

**ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD INSTALADA REQUERIDA PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280
DE 2018 EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE.**

AUTORES

**YULY EDITH MUÑOZ ANTE
HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
JOSÉ FERNANDO DORADO GARCÉS**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ASESOR

**RICHARD NELSON ROMAN MARIN
MAG. EN SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ADMINISTRACIÓN EN SALUD
POPAYÁN
2020**

DEDICATORIA

Cuando se acerca la hora de culminar un sueño que hace parte de tu proyecto de vida una alegría inmensa llena nuestras vidas la de nuestros familiares y allegados. Pero es en ese momento donde miramos hacia atrás, valoramos todos los esfuerzos y sacrificios que se hicieron para conseguirlo, también es el momento de los agradecimientos los cuales inician con nuestras familias por el tiempo que sacrificamos para cumplir con nuestros compromisos académicos, a nuestros compañeros de equipo de trabajo, a nuestro asesor Richard Nelson Román por que siempre estuvo dispuesto a colaborarnos, a la Universidad Católica de Manizales por darnos la posibilidad de superarnos en nuestra formación académica, profesional y personal.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES.....	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
4. JUSTIFICACION.....	22
5. OBJETIVOS.....	24
5.1 Objetivo general.....	24
5.2 Objetivos específicos.....	24
6. MARCO NORMATIVO.....	25
7. PRESUPUESTO.....	36
8. DISEÑO METOLOGICO.....	37
8.1 Enfoque y tipo de estudio.....	37
8.2 Población.....	37
8.3 Criterios de inclusión y de exclusión.....	38
8.4 Plan de recolección y análisis de datos.....	39
9. CRONOGRAMA.....	41
10. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS.....	42
10.1 Población atendida por la E.S.E Suroccidente.....	42
10.2 Talento humano.....	48
10.3 Materiales.....	55
10.4 Historia clínica.....	56

10.5 Insumos	58
11. CONCLUSIONES.....	60
12. RECOMENDACIONES.....	62
13. BIBLIOGRAFIA.....	63
14. ANEXOS.....	65

1. INTRODUCCIÓN

La conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud Alma-Ata, celebrada en Kazajistán en 1978 y organizada por la OMS/OPS, constituyó el punto de partida para pensar la salud desde una perspectiva diferente a la curativa, para dar paso a una propuesta social, en la que la salud no se desliga de los objetivos mundiales de paz, cooperación y orden económico, que incluye la comunidad como parte fundamental del modelo de atención, y reconoce los determinantes sociales de la salud toda vez que las condiciones económicas, socioculturales y políticas inciden de manera significativa en los resultados de salud de la población.

En dicha conferencia, se declara la grave situación de desigualdad en materia de salud entre países desarrollados y en desarrollo, y dentro de los países mismos, lo que genera una brecha que solo se puede reducir poniendo al alcance de todos, la asistencia sanitaria. La atención Primaria en Salud se propuso como una herramienta que permitiría reducir la inequidad a través del acceso equitativo a los servicios de salud.

Los informes de la OMS sobre la salud en el mundo, evalúa la forma de organización, financiación y prestación de los servicios. En ellos se viene haciendo recomendación especial a la reorientación de la prestación de servicios hacia una atención primaria centrada en las personas (APS), por lo que se considera hoy en día más necesaria que nunca, a pesar de los

avances en materia de cobertura y accesibilidad obtenida en las últimas dos décadas principalmente en los países en desarrollo y en especial de nuestra región.

En Latinoamérica es evidente la reaparición de la APS como un enfoque en el que participan los diversos sectores sociales e instituciones, con el objeto de lograr la cobertura universal, la equidad y la integralidad del sistema de salud. Los esfuerzos realizados por los países para implementar la estrategia APS dentro del marco de modelos de salud, arroja diferentes resultados dependiendo del grado de adopción y madurez alcanzados. En general se ha avanzado en materia de cobertura en salud, mientras que la región enfrenta desafíos importantes como: reducir la inequidad en el sistema de salud, superar la fragmentación y ruptura de la integralidad, alcanzar el equilibrio financiero, garantizar la cantidad y falta de personal de salud calificado, mejorar la calidad en la atención, entre otros.

Colombia no se encuentra ajena a esta tendencia, en la que se han alcanzado logros importantes como la Cobertura Universal, o la unificación del Plan de Beneficios, pero persisten problemas en la accesibilidad, calidad, financiamiento y segmentación del servicio. La ley 100 de 1993, separó la atención individual a cargo de las EPS y prestadores, de las colectivas o de salud pública las cuales se limitaron a la ejecución del Plan de Atención Básica de responsabilidad de los municipios, generando segmentación en el sistema y desarticulación de accionar de los elementos en oposición a los principios de la APS.

La ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo), estableció como obligación del Ministerio de Salud y Protección Social, definir una política integral de salud, razón por la

cual se adoptó mediante resolución 429 de 2016, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con enfoque en Atención Primaria en Salud, en los que integran los componentes de salud Familiar y Comunitaria, articulación de las atenciones individuales y colectivas, enfoque poblacional y diferencial. Como parte del MIAS, se establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que establecen las condiciones requeridas para asegurar la integralidad de la atención en salud, en la que deben hacer parte los diferentes integrantes del SGSSS.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 003280 de 2 de agosto de 2018, en la que se adoptan los lineamientos para implementación de la Ruta integral de Atención para Promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta integral de Atención para la población materno- perinatal, en las cuales se integran los principales riesgos de la población.

La E.S.E SUROCCIDENTE, como prestador público de servicios de salud, que hace parte de las red de servicios contratada por las diferentes Entidades Responsables de Pago, se obliga a involucrarse dentro de la ejecución de las políticas de salud y en especial de las rutas integrales de atención, para los grupos de riesgo señalados en las resolución 003280 de 2018, poniendo a disposición toda su capacidad económica, financiera y técnica, para poder articularse y obtener los mejores resultados para la población y a la vez mejorar su situación de producción de servicios y rentabilidad financiera.

El presente proyecto de investigación aborda la problemática de la implementación de las Rutas Integrales de atención en los componentes de Promoción y mantenimiento de la salud y Atención para la población materno- perinatal, desde los requerimientos de capacidad instalada que necesita cumplir la E.S.E SUROCCIDENTE.

2. ANTECEDENTES

El conocimiento y apropiación de la realidad social y comunitaria en salud se problematizada frente a las necesidades básicas insatisfechas, sobre la RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL (RIAS) en Colombia y sobre estudios en el mundo donde se identifica su importancia y establece parámetros de estudio para lograr el objetivo de este trabajo, ir al pasado y el comienzo de un proceso a nivel internacional ayuda a identificar el foco fundamental de la problemática establecida, al observar los cambios que surgen cuando en el mundo no se ha tenido una buena observancia de la salud como eje primordial para proteger los derechos a la vida y los derechos a una buena salud, además de permitir vivir una vida digna y con calidad para la comunidad en general.

Este estudio contribuye de manera clara a entender dónde surge y como se ha desarrollado el proceso de desarrollo frente a la problemática establecida en el trabajo de análisis, para ello se puede observar:

En trabajos Internacionales:

“La riqueza de la historia hay que buscarla en la obtención de una perspectiva de larga duración que ayude a comprender mejor el fondo de los problemas, mantener

los logros duraderos, apoyar las iniciativas sustanciales y tener orgullo de los héroes verdaderos. Asimismo, una perspectiva histórica nos puede servir para desechar los patrones recurrentes de la política sanitaria en muchos países de América, como, por ejemplo, las respuestas temporales e insuficientes a las emergencias de salud; la culpabilización de los grupos marginales; la artificialidad de la separación entre las tareas de prevención y las de curación; la difícil interacción entre los organismos internacionales y las instituciones locales, y la problemática participación de los pacientes, los familiares y la comunidad en el cuidado de la salud” (Cueto, 2004)

Como lo dijo Horwitz, 1910-2000: “La salud no pertenece exclusivamente a los médicos, sino que es un producto social de responsabilidad compartida” (Jara, 2003). Para poder realizar un análisis de la complejidad en reconocer si las entidades de salud, especialmente la ESE Suroccidente cumple con los parámetros de estructura adecuada para alcanzar un modelo de Salud basado en RIAS se toca el tema desde la perspectiva escrita por el sociólogo francés Pierre Bourdieu quien sugirió una crítica a la metodología que a la fecha llevaba al mundo sobre una historia coherente tratando la vida como una misma integridad viendo las realidades sociales como construcciones históricas. Tal como se afirma en (Kottow, 2014)

Estos procesos se hacen especialmente notorios en naciones con grandes disparidades sociales, económicas y educacionales, desamparando a los ya desposeídos, que carecen de los recursos para contratar servicios sociales básicos, desmantelando también a los Estados socialdemócratas que durante el siglo XX

solventaron sólidamente la protección social hasta constituirse progresivamente, aunque por poco tiempo, en Estados de bienestar. (p.5)

Al presentar la actualidad de Bourdieu (1998), sobre todo su afán por una sociología reflexiva es la intención del presente texto invitar al estudio de las condiciones sociales que influyen sobre el quehacer de disciplinas tan marcadas por lo social como son la salud pública y la reflexión bioética sobre ella. Lo más relevante del pensamiento sociológico de Bourdieu es el llamado a dejar de lado dicotomías artificiales que plagan tanto a la salud pública y la epidemiología, como a su bioética: lo micro y lo macro, lo cualitativo y lo cuantitativo, lo social y lo natural, y, para la bioética, el principialismo y el constructivismo ético, lo universal y lo individual, lo global y lo nacional o regional, lo objetivo y lo subjetivo. (p.21)

Aun en el nuevo milenio Abraham Hortwitz prevalece bajo su enfoque sobre la necesidad que la salud es una responsabilidad conjunta de todas las esferas disciplinarias interrelacionadas con el desarrollo, la economía y la educación con la consiente determinación que los problemas de salud no son aislados ni aislables, son determinantes en todo su contexto.

“Quisiera ver que "salud para todos" se hiciera realidad, cualquiera sea el mecanismo, cualquiera el modo de acción. Me doy cuenta que no es sencillo. Procurar salud para todos es tarea de todo tiempo, no necesariamente para este nuevo milenio. No es una empresa exclusiva para los médicos. La salud es una responsabilidad social, integral

y en la que todos debemos participar en forma armoniosa”. (Dr. Abraham Horwitz Barak) Tomado de (Jiménez de la Jara, Corbinos, & Guevara, 2014)

El crecimiento de la población y su demanda de servicios básicos son un imperativo en la búsqueda de un servicio de salud global donde la Atención Primaria en Salud centrada en las personas debe ser el principal tema en la agenda de gobierno en una nación, Así como lo expresó Hortwitz en su argumento ante las Naciones Unidas (Horwitz, 1971):

En esto complejo de variables adquirieron particular importancia los juicios de valor que gobiernan la conducta de los hombres, las instituciones, la tecnología, la organización social, las que influyen en forma mediata o inmediata, la cantidad y calidad de los recursos disponibles. Lo expresó muy claramente U Thant, Secretario General de las Naciones Unidas, al decir "La verdad central estúpida respecto a las economías desarrolladas hoy son los que pueden tener en el menor tiempo posible la clase y escala de recursos que decidan poseer... no son más los recursos los que limitan las decisiones” (p.45)

Es la decisión la que hace los recursos. Esto es el cambio revolucionario fundamental tal vez el más revolucionario que el hombre ha conocido", y es precisamente este inmenso poder de decisión que revela ingenio e imaginación creadora el que por grave impacto en el medio humano está afectando nuestra vida y comprometiendo nuestro futuro. De seguir por este camino habrá provocado nuestra generación la más trágica paradoja en la existencia humana. (p.3)

Posterior al primer encuentro por la Salud, en la conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud Alma-Ata, celebrada en Kazajistán en 1978 y organizada por la OMS/OPS, cuarenta años después los grupos que estuvieron en la primera reunión vieron que llegada la fecha del año 2000 propuesto para ver cambiado el Sistema de Salud en el mundo se realiza en Astaná, Kazajistán. La siguiente conferencia demuestra que no se cumplió con el objetivo “Salud para Todos” y se asientan cuatro pilares para responder a los retos hacia un futuro saludable (OMS/UNICEF, 2018):

“Son los siguientes: empoderar a las personas para que asuman su responsabilidad en su salud y en sus cuidados; tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud; poner el sistema público de salud y la atención primaria en el centro de la CSU, y alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales”.

La principal conclusión que se resalta en la Conferencia de Astaná queda como mensaje central (OMS/UNICEF, 2018):

“... si no se tiene en cuenta el contexto económico y social de la prestación de los servicios de salud, lograr la salud para todos podría seguir siendo una tarea ingente.

El modelo neoliberal de desarrollo que domina el discurso y la práctica actual es un significativo obstáculo para que se haga realidad el derecho a la salud para la inmensa mayoría de la población mundial. Por lo tanto, conseguir un nuevo orden

económico mundial que ponga a las personas por encima del lucro es fundamental para lograr la atención de salud universal”.

La Economía es la ciencia de la elección, donde se estudia la utilización de los recursos productivos escasos o limitados para producir bienes y servicios para ser distribuidos a la sociedad de consumo. En la Conferencia Internacional de Alma Ata se demostró que la economía tiene una estrecha relación con las principales reformas de salud a establecer en todos los países e hizo un llamado para que con la inversión en salud se logren mejorar los servicios, igualmente concientizar a todos los sectores que hacen parte de la cadena de salud para que los esfuerzos que hacen las organizaciones se vea reflejado en la mejoría de los servicios, como lo describen en el libro Economía de la Salud (Autores, 2013):

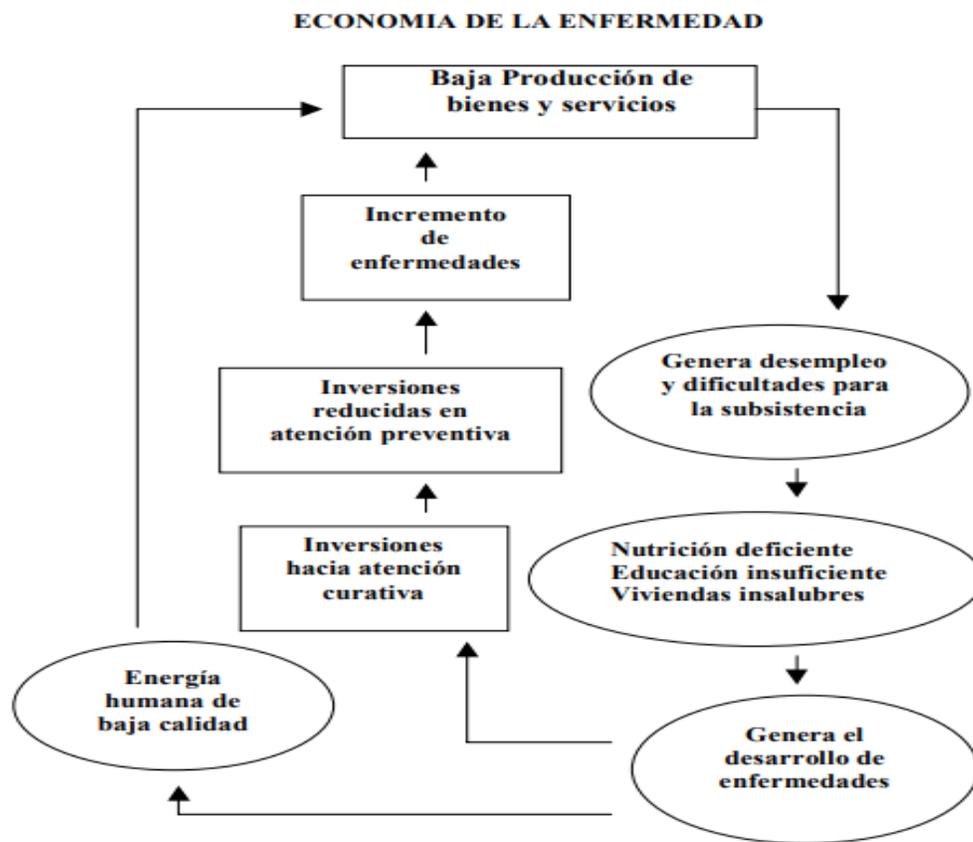
“En el campo de la eficiencia económica, se vienen dando pasos en el Sistema de Costo en la Atención Primaria de Salud, y no se ha perfeccionado totalmente este sistema en la red hospitalaria, lo que no ha permitido totalmente su utilización en la toma de decisiones. No ha existido suficiente preparación en extensión a los directivos del sector; así como se han desarrollado pocas evaluaciones económicas en los diferentes modelos de atención y programas del SNS” (p.68)

En el mismo libro de Economía de la Salud (Autores, 2013):

“El producto interno bruto (PIB) es el indicador más amplio de la producción total de bienes y servicios de un país. Es la suma de los valores monetarios del consumo,

la inversión bruta, las compras de bienes y servicios por parte del Estado y las exportaciones netas producidas en un país durante un determinado año”.¹

La organización Panamericana de la salud muestra la relación directa que tiene la Economía con la Salud (OPS/OMS, 1999)



Fuente Tomada de: (OPS/OMS, 1999)

En trabajos Nacionales:

¹ Paul A. Samuelson y William D. Nordhaus: *Macroeconomía*, p. 394.

Entendiendo el Sistema de Salud en Colombia corresponde a un Sistema Organizado como un servicio público (Quintero et al, 2019) en su documento de trabajo de grado para optar el título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud los autores (Restrepo Avendaño & Gutierrez Ossa, 2012) enuncian que el sistema de salud en Colombia es un modelo de pluralismo estructurado, en el que se desarrollan cinco funciones visiblemente identificables, que vistas desde el marco legislativo actual son:

Modulación. Esta función incluye la rectoría, dirección, inspección vigilancia, y control del sistema. La rectoría del sistema es la dirección, orientación y gestión del Sector Salud que está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Ley 1438 de 2011 art. 4 Contribuyen en la dirección del sistema en el marco de la descentralización de servicios y territorial, bajos los lineamientos que dicta el MSPS las siguientes organizaciones: a) la Comisión de Regulación en Salud (CRES), en lo relacionado con planes de beneficio y valores de prima; y b) las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud. Les corresponde a los departamentos, distritos y municipios, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012, 2012).

Financiamiento. El modelo de financiamiento del SGSSS colombiano ha sido reconocido por la OMS como uno de los más solidarios del mundo (OMS, 2000). El sistema moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y desde fuentes secundarias (recursos de la Nación), hasta el

Administración de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), donde se centraliza y se aplica un conjunto de normas de compensación y distribución que permite el financiamiento del aseguramiento de las acciones preventivas de salud pública y catástrofes.

Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación específica (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012, 2012)

Salud Pública. Comprende las acciones que se dirigen a la salud colectiva, intervención de determinantes de la salud y el saneamiento ambiental. Con la implementación de la Ley 1438 de 2011 y la adopción de la estrategia de atención primaria de la salud, este componente rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del sector salud, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones. No obstante, continúan siendo responsables por el desarrollo de este componente el MSPS, las direcciones territoriales departamentales, distritales y municipales de salud (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012, 2012)

Aseguramiento: Se orienta principalmente a la salud individual y se entiende como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Se debe destacar que el

aseguramiento en el SGSSS incorpora un Plan Obligatorio de Servicios: un conjunto de garantías explícitas para la población; y que para su acceso y la garantía de su prestación se reconoce por cada afiliado a cada entidad promotora de salud (EPS) un valor per cápita, que se denomina Unidad de Pago por Capitación. Las EPS son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado, así como también las de afiliación y la recaudación de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012, 2012)

Prestación de servicios de salud. La prestación de servicios de salud a la población colombiana se realiza a través de los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud, instituciones de naturaleza pública o privada que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios con profesionales independientes. Los prestadores de servicios de salud operan en un escenario de mercado regulado, cumpliendo las normas de habilitación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y ofertan sus servicios a cualquiera de los pagadores del Sistema (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012, 2012).(P.25-27)

Normatividad Nacional:

En el Plan Nacional de Desarrollo vigencia 2014-2018 “Todos por un nuevo País” (Colombia, 2015) estableció como obligación del Ministerio de Salud y Protección Social, definir una política integral de salud, razón por la cual se adoptó mediante resolución 429 de

2016, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con enfoque en Atención Primaria en Salud, en los que integran los componentes de salud Familiar y Comunitaria, articulación de las atenciones individuales y colectivas, enfoque poblacional y diferencial. Como parte del MIAS, se establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que establecen las condiciones requeridas para asegurar la integralidad de la atención en salud, en la que deben hacer parte los diferentes integrantes del SGSSS.

Por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 003280 de 2 de agosto de 2018 (Salud, 2018) en la que se adoptan los lineamientos para implementación de la Ruta integral de Atención para Promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta integral de Atención para la población materno- perinatal, en las cuales se integran los principales riesgos de la población base sobre la cual se apoyará el presente trabajo investigativo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La E.S.E SUROCCIDENTE, como IPS pública, debe dar cumplimiento a lo ordenado por la resolución 003280 de 2018, en cuanto a los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno-Perinatal, sin embargo se encuentra que muchos de los requerimientos sobre Talento Humano, Sistemas de Información y Recursos Físicos como infraestructura y Dotación Hospitalaria, necesarios para poner en marcha las Rutas de Atención mencionadas, no cuentan con las especificaciones necesarias o carece de ellas, por lo que se requiere realizar un levantamiento de la información que permita determinar con qué elementos cuenta la Institución y cuáles son sus carencias.

Aunque la Ruta para la Promoción y mantenimiento de la Salud, debe ser garantizadas de inmediato por los diferentes integrantes del Sistema de Salud, hay un grupo de actividades para las cuales se concede plazo de 3 años de acuerdo a la resolución 003280, esto debido al carácter progresivo de la norma, ya que las entidades requieren de un periodo de transición de la norma anterior en materia de promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad (resolución 412 de 2000) a la nueva norma con el fin de adaptar sus condiciones de operación, para dar cumplimiento a esta última.

El no prestar los servicios o actividades contenidas en la norma citada o no tener adecuados todos los servicios, tiene un impacto importante sobre la salud de la población objeto, en especial para ciertos grupos de población incluida en las rutas, lo que puede disparar el riesgo asociado a ciertas patologías.

El impacto negativo que genera a nivel del proceso de reconocimiento de ingresos por parte de las EAPB por actividades de Promoción y Prevención facturadas sin el lleno de los requisitos normativos, debido a las glosas o descuentos que las EPS efectúan, constituyen pérdidas en el circuito financiero de la institución, pues no se recibe el valor estimado para la venta de servicios, pero si se incurre en gastos para prestarlos.

Por todo lo anteriormente expuesto se plantea la pregunta ¿la Capacidad instalada de la E.S.E. SUROCCIDENTE en sus condiciones técnico-científicas, relativas al Talento Humano, Sistemas de Información y Recursos Físicos, es adecuada para prestar las actividades y servicios contenidos en la Resolución 3280 para la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud?

4. JUSTIFICACION

La E.S.E SUROCCIENTE como IPS pública, del Orden Departamental con cobertura en los municipios de Balboa, Argelia, Bolívar, Sucre, Mercaderes y Florencia, no debe desligarse de las políticas nacionales que orientan la prestación de servicios de salud a la población y de las normatividad que regula la materia, por tal motivo debe dar cumplimiento a los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social como es el caso de la resolución 003280 de 2018, en la cual se dictan disposiciones que son de obligatorio cumplimiento para los actores del Sistema que desarrollan acciones de salud, en concordancia con sus responsabilidades y funciones propias dentro del sistema y en particular con las relacionadas con el funcionamiento y operación del MIAS, hoy MAITE y la política en salud PAIS.

De esta manera la E.S.E SUROCCIDENTE, debe realizar una valoración de sus capacidades y recursos, con el fin de adaptar todo el andamiaje operativo, para dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en la resolución 003280 de 2018. Este diagnóstico situacional, comprende la determinación de la capacidad instalada actual, en materia de talento Humano, Sistemas de Información y recursos Físicos, al igual que el análisis de los requerimientos necesarios para lograr el cumplimiento de la norma citada.

Dicho análisis es supremamente importante para la institución prestadora de servicios, pues permite conocer cuáles son las falencias en cuanto a su capacidad instalada para producir los servicios contenidos en las rutas de atención, en los componentes de Promoción y mantenimiento de la salud y Atención para la población materno- perinatal, pero a la vez es determinante para lograr la articulación e integralidad del sistema, pues no solo se convierte en una herramienta de análisis operativo interno, sino que trasciende al aporte del logro de objetivos mayores que apuntan a las políticas de intersectorialidad del sistema.

Para realizar el proyecto de investigación, se cuenta con información de las áreas Financiera, Talento humano, Sistemas de Información, Contratación, Facturación, Calidad, entre otras, de la E.S.E SUROCCIDENTE, que nos permitirá determinar el Estado actual de la organización del cumplimiento de las condiciones requeridas para el desarrollo de las actividades consagradas en la resolución 003280 de 2018. Se consultarán, además, fuentes secundarias como información de las normas y literatura relativa al tema y se indagará en la Secretaría Departamental de salud del Cauca, sobre lineamientos específicos que deban cumplir las E.S.E del orden departamental para la operación de las rutas de atención mencionadas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar las condiciones necesarias requeridas en la E.S.E SUROCCIDENTE, en materia de capacidad instalada, para la prestación de servicios y actividades incluidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud efecto de la implementación de las rutas en aspectos financieros y en materia de salud de la población.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de las condiciones que presenta la E.S.E SUROCCIDENTE, en materia de Talento Humano, Sistemas de Información y recursos físicos para cumplir con las actividades descritas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la resolución 003280 de 2018.
- Establecer el efecto financiero sobre los ingresos de la Institución, que sobrevendría por el incumplimiento de las disposiciones de la resolución 3280 de 2018.

6. Identificar posibles consecuencias a nivel de salud de la población objeto en los municipios de cobertura de la E.S.E SUROCCIDENTE, derivadas del incumplimiento de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con lo establecido en la resolución 003280 de 2018.

6. MARCO NORMATIVO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia establecido por la Ley 100 de 1993, ha tenido varios cambios, mediante normas y resoluciones que lo llevaron a convertirse en la Ley estatutaria de la salud (Ley 1751 de 2015) que en su artículo 2 garantiza el derecho a la salud y reforma el concepto del sistema de salud para establecerlo como un derecho fundamental. A continuación, se describen cada una de ellas:

-Ley 100 de 1993: El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de normas y procedimientos de entidades públicas y privadas, conformado por regímenes generales establecidos para: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Riesgos Profesionales y Sistema General de Seguridad Social en Salud

-Resolución 260 de 2004: Se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ley 1122 de 2007: Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios

a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema.

- **Decreto 4747 de 2007:** Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

- **Ley 1438 del 2011:** Busca el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las IPS y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad.

- **Ley 1751 Ley estatutaria en salud de 2015:** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

- **Resolución 1141 de 2016:** Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones

- **Resolución 429 2016 PAIS:** Adopta la Política de Atención Integral en Salud.

- **Resolución 3202 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 003280 de 2018:** que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la cual tiene como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

-**La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015):** esta hizo un giro esencial, para garantizar, regular y establecer la salud como derecho fundamental; paralelamente, la Ley 1753 - Plan de Desarrollo 2014 – 2018 en el Artículo 65 faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud PAIS, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional (MIAS) que van a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran mediante cuatro estrategias centrales: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2.

el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

-Rutas integrales de atención en salud (resolución 003280 de 2018): Es una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las comunidades, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. Adicionalmente, tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad, mediante la definición de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Con esta resolución se busca un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Son cuatro los hitos que deberán seguir todos los actores del sector salud:

1. Enfatiza en lo preventivo sobre lo curativo del sistema (visión anticipatoria).

2. Orienta e integra las acciones de las entidades promotoras de salud (EPS) y las secretarías de salud para que trabajen de manera integral en la promoción de la salud.
3. Se incluyen nuevas intervenciones de salud pública, especificándolas de acuerdo con el curso de vida que lleve la persona.
4. A partir de las RIAS se podrán evaluar las acciones de las EPS, secretarías de salud e IPS y su efectividad en la manera como abordan la atención de los usuarios.

-Ruta materno – perinatal: es la nueva normativa específica los lineamientos técnicos para la “Ruta de promoción y mantenimiento de la salud”.

- **Progresividad y transitoriedad**

Las intervenciones y acciones deberán ser garantizadas a la totalidad de la población al entrar en vigencia la resolución, no obstante, serán implementadas en un plazo de 3 años.

- **Enfoque territorial de la ruta**

El enfoque territorial reconoce que el territorio es producto de una construcción social, que genera identidad y supone comprender tanto las necesidades que los habitantes viven en los espacios de su vida cotidiana, como sus potencialidades, recursos y la cultura que los pobladores han ido construyendo, lo que incluye el simbolismo que su territorio tiene para ellos. En consecuencia, el territorio determina los significados, creencias, valores y prácticas relacionadas con la salud que los sujetos construyen. Lo anterior es necesario reconocerlo para lograr la contextualización adecuada de las políticas públicas y en este caso particular, de la RPMS.

Esto implica que en función de las características de cada territorio y la categorización de los mismos en los ámbitos territoriales definidos en la PAIS (urbano, rural y rural disperso), se realicen la planeación, ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de la RPMS y los ajustes en aspectos tales como: los servicios, las modalidades de prestación, la inversión, las tecnologías, los mecanismos de abordaje de las poblaciones y la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud que permitan el acceso, continuidad, calidad e integralidad de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

-Modelo integral de atención en salud – MIAS: El propósito del MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. El modelo cuenta con diez componentes operacionales:

- Caracterización poblacional
- Regulación de rutas integradas de atención en salud
- Implementación de la gestión integral del riesgo
- Delimitación territorial

- Redes integrales de prestadores de servicios de salud
- Redefinición del rol asegurador
- Redefinición del sistema de incentivos
- Requerimientos y procesos del sistema de información
- Fortalecimiento del recurso humano
- Fortalecimiento de la investigación

-Rutas integrales de atención en salud – rias: Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, tienen como objetivo garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, integrando los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El propósito de las RIAS es contribuir al desarrollo de modelos más accesibles, equitativos, eficientes de mejor calidad técnica y que satisfagan las necesidades de los clientes, con alianzas entre instituciones públicas y privadas que permitan complementar sus servicios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS se caracterizan por:

- Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.
- Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinares de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
- Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
- Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.
- Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.
- Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud: acciones para el cuidado de la salud, la detección temprana, la protección específica y educación para la salud. Ruta integral de atención en salud para grupos de riesgo: acciones para el

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud. Ruta integral de atención en salud para eventos específicos: acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Los dieciséis grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud son los siguientes:

1. Población con riesgo o alteraciones cardio–cerebro–vascular y metabólicas manifiestas.
2. Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas.
3. Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
4. Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
5. Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento.
6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.
7. Población con riesgo o presencia de cáncer.
8. Población materno –perinatal.
9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
10. Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.
11. Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.
12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.

13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes.

14. Población con riesgo o enfermedades huérfanas.

15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos.

RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.

Pasos para la elaboración: 1. Planeación para la elaboración de las RIAS: Se requiere convocar a un equipo interdisciplinario, profesionales de la salud y personal administrativo idóneo. Identificar los grupos de riesgos o evento en el cual se va a trabajar, 2. Mapeo de las acciones: debe identificar las intervenciones propias de cada grupo de riesgo, cada una debe ser caracterizada con las siguientes variables: i) definición de la intervención/acción, ii) descripción de la intervención/acción, iii) identificación de los resultados esperados y iv) preselección de intervenciones/acciones. 3. Revisión de la práctica actual: El equipo desarrollador debe identificar cuales intervenciones o acciones se consideran como de buena o mala práctica, bajo el juicio de expertos. Los criterios que deben tenerse en cuenta son los siguientes: Eficiencia en la prestación de servicios de salud, efectividad de la intervención y seguridad de la atención. 4. Revisión de la evidencia científica: revisión de literatura. 5. Diagrama preliminar: Posterior a la identificación, caracterización y búsqueda de evidencia científica para una determinada RIAS, se debe realizar la selección de las acciones de gestión de la salud pública y las intervenciones individuales y colectivas que harán parte de la RIAS. Para con cuatro criterios: Evidencia y calidad de la evidencia,

balance de riesgo, costo y equidad. 6. Identificación y caracterización de hitos: Deber ser susceptibles a ser medidos, mediante indicadores de estructura, proceso y resultado. 7. Construcción de matriz: resultado de los pasos anteriores. 8. Construcción de la gráfica 9. Validación 10. Implementación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Ahora bien, la Empresa Social del Estado SUROCCIDENTE - E.S.E, como prestador público de servicios de salud, fue creada en el año 2007, y en concordancia a lo expuesto en el Artículo 2 y 5, su objeto será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud, producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito y prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer, entre otras cosas. En este sentido, se compromete a poner en ejecución las rutas integrales de atención, para los grupos de riesgo señalados en la resolución 003280 de 2018, poniendo a disposición toda su capacidad económica, financiera y técnica, para poder articularse y obtener los mejores resultados para la población y a la vez mejorar su situación de producción de servicios y rentabilidad financiera.

7. PRESUPUESTO

Tabla 1. Presupuesto

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TALENTO HUMANO	MATERIALES	SERVICIOS	TOTAL
Realizar un diagnóstico de las condiciones que presenta la E.S.E SUROCCIDENTE, en materia de Talento Humano, Sistemas de Información y recursos físicos para cumplir con las actividades descritas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno-Perinatal	Recopilación y análisis de Información documental sobre el marco normativo y teórico de las rutas de atención de obligatorio Cumplimiento.	500.000	200.000	200.000	900.000
	Análisis interno de la organización con relación a la oferta actual de los servicios o actividades correspondientes a las rutas de atención consagradas en la resolución 3280 de 2018	3.500.000	300.000	400.000	4.200.000
	Diagnóstico de las condiciones técnico científicas en materia de Talento Humano y Recursos Físicos que presenta la E.S.E en las rutas seleccionadas	3.500.000	300.000	400.000	4.200.000
	Diagnóstico de las condiciones técnico científicas en materia de Sistemas de información (Facturación) en las rutas seleccionadas	3.500.000	300.000	400.000	4.200.000
	Análisis de las necesidades que deben ser cubiertas en materia de Talento Humano, Recursos Físicos y Sistemas de información para la oferta de los servicios o actividades	3.000.000	300.000	400.000	3.700.000
Establecer el efecto financiero sobre los ingresos de la Institución, que sobrevendría por el incumplimiento de las disposiciones de la resolución 3280 de 2018.	Estimar la cantidad de servicios que se proyecta no produciría la E.S.E, de acuerdo al estado situacional de la oferta actual	3.000.000	200.000	200.000	3.400.000
	Determinar los ingresos que dejaría de percibir la E.S.E SUROCCIDENTE por los servicios no ofertados, teniendo como base la estimación de la cantidad de servicios y las tarifas de mercado. Esto incluye además las glosas o descuentos económicos por incumplimientos contractuales	4.000.000	300.000	500.000	4.800.000
Identificar posibles consecuencias a nivel de salud de la población objeto en los municipios de cobertura de la E.S.E SUROCCIDENTE, derivadas del incumplimiento de las Rutas de atención contenidas en la resolución 3280 de 2018.	Realizar análisis del perfil epidemiológico actual en materia de morbilidad en los servicios y frecuencias de uso, entre otros, con el fin de estimar posibles cambios derivados del incumplimiento en la oferta de servicios contemplados en las rutas mencionadas	4.000.000	300.000	500.000	4.800.000
TOTAL PRESUPUESTO		25.000.000	2.200.000	3.000.000	30.200.000

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Enfoque y Tipo de Estudio

La investigación que se va a realizar requiere de información que reposa en la entidad sobre cumplimiento de requisitos para prestar los servicios o actividades contempladas en las Rutas Integrales de Atención De Promoción y mantenimiento de la salud, en las áreas de calidad, talento humano, Recursos físicos. Igualmente va a requerir información sobre los requerimientos exigidos en las guías o documentos técnicos, para la implementación de s servicios. El enfoque de esta investigación es mixto, toda vez que requiere datos cuantitativos de infraestructura, equipos, materiales, sistemas de información y recursos humanos, arrojando resultados igualmente cuantitativos de requisitos a implementar, pero a la vez requiere y genera datos cualitativos sobre los servicios a ofertar y los efectos sobre el estado de salud en la población.

El tipo de estudio es prospectivo, pues con datos actuales se pretende realizar un diagnóstico que permita establecer a futuro cuales son los servicios que se van a ofertar que cumplan con los requerimientos de la resolución 3280 en las rutas priorizadas.

8.2 Población

Unidad de análisis: Son los criterios de cumplimiento establecidos en la norma ya citada. La E.S.E SUROCCIDENTE para prestar las actividades contenidas en la ruta de atención,

debe tener en cuenta los lineamientos técnicos y operativos, y analizar con cuáles de ellos cuenta y cuáles son los requisitos que carece, o cumple parcialmente. Especial atención merece los esquemas de intervenciones/atenciones individuales por momento del curso de vida, en los cuales se fijan criterios sobre el procedimiento o la consulta, igualmente la frecuencia de las atenciones según curso de edad, talento humano requerido y directrices de obligatorio cumplimiento. Así mismo, el contenido de estos esquemas para efecto de contextualizar los criterios se encuentra en el anexo “Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud

Para la valoración financiera de los servicios o actividades, la Unidad de análisis corresponde al valor o tarifa pactada contractualmente con la Entidad Responsable de Pago. De esta forma se podrá determinar que parte del ingreso se deja de percibir si no se realizan dichos eventos.

Para el análisis del efecto en la salud de la población, la Unidad de análisis son los datos que generan el perfil epidemiológico, como morbilidad por servicios y frecuencias de uso.

8.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se consideran criterios de inclusión todos aquellos datos contenidos en la resolución 3280, que hace referencia a los requerimientos para los servicios de operación de las rutas integrales de atención de Promoción y mantenimiento de la salud y Materno-perinatal, en lo que respecta a las competencias de los prestadores de servicios de baja complejidad para

atenciones individuales. Igualmente se incluyen los requerimientos que por normatividad del S.O.G.C., deba cumplir la E.S.E SUROCCIDENTE, para prestar dichos servicios.

Se excluyen los requerimientos establecidos en las rutas para intervenciones colectivas y los que, por normatividad aplicable en salud, en particular la resolución 3280 y las contenidas en SGSSS, correspondan a servicios de niveles de complejidad superiores al de la E.S.E SUROCCIDENTE.

8.4 Plan de recolección y análisis de datos

Como primera medida se acopiará material de estudio relacionado con el tema principal de la investigación, con el objeto de tener elementos suficientes sobre los requerimientos exigidos en la norma y su contexto. Este material incluirá las normas dictadas por el Gobierno en relación a las rutas de atención, en especial la Política PAIS, el Modelo de Atención MAITE, y relacionadas, como también las contenidas en el SOGC, relacionados con criterios que deben cumplir los servicios ofertados especialmente en materia de Habilitación, acreditación y sistemas de información para la calidad.

Una vez ubicados los servicios que corresponde prestar a la E.S.E SUROCCIDENTE y los requerimientos normativos para operar, se procede a realizar un diagnóstico institucional sobre el estado de la oferta de dichos servicios, para lo cual se tomarán datos suministrados por el área de calidad de la entidad. Se requerirán datos del área de talento Humano, como cantidad de personal médico. Asistencial, administrativo y de logística para cada servicio.

Igualmente, con el área de Recursos Físicos, se requerirá información sobre inventario de los bienes muebles e inmuebles, con los que cuenta cada servicio. La información financiera sobre facturación, contratación de servicios con las ERP, tarifas y estado del sistema de información para facturación, será solicitada al área de sistemas de información la información sobre producción de servicios, perfil epidemiológico será solicitada al área de calidad en los servicios. Se cotejarán los resultados con los requerimientos exigidos en la norma para determinar posibles falencias.

9. CRONOGRAMA

Tabla 2. Cronograma

OBJETIVO	ACTIVIDAD	2019					
		MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Realizar un diagnóstico de las condiciones que presenta la E.S.E SUROCCIDENTE, en materia de Talento Humano, Sistemas de Información y recursos físicos para cumplir con las actividades descritas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno-Perinatal	Recopilación y análisis de Información documental sobre el marco normativo y teórico de las rutas de atención de obligatorio Cumplimiento.						
	Análisis interno de la organización con relación a la oferta actual de los servicios o actividades correspondientes a las rutas de atención consagradas en la resolución 3280 de 2018						
	Diagnóstico de las condiciones técnico científicas en materia de Talento Humano y Recursos Físicos que presenta la E.S.E en las rutas seleccionadas						
	Diagnóstico de las condiciones técnico científicas en materia de Sistemas de información (Facturación) en las rutas seleccionadas						
	Análisis de las necesidades que deben ser cubiertas en materia de Talento Humano, Recursos Físicos y Sistemas de información para la oferta de los servicios o actividades						
Establecer el efecto financiero sobre los ingresos de la Institución, que sobrevendría por el incumplimiento de las disposiciones de la resolución 3280 de 2018.	Estimar la cantidad de servicios que se proyecta no produciría la E.S.E, de acuerdo al estado situacional de la oferta actual						
	Determinar los ingresos que dejaría de percibir la E.S.E SUROCCIDENTE por los servicios no ofertados, teniendo como base la estimación de la cantidad de servicios y las tarifas de mercado. Esto incluye además las glosas o descuentos económicos por incumplimientos contractuales						
Identificar posibles consecuencias a nivel de salud de la población objeto en los municipios de cobertura de la E.S.E SUROCCIDENTE, derivadas del incumplimiento de las Rutas de atención contenidas en la resolución 3280 de 2018.	Realizar análisis del perfil epidemiológico actual en materia de morbilidad en los servicios y frecuencias de uso, entre otros, con el fin de estimar posibles cambios derivados del incumplimiento en la oferta de servicios contemplados en las rutas mencionadas						

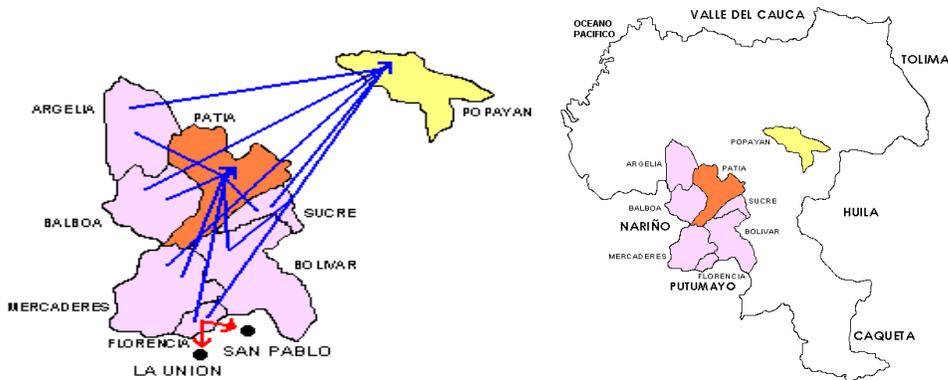
10. RESULTADOS Y ANALISIS

10.1 Población atendida por la E.S.E Suroccidente

La ESE SUROCCIDENTE, ofrece a la población, su capacidad instalada en infraestructura, equipamientos y personal idóneo de acuerdo a cada una de las necesidades. Con base en la producción histórica podemos decir que es una población con un alto grado de mortalidad materna y perinatal ya que dicho indicador lo mantenemos a pesar de los grandes esfuerzos que día a día se realizan en infraestructura equipamientos y recursos humanos capacitados Las 10 primeras causas de morbilidad de la ESE son Embarazos de alto riesgo, Politraumatismos varios, Abdomen agudo , Accidentes cerebro vascular ya que es una población que padece de hipertensión arterial para lo cual se han realizado varias estrategias para el manejo de dicha población , Patologías renales, trastornos visuales, Neumonía , heridos por arma de fuego son poblaciones con problemas de orden público, Intoxicaciones en el grupo de adolescentes para lo cual en las actividades de los planes de intervenciones colectivas se está dando mucho apoyo conformando grupos juveniles de apoyo brindando un ambiente mental saludable.

La ESE SUROCCIDENTE presta todos los servicios de salud de baja complejidad en los diferentes puntos de atención que la conforman, incluidos sus corregimientos y veredas.

Gráfica 1. Mapa intercomunicado con Popayán



Municipio de Argelia

El municipio de Argelia ubicado en la región Suroccidente del Departamento del Cauca, posee una extensión de 320 Km², con una altitud de 1.700 m.s.n.m. se encuentra a una distancia aproximada de 178 Km. de Popayán; limita por el norte con los municipios de El Tambo y Timbiquí, por el oriente con el municipio de El Tambo y Patía, por el sur con el municipio de Balboa y Departamento de Nariño y por el occidente con los municipios de Guapi y Timbiquí. Su territorio es montañoso perteneciente a la cordillera Occidental, la agricultura, ganadería, explotación forestal y la minería son consideradas como las principales actividades económicas del municipio. El municipio tiene problemas de orden público, debido a los cultivos ilícitos y la presencia de grupos armados ilegales, cuenta con una población proyectada DANE 2017 de 27.221 habitantes.

Municipio de Balboa:

El municipio de Balboa está localizado en Suroccidente del Departamento, tiene una extensión de 360 Km², con una altitud de 1630 m.s.n.m.; se encuentra a una distancia aproximada de 132 Km. de Popayán; sus territorios son montañosos, cuyo relieve corresponde a la cordillera Occidental; limita al norte con los municipios de Argelia y Patía, al sur los municipios de Mercaderes, Patía y el Departamento de Nariño; al oriente el Municipio de Patía y al occidente con el Departamento de Nariño. La economía gira en torno a la ganadería, la agricultura, actividades forestales y la minería. El municipio tiene problemas de orden público, debido a los cultivos ilícitos y la presencia de grupos armados ilegales, cuenta con una población proyectada DANE 2017 de 26.005 habitantes.

Municipio de Bolívar:

El municipio de Bolívar está localizado al sur del Departamento, a una distancia aproximada de 145 km. de la ciudad de Popayán, tiene una extensión de 887 Km², con una altitud de 1770 m.s.n.m.; la mayor parte de su territorio es montañoso; limita al norte con los municipios de Patía y Sucre, al sur con los municipios de San Pablo y La Cruz Nariño, al oriente con los municipios de Almaguer y San Sebastián y al occidente con los municipios de Patía, Mercaderes y Florencia. El Municipio se encuentra conformado por 14 corregimientos con una población aproximada de 44.836 habitantes según proyecciones del DANE 2017 donde aproximadamente el 70% es de zona rural y un 30% es de zona urbana. La gran mayoría de la población está conformada por campesinos colonos dedicados en su

gran mayoría a la agricultura. La economía gira en torno a la agricultura, la ganadería y la minería de cobre, oro, sal y otros minerales.

