resultados en salud, antes, durante y posterior a la atención, contribuyendo al buen vivir del binomio madre hijo.

Igualmente utilizar los mecanismos de participación social disponibles para ejercer un control efectivo al cumplimiento de la ruta de atención materno perinatal.

Desarrollar modelos de contratación por modalidad de Pago Global Prospectivo para la atención integral de la ruta, a partir de las proyecciones de frecuencias de uso calculadas, que a nivel financiero dinamicen el flujo de recursos para las IPS, lo cual es la principal problemática de la red hospitalaria y a nivel asistencial incentive la búsqueda de pacientes, promoviendo el desarrollo integral de la ruta, con el consecuente mejoramiento de los resultados en salud de la población materno perinatal. Debido a que se identificaron poblaciones y/o patologías con requerimientos y condiciones especiales, como embarazos de alto riesgo, gestantes adolescentes, parejas con dificultades para procrear, recién nacidos con prematurez extrema y/o bajo peso, se sugiere el desarrollo de modelos de contratación complementarios como los Grupos Relacionados por Diagnósticos para las poblaciones o patologías antes descritas, las cuales requieren condiciones de atención y costos diferenciales. Estos modelos deben estar acompañados de la evaluación de desempeño, resultados y generación de valor, con la consecuente remuneración o penalización de los mismos.

Ejecutar la RIAS como están diseñadas por el MSPS y/o de acuerdo a las adaptaciones permitidas en el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS.

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Hacer el estudio de integración de las RISS, oferta, demanda, suficiencia y costo de implementación en otros municipios tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado siguiendo la metodología definida en la presente investigación y para el régimen contributivo en el municipio de Ibagué.

Hacer el análisis de oferta, demanda, suficiencia y costo de las otras RIAS definidas por el MSPS, teniendo en cuenta el cruce de las actividades comunes en las rutas para efectos de los costos.

17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía de Ibagué-Secretaría de Salud Municipal (2014). Análisis de suficiencia de red de servicios de obstetricia en la ciudad de Ibagué, enero a octubre de 2014. Recuperado de <https://prezi.com/glq8oqdpqmvh/analisis-de-suficiencia-de-red-de-servicios-de-obstetricia-e/>
- Alcaldía Municipal de Ibagué (2016). Diagnóstico situacional sobre los derechos de la infancia y adolescencia – Municipio de Ibagué. Recuperado de <http://www.ibague.gov.co/portal/admin/archivos/publicaciones/2016/14025-PLA-20160502.pdf>
- Mohsen Asadi-Lari, Chris Packham & David Gray (2003). Need for redefining needs. Division of Cardiovascular Medicine, University Hospital, Nottingham, UK Recuperado de: <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
- Asociación Médica Mundial. (1964). Declaración de Helsinki De La Asociacion Medica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de https://www.bioetica.org.ec/helsinki_1964.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. (Ley 1438 de 2011). DO: 47.957.
- Congreso de Colombia. (17 de Octubre de 2012). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. (Ley Estatutaria 1581 de 2012). DO:48.587.
- Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015). Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. (Ley Estatutaria 1751 de 2015). DO:49.427.
- Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2003; 240 pages; ISBN 0-19-515809-1; price: GBP31.75. Recuperado de http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2003/44/5/29_BookRev.pdf
- Escobar Pérez, J. y Cuervo Martínez, A. (2008). Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una Aproximación a su Utilización, Avances en Medición, (6), pp. 27–36. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Goldman A. (2013) Economía de la Salud. Diap. 18. Recuperado de <https://es.slideshare.net/arielmgoldman/economia-de-la-salud-21110152>

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

- Gómez Gómez, M., Danglot Banck C., Vega Franco L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. Volumen 70, Número. 2. pp. 91-99. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp032i.pdf>
- Instituto de Evaluación Tecnológica - IETS; 2014. Documentos técnicos de apoyo a la construcción del caso de referencia colombiano para la evaluación económica en salud. Recuperado de: <http://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Documentos-tecnicos-espanol.pdf>
- Jervis, DS., Orozco JM. y Alvis N. (2011) Análisis de Suficiencia de La Red Prestadora de Servicios de Bolívar y Cartagena de Indias. Recuperado de http://www.eumed.net/libros-gratis/2011b/976/presentacion_e_introduccion.html
- Manterola, C. y Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. Int. J. Morphol., 33(3):1156-1164. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>
- Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS, 2016). Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
- Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS, 2016). Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias (MSPS, 2013). Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Estimación del número de gestantes en Colombia, Dirección de Epidemiología y Demografía. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/1.2%20Estimaciones%20GestantesNacimientos.pdf>

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2015). Documento técnico sobre los costos de operación e inversiones del MIAS para el departamento de Guainía. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2016). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2016). Análisis de Situación de Salud de Tolima 2016. (Presentación de PowerPoint). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-resumen-tolima-20161006.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de Febrero de 2016). Por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. (Resolución 429 de 2016). DO:49.794

Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de abril de 2016). Estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las redes integrales de prestación de servicios de salud. [Resolución 1441 de 2016]. DO 49.851

Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de Julio de 2016). Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. (Resolución 3202 de 2016). DO:49.947

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014). Procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. [Resolución 2003 de 2014]. DO 49.167

Ministerio de Salud. (4 de Octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (Resolución 008430 de 1993).