Municipio de Florencia:

El municipio de Florencia está localizado al Suroccidente del departamento, tiene una extensión de 55 Km², con una altitud de 1.700 m.s.n.m.; ubicado aproximadamente a 142 Km. al Suroccidente de la Capital; sus territorios son montañosos con algunas planicies cuyo relieve corresponde a la cordillera occidental. Limita al norte con el municipio de Mercaderes; al sur con el Departamento de Nariño; al oriente con el Departamento de Nariño y el Municipio de Bolívar y al occidente con el municipio de Mercaderes. La economía depende de la ganadería y la agricultura, sobresalen los cultivos de café, caña de azúcar, cacao, plátano, maíz y algunos frutales. cuenta con una población proyectada DANE 2017 de 6.160 habitantes .

Municipio de Mercaderes:

El municipio de Mercaderes está localizado al suroccidente del Departamento, tiene una extensión de 882 Km², con una altitud de 1.167 m.s.n.m; ubicado aproximadamente a 124 Km. al Suroccidente de la Capital; sus territorios son montañosos, pero también cuentan con extensas zonas planas. Limita al norte con los municipios de Balboa, Patía y el Departamento de Nariño, al sur con el Departamento de Nariño y el municipio de Florencia, al oriente con los municipios de Bolívar y Florencia y al occidente con el

Departamento de Nariño; la economía gira en torno a la ganadería, minería, la agricultura siendo conocido como la capital maicera del País. Cuenta con una población proyectada DANE 2017 de 18.151 habitantes.

Municipio de Sucre:

El municipio de Sucre está localizado al sur del Departamento a una distancia aproximada de 120 km. de la ciudad de Popayán. El Municipio fue creado el 10 de diciembre de 1999; posee los siguientes límites geográficos: Al norte limita con los Municipios de La Vega y El Patía; al sur con los Municipios de Bolívar y Almaguer; al oriente con el Municipio de La Vega y al occidente con los Municipios de Patía y Bolívar. Tiene una población según proyecciones DANE de 11.288 habitantes, la cual se distribuye en 8.635 en zona rural y 2.653 en zona urbana. Sus territorios son montañosos con algunas planicies, cuyo relieve corresponde a la cordillera occidental. Su economía gira en torno a la agricultura destacándose el cultivo de café. Cuenta con una población proyectada DANE 2017 de 8.885 habitantes.

Tabla 3. Caracterización de la atención

VARIABLE	2019
Porcentaje de población atendida	46%
Frecuencia de Uso de consulta	2,17
Porcentaje Urgencia/total consulta	7,39%
Numero de Urgencias	4776
Numero de Remisiones del Periodo	1093
Resolutividad del servicio de urgencias	77,11%
Porcentaje de hospitalizaciones	9,30%
Promedio días de estancia por paciente	2,78
Partos del Periodo	78
CARACTERIZACION DE LA ATENCIÓN	

Fuente: E.S.E Sur Occidente 2019

Tabla 4. Morbilidad urgencias

MORBILIDAD URGENCIAS (10 Primeras Causas)	
codCie10	Descripcion Cie10
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA
R103	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
R51X	CEFALEA
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
S610	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)
S019	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
R11X	NAUSEA Y VOMITO
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Fuente: E.S.E Sur Occidente 2019

Tabla 5. Morbilidad consulta externa

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA (10 Primeras Causas)	
codCie10	Descripción Cie10
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
R51X	CEFALEA
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Fuente: E.S.E Sur Occidente 2019

Tabla 5. Morbilidad hospitalización

MORBILIDAD HOSPITALIZACION (10 Primeras Causas)	
CodCie10	Descripción Cie10
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
O809	PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION
L031	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
L039	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS
J159	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
O234	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO
R104	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE
R509	OTROS PARTOS UNICOS ASISTIDOS ESPECIFICADOS
O800	INFECCION INTESTINAL VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

Fuente: E.S.E Sur Occidente 2019

La capacidad requerida por la ESE SUROCCIDENTE, en la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo al instrumento de recolección utilizado, arrojó una serie de criterios que debe cumplir y que en función de su análisis se han agrupado en las siguientes categorías: Talento Humano, Materiales, Historia Clínica e Insumos.

10.2 Talento humano

Determinación de la Cantidad requerida de Profesionales en Salud de acuerdo a la población contratada y la frecuencia de atenciones

La cantidad de profesionales requerida para dar cumplimiento a la resolución 32801, se calculó teniendo en cuenta la población contratada a 31 de diciembre de 2019, discriminada por grupos de edad producto del prorrateo de la población atendida y las frecuencias de las

atenciones requeridas en la norma para obtener así el total de las atenciones por profesional al año. Posteriormente se calculó el número de atenciones por hora, el número de horas al año y el máximo de horas a contratar por profesional, cuyo cociente arrojó la cantidad requerida de profesionales.

Tabla 6. Estimación de las atenciones por profesional de medicina general según población contratada por grupos poblacionales

GRUPO	POBLACION CONTRATADA	FRECUENCIA	ACTIVIDADES MEDICINA GENERAL
< 1 Año	3.813	2	7.625
1 año	3.043	1	3.043
1 a 5 Años	6.870	3	20.610
6- 12 Años	17.281	3	51.842
12-18 AÑOS	12.490	3	37.470
18 -29 años	7.877	2	15.754
30- 44 años	20.261	1	36.274
45-60 años	16.013	1	16.013
> 60 años	14.161	1	14.161
Total general	101.808	TOTAL	202.792

ACTIVIDADES CONTRATAR	ACTIVIDADES HORA	HORAS TOTALES MEDICO AÑO	HORAS MAXIMO LEGAL AÑO MEDICO (*)	CANTIDAD DE MEDICOS REQUERIDA 3280
202.792	3	67.597	2.160	31

(*) Promedio al mes por profesional 180 horas mes – 2160 horas al año

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Estimación de las atenciones por profesional de enfermería según población contratada por grupos poblacionales

GRUPO	POBLACION CONTRATADA	FRECUENCIA	ACTIVIDADES ENFERMERIA
< 1 Año	3.813	3	32.177
1 año	3.000	1	3.000
1 a 5 Años	6.913	2	13.826
6- 12 Años	17.281	1	17.281
12-18 AÑOS	12.490	1	12.490
18 -29 años	7.877	-	-
30- 44 años	20.261	-	-
45-60 años	16.013	-	-
> 60 años	14.161	-	-

Total general	101.808	TOTAL	78.774
----------------------	----------------	--------------	---------------

(*) Se tomaron 48 horas máximo por 52 semanas para 2.496 horas.

ACTIVIDADES A CONTRATAR	ACTIVIDADES HORA	HORAS TOTALES MEDICO AÑO	HORAS MAXIMO LEGAL AÑO (*)	CANTIDAD DE MEDICOS REQUERIDA 3280
78.774	3	26.258	2.496	11

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Estimación de las atenciones por profesional en odontología según población contratada por grupos poblacionales

GRUPO	POBLACION CONTRATADA	FRECUENCIA	ACTIVIDADES MEDICINA GENERAL
< 1 Año	3.813	1	3.813
1 año	3.000	1	3.000
2 a 5 Años	6.913	1	6.913
6- 12 Años	17.281	1	17.281
12-18 AÑOS	12.490	1	12.490
18 -29 años	7.877	0,5	3.939
30- 44 años	20.261	0,5	10.131
45-60 años	16.013	0,5	16.013

> 60 años	14.161	0,5	7.081
Total general	101.808	TOTAL	202.792

ACTIVIDADES A CONTRATAR	ACTIVDADES HORA	HORAS TOTALES MEDICO AÑO	HORAS MAXIMO LEGAL AÑO (*)	CANTIDAD DE MEDICOS REQUERIDA 3280
80.659	3	26.886	2.496	11

(*) Se tomaron 48 horas máximo por 52 semanas para 2.496 horas.

Fuente: elaboración propia

Determinación de la Cantidad existente de Profesionales en Salud

Se calculó de acuerdo a las horas de personal vinculado en la nómina de la entidad y las del personal contratado existente a marzo de 2020. De las horas totales se dedujo lo correspondiente a las horas asignadas al servicio de urgencias y hospitalización y las de otras atenciones diferentes a las requeridas por la resolución 3280.

Tabla 9. Determinación del déficit o exceso de profesionales en salud.

No.	CRITERIO	CANTIDAD			CUMPLE		OBSERVACIONES
		REQUERIDA (1)	EXISTENTE (2)	DEFICIT (2)-(1)	SI=1 NO=0	TIPO	
1	MEDICO GENERAL O FAMILIAR	31	27	-4	0	TH	
2	PROFESIONAL ENFERMERIA	11	12	1	1	TH	
66	PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA	11	15	4	1	TH	
71	PROFESIONALES EN ENFERMERIA, MEDICINA O NUTRICIÓN CON CONOCIMIENTO Y HABILIDADES EN VALORACIÓN Y CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA PROBADA			0	0	TH	
76	PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR O ENFERMERÍA, ENTRENADO Y CERTIFICADO PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN CLÍNICO DE LA MAMA			0	0	TH	
80	PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL CON ENTRENAMIENTO EN CANCER DE COLON Y RECTO			0	0	TH	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 2. Talento humano requerido vs existente



Fuente: elaboración propia

Comparados los datos de personal existente versus el requerido se encuentra que con relación a los profesionales de medicina, de los 31 profesionales en Medicina General requeridos para cumplir con la cantidad de atenciones anuales programadas de acuerdo con la resolución 3280, la ESE SUROCCIDENTE cuenta con 27, lo que representa un déficit de 4 médicos en el servicio, que tendrían que proveerse si se pretende ofertar el servicio con características de calidad en lo que respecta a tiempo de atención.

Se reitera que debido a que el personal médico desarrolla sus actividades en todos los servicios, sin que sea exclusivo para alguno de ellos, para obtener el cálculo de las horas médico-requeridas, se dedujo las de Urgencias y Hospitalización, así como las dedicadas a actividades de recuperación de la salud.

En cuanto al personal profesional de enfermería, se cuenta con 1 persona más de las requeridas, toda vez el personal existente es 12 y el requerido son 11. Igualmente se descontaron del número de horas contratadas las utilizadas en los servicios de urgencias, hospitalización y otros diferentes a los requeridos por la resolución 3280

Por último, el resultado del análisis de requerimiento de profesionales de odontología arroja que se tienen 15 profesionales mientras que los requeridos son 11, presentándose un exceso de profesionales que no se encuentran justificados de acuerdo a la estimación de por la producción de servicios.

Es importante que dentro de los procesos de calidad en la prestación de servicios, se acaten los tiempos de atención, por paciente que de acuerdo a estándares internacionales adoptados por las entidades rectoras de la salud en Colombia y por la SUPERSALUD, no puede ser inferior a 20 minutos. Esto garantiza la utilización eficiente del personal que presta el servicio.

10.3 Materiales

Tabla 10: materiales para examen físico

No.	CRITERIO	CANTIDAD			CUMPLE		TIPO	OBSERVACIONES
		REQUERIDA	EXISTENTE (2)	DEFICIT (1)	SI=1	NO=0		
10	KIT DE MATERIALES PARA LA APLICACIÓN DE LA EAD-3	12	8	-4	0		M	
16	TENSÍMETRO PEDIÁTRICO	28	20	-8	0		M	
18	PULSOXÍMETRO	28	25	-3	0		M	
20	BALANZA PESA BEBÉ	12	8	-4	0		M	
33	INTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, LA AUTONOMÍA Y LA IDENTIDAD				0		M	
54	MODELOS PARA EL USO DEL CONDÓN	10	7	-3	0		M	
55	MATERIAL PEDAGÓGICO PARA LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS				0		M	
65	EL CARNET DEL PROGRAMA DE TAMIZACIÓN DE CÁNCER			4	0		M	
72	INTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA				0		M	
73	MODELOS DE PECHO PARA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA				0		M	
74	MODELOS DE INSTRUMENTOS PARA EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA				0		M	
75	MODELOS DE INSTRUMENTOS PARA ALMACENAMIENTO DE LECHE MATERNA				0		M	
91	MATERIAL DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN, SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLÓN				0		M	

Fuente: elaboración propia

De los 30 criterios correspondientes a materiales, 13 no cumplen por no contar con las cantidades requeridas. Se destaca algunos elementos para el examen físico y material educativo para derechos sexuales y reproductivos y algunos esquemas sobre detección temprana de cáncer de mama y colon.

10.4 Historia clínica

Tabla 11. Historia clínica

No	CRITERIO	CUMPLE		TIPO	OBSERVACIONES
		SI=1	NO=0		
5	CUESTIONARIO VALE	0		HC	
6	APGAR FAMILIAR	0		HC	
9	LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES	0		HC	
11	TEST M-CHAT	0		HC	
24	CUESTIONARIO RQC	0		HC	
25	TEST DE ESTADIOS TANNER	0		HC	
26	TEST DE LA FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH HARRIS PARA IDENTIFICAR DÉFICIT COGNITIVO	0		HC	
28	CUESTIONARIO SRQ	0		HC	
29	TEST-CUESTIONARIO AUDIT.	0		HC	
30	TEST-CUESTIONARIO ASSIST.	0		HC	
32	ECOMAPA	0		HC	
34	PREGUNTAS DE WOOLEY	0		HC	
35	CUESTIONARIO GAD-2	0		HC	
36	ESCALA ZARIT	0		HC	
37	FINNISHRISK SCORE	0		HC	
40	ESCALA DE EPOC	0		HC	
41	ESCALA DE LAWTON-BRODY	0		HC	
42	TEST DE LINDA FRIED	0		HC	
44	TABLAS DE FRAMIGHAN	0		HC	
45	MINIMENTAL STATE	0		HC	
69	ÍNDICES COP Y COP-MODIFICADO (C(ICDAS)OP)	0		HC	

Fuente: elaboración propia

De los 29 criterios establecidos en la resolución 3280 referentes a anexos o componentes de la Historia Clínica, la ESE SUROCCIDENTE no cumple con 21 de ellos.

A diferencia de los criterios faltantes o insuficientes en materia de recurso humano, materiales o insumos, que pueden ser fácilmente subsanables desde el punto de vista técnico y financiero, los relacionados con Historia Clínica presentan mayor dificultad de cumplimiento, por cuanto se requiere de un proceso técnico complejo de ingeniería que implica desarrollo de software y ajustes del aplicativo actual de Historia Clínica Electrónica a la medida, cuyos resultados no son plenamente previsibles. Esto quiere decir que en dicho proceso como en la mayoría en la que se involucra desarrollo y programación de software,

existe un alto grado de experimentación, a través de pruebas de ensayo y error, para dar con el producto adecuado que se ajuste a las necesidades de información requeridas. Además, el costo de realizar estas adecuaciones o desarrollos en el software son onerosos y su costo se incrementa dependiendo de qué tan robusto es el sistema de información en el que se aloja y que el nivel de avance en el sistema de la implementación de la resolución 3280.

De acuerdo a la normatividad existente en materia de obligatoriedad de la Historia Clínica Electrónica, en particular el párrafo transitorio del artículo 112 de la ley 1438 de 2011, en la cual establece como plazo el 31 de diciembre de 2018 para su aplicación y la ley 215 de 2020 que establece como plazo de cinco años para que entre en funcionamiento la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica, ésta se convierte en un factor importante de competitividad, pues las entidades que se encuentran más preparadas para el manejo de los datos de los pacientes a través de la Historia Clínica serán posiblemente las que tengan mayor posibilidad de permanecer en el mercado.

Lo anterior cobra mayor validez si tenemos en cuenta que los elementos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, como Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistemas de Información para la Calidad y PAMEC involucran la historia clínica en sus estándares a evaluar. Aunque la resolución 3100 de 2019 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, no exige como tal la Historia Clínica Electrónica, como requisito de habilitación, es claro que las instituciones para garantizar la calidad en la Historia Clínica y poder realizar un manejo adecuado de los datos, debieron migrar de la Historia Clínica física a la electrónica, pues el volumen e integralidad de los datos hace

imposible el manejo en el formato físico, e impide que procesos importantes como estadística, facturación, auditoría y venta de servicios puedan desempeñarse de manera óptima. Actualmente a la luz del parágrafo 2 de artículo 3 de la ley 2015 de 2020, la Historia Clínica no solamente es obligatoria, sino que su interoperabilidad será exigida como criterio de habilitación, los que refuerza su importancia como factor de ventaja competitiva.

10.5 Insumos

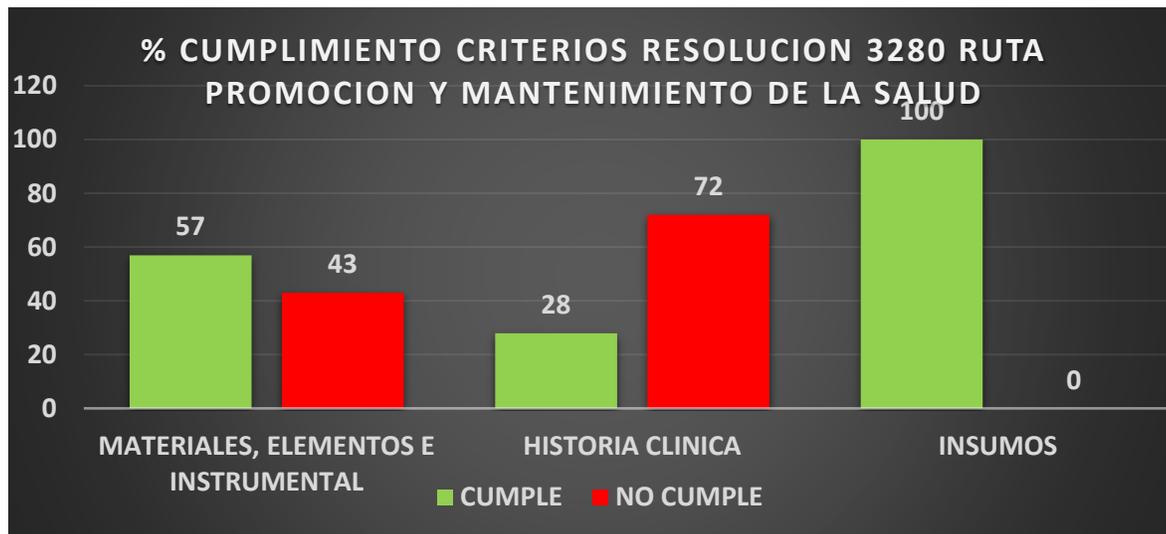
En cuanto a insumos requeridos para cumplimiento de la ruta mencionada de la resolución 3280, los datos obtenidos arrojan un cumplimiento del 100%. Esto debido a que son insumos básicos utilizados para el examen físico, que todo consultorio debe tener.

Tabla 12. Cumplimiento criterios de materiales, historia clínica e insumos de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud según resolución 3280 de 2018.

CRITERIO	VALORACION	NUMERO	%
MATERIALES, ELEMENTOS E INSTRUMENTAL	CUMPLE	17	57
	NO CUMPLE	13	43
	TOTAL	30	100
HISTORIA CLINICA	CUMPLE	8	28
	NO CUMPLE	21	72
	TOTAL	29	100
INSUMOS	CUMPLE	5	100
	NO CUMPLE	0	0
	TOTAL	5	100

Fuente: elaboración propia

Gráfica 3. Cumplimiento criterios resolución 3280



Fuente: elaboración propia

Tabla: Estimación costeo criterios faltantes o insuficientes res 3280

CRITERIO	NUMERO DE MEDICO GENERAL O FAMILIAR	HISTORIA CLINICA	MATERIALES	TOTAL
REQUERIDO	31			
EXISTENTE	27			
DEFICIT	4			
VALOR HORA	29.200	70.000		
HORAS X PERSONA	208	3.200		
VALOR MES	24.294.400			
VALOR AÑO	291.532.800	224.000.000	6.840.000	522.372.800

Fuente: elaboración propia

Para subsanar las deficiencias en materia de cumplimiento de la resolución 3280 en la ruta mencionada, se requiere una inversión estimada de \$ 522.372.800

11. CONCLUSIONES

- La ESE SUROCCIDENTE no cuenta con el suficiente personal médico que asuma las atenciones requeridas bajo la resolución 3280, pues según el estudio se requieren 31 médicos y solamente cuenta con 27. Esto requiere de una profunda revisión de los mecanismos de planeación en la provisión del talento humano. Se evidencia en los puntos de atención que los profesionales de medicina realizan actividades tanto de consulta externa, urgencias y hospitalización, por tal motivo no tienen dedicación exclusiva a algún servicio. En lo que respecta a los profesionales requeridos en enfermería y odontología, cumple con lo requerido.
- En cuanto a materiales, presenta déficit en material pedagógico para la información y educación en derechos sexuales y reproductivos, detección temprana de cáncer de mama, de próstata y de colon. Igualmente, en Instrumentos para la valoración de derechos sexuales y reproductivos y técnicas de lactancia materna y mínimamente en equipos e instrumental.
- En cuanto a Historia Clínica la ESE SUROCCIDENTE no cumple con el 72% de los criterios exigidos en la resolución 3280. Esta situación merece particularmente la atención, porque a diferencia del déficit en recurso humano o materiales, los cuales son subsanables, con la contratación o compra de lo faltante, en Historia Clínica Sistematizada depende de un proceso de ingeniería que requiere de ajustes en el

Sistema de información y desarrollo a la medida, a cargo del proveedor, proceso que no es inmediato y además es oneroso.

- El no cumplimiento de los criterios establecidos para la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, que pudiera dar lugar a no garantizar la oferta de servicios en la ESE SUROCCIDENTE, tiene gran impacto en la salud de la población, toda vez que se vulnera el acceso y la oportunidad de los servicios, porque los usuarios tendrían que buscar los servicios en zonas geográficas diferentes a los municipios de cobertura de la ESE. O en su defecto tendría que buscar un operador privado que ofrezca el servicio en la zona, asumiendo los costos de la atención, además se verían afectados los resultados en salud al no diagnosticar a tiempo los posibles problemas de salud correspondientes a las diferentes etapas de la vida de las comunidades.
- El no cumplimiento a la resolución 3280 causaría un impacto financiero alto, aumentando el porcentaje de glosa, en el momento en que entre en vigencia. En la actualidad el gobierno expidió la resolución 276 del 2019 donde aumenta el plazo para la implementación por tres años más a partir de enero de 2020.

12. RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio a profundidad de la Provisión del Recurso Humano requerido que incluya tanto las atenciones de la ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud en cumplimiento de la resolución 3280, como la de otros servicios ambulatorios de recuperación de la salud, urgencias y hospitalización., que permita conocer la necesidad real de profesionales y personal de la salud en general acorde además con la normatividad del SOGC.
- Adelantar la contratación del diseño e implementación de los ajustes requeridos por el Sistema de Historia Clínica Sistematizada, a fin de cumplir con la resolución 3280 de 2018 y lograr la diferenciación competitiva en el mercado de salud.
- Diseñar un plan de adquisición de equipos, materiales e insumos, incluido su mantenimiento y reposición, necesarios para dar cumplimiento a la ruta integral de Promoción y mantenimiento de la salud, que pueda ser incorporado en el Plan Anual de Adquisiciones de la Entidad.

13. BIBLIOGRAFIA

(Autor desconocido). Declaración de ALMA- ATA: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS: The Pan American Health Organization; 1978.

Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Jiménez de la Jara J, Abraham H (1910-2000). Padre de la Salud Pública Panamericana. Chile: Rev Méd; 2003.

Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Bogotá:

Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

Paul A. Samuelson y William D. Nordhaus: Macroeconomía; 1997.

Servicio nacional de salud. Exposición Dr. Abraham Horwitz Barak sobre esquema de la organización técnica del servicio y las razones que se tuvieron en vista para no incluir un departamento de salud dental. Chile: unidad de patrimonio cultural. Disponible en:

<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/74>

Plan de desarrollo institucional 2018-2020. Popayán: E.S.E Sur Occidente; 2018.

Disponible en:

<http://www.esesuroccidente-cauca.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-institucional-20182020>

Rutas integrales de atención en salud – RIAS. Bogotá: Ministerio de salud y protección

social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

Ruta para mejorar la salud maternal. Bogotá: Ministerio de salud y protección social.

Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>

Tejada D. La historia de la Conferencia de AlmaAta. Peru: Revista peruana de ginecología y obstetricia; 2018. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008

ANEXOS:

1. Carta de autorización del proyecto.
2. Instrumento de recolección de datos Utilizado

Anexo 1 Carta de autorización del proyecto.



Popayán, 13 de Febrero de 2020.

Señores,

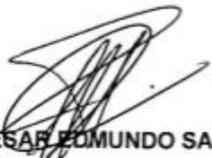
YULY EDITH MUÑOZ ANTE
HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
JOSÉ FERNANDO DORADO GARCÉS

Estudiantes Especialización en Administración de la Salud.
Universidad Católica de Manizales.

Cordial Saludo,

En respuesta a su solicitud de fecha 10 de febrero de 2020, me permito autorizar que el proyecto investigativo denominado "Análisis de la capacidad instalada requerida para la implementación de la ruta integral de atención para la promoción de la salud en cumplimiento de la resolución 3280 de 2018" se adelante en la E.S.E SUROCCIDENTE. En tal sentido, la institución se encuentra presta a colaborar con el suministro de la información requerida.

Atentamente,



CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS
Gerente
E.S.E SUROCCIDENTE

Calle 5B 2-32 Barrio Loma de Cartagena – Popayán
Teléfono: 3106924954
Nit: 900145767-8
esesuroccidente@gmail.com
www.esesuroccidente-cauca.gov.co

Anexo 2 Instrumento de recolección de datos Utilizado

- LISTA DE CHEQUEO TALENTO HUMANO**

LISTA DE CHEQUEO DE TALENTO HUMANO Y MATERIALES, IMPLEMENTOS E INSUMOS PARA RUTA INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 DE 2018

CONSOLIDADO

No.	CRITERIO	CANTIDAD			CUMPLE		TIPO	OBSERVACIONES
		REQUERIDA (1)	EXISTENTE (2)	DEFIC (2)	SI=1 NO=0			
1	MEDICO GENERAL O FAMILIAR						TH	
2	PROFESIONAL ENFERMERIA						TH	
53	PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA						TH	
58	PROFESIONALES EN ENFERMERIA, MEDICINA O NUTRICIÓN CON CONOCIMIENTO Y HABILIDADES EN VALORACIÓN Y CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA PROBADA						TH	
63	PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR O ENFERMERÍA, ENTRENADO Y CERTIFICADO PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN CLÍNICO DE LA MAMA						TH	
66	PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL CON ENTRENAMIENTO EN CANCER DE COLON Y RECTO						TH	

- LISTA DE CHEQUEO HISTORIA CLINICA**

LISTA DE CHEQUEO DE TALENTO HUMANO Y MATERIALES, IMPLEMENTOS E INSUMOS PARA RUTA INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 DE 2018

CONSOLIDADO

No.	CRITERIO	CANTIDAD			CUMPLE		TIPO	OBSERVACIONES
		REQUERIDA (1)	EXISTENTE (2)	DEFIC (2)	SI=1 NO=0			
3	EAD-3						HC	
4	PATRONES DE REFERENCIA PARA CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL						HC	
5	CUESTIONARIO VALE						HC	
6	APGAR FAMILIAR						HC	
8	TABLAS DE PERCENTILES DE PRESIÓN ARTERIAL						HC	
9	LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES DEL OÍDO, AUDITIVAS, VESTIBULARES Y						HC	
11	TEST M-CHAT						HC	
12	FAMILIOGRAMA						HC	
24	CUESTIONARIO RQC						HC	
25	TEST DE ESTADIOS TANNER						HC	
26	TEST DE LA FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH HARRIS PARA IDENTIFICAR DÉFICIT COGNITIVO						HC	
27	TABLAS Y GRAFICAS DE LOS PATRONES DE REFERENCIA PARA LA CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL						HC	
28	CUESTIONARIO SRQ						HC	
29	TEST-CUESTIONARIO AUDIT.						HC	
30	TEST-CUESTIONARIO ASSIST.						HC	
31	ECOMAPA						HC	
33	PREGUNTAS DE WOOLEY						HC	
34	CUESTIONARIO GAD-2						HC	
35	ESCALA ZARIT						HC	
36	FINNISHRISK SCORE						HC	
37	TABLAS DE ESTRATIFICACIÓN DE LA OMS						HC	
39	ESCALA DE EPOC						HC	
40	ESCALA DE LAWTON-BRODY						HC	
41	TEST DE LINDA