National Association of Insurance Commissioners (NAIC, 2015). Model Regulation Service-4 Th Quarter. Recuperado de: <http://www.naic.org/store/free/MDL-74.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Recuperado de

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=35AF3FE12A013F40EEDDA933F4F316A0?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Reducción de la mortalidad en la niñez. (31 de Octubre de 2017). Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307

Robles Garrote, P. y Rojas, M. D. C. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada* (2015) 18. Recuperado de https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf

Temporelli, K. (2009) Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud. *Estudios Económicos*, 26 (53). Recuperado de: http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2525-12952009002200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

United Nations (8 September 2000). Millennium Declaration. (Resolution A/55/L.2) Recuperado de <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>

Vásquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, da Silva MR, Unger JP, de Paepe P. (Eds). *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos.* Bogotá: Universidad del Rosario; 2017. DOI: [dx.doi.org/10.12804/tm9789587388121](https://doi.org/10.12804/tm9789587388121).

World Health Organization (WHO, 2008). *Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1* Recuperado de http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf

18 BIBLIOGRAFÍA:

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2012). Procesos de priorización de salud, Procesos de Priorización Explícita en Salud: un Enfoque Sistémico. División de Protección Social y Salud Notas Técnicas # IDB-TN-407. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7097/Nota-2-Un-enfoque-sistem%C3%A1tico-Serie-de-notas-t%C3%A9cnicas-sobre-procesos-de-priorizaci%C3%B3n-en-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cooper, R. Jhon, A., (2011) Microeconomics: Theory through Applications. Saylor Foundation. Recuperado de: <https://www.saylor.org/site/textbooks/Microeconomics%20-%20Theory%20Through%20Applications.pdf>
- Herrera Beltrán JL, Conde Roa JF, Pinzón Espitia OL. Evaluación de una red integrada de servicios de salud en Colombia. Archivos de medicina. 2017. DOI: 10.3823/1369
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS, 2014) Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud. Recuperado de <http://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Manual%20evaluacio%CC%81n%20econo%CC%81mica%20web%2030%20sep.pdf>
- Londoño J.L, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. 1997. [citado: Octubre 2010.] Disponible en: www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf.
- López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Segredo Pérez A, Ruales Estupiñan JL, Alfaro Cantón G. Herramienta Multidimensional para la medición de la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. Rev. Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015; 41(3): 510-531. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300010 [consulta: julio 2018].
- López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ. Validación de un procedimiento metodológico para evaluar nivel de integración en una red de servicios de salud. Rev. Salud Quintana Roo. [Internet]. 2013; 26: 25-34. Disponible en:

Desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, Ruta de Atención Materno Perinatal, en el Régimen Subsidiado en el municipio de Ibagué, año 2018

<http://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=16> [consulta: julio 2018].

Mohsen Asadi-Lari, Chris Packham and David Gray, 'Need for Redefining Needs.', *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (2003), 34 Recuperado de <<https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-34>>.

Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. Serie de Informes Técnicos, No 861. Ginebra: OMS; 1997.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS] (2007). *Salud en las Américas 2007. Vol. I Regional*. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&alias=22-salud-americas-2007-volumen-i-2&category_slug=ediciones-previas-publicacion-40&Itemid=231&lang=en

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Salud [OPS/OMS] (2013). Las redes de atención de salud*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>

Sbárbaro Romero M. Construcción y validación de una herramienta para evaluar el desempeño de Redes Integradas de Servicios de Salud. *Rev. Urug. Enferm.* [Internet] 2016; 11(1): 83-107. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/185> [consulta: julio 2018].

Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare forum J.* 1993;36(2):20-6.

Tobar, F. (2017) *Historia de la demanda en salud*. Recuperado de http://www.revistamedicos.com.ar/numero53/columna_tobar.htm

Vázquez ML, Vargas L. Redes Integradas de Servicios de Salud: ¿Solución o problema? *Revista de Ciencias de Salud.* 2006; 4(1): 5-9.

Vega Romero R, Martínez Collantes J, Acosta Ramírez N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS. *Rev Gerencia y Políticas de Salud* [Internet] 2009; 8(16): 165-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514071010> [consulta: 10 dic 2015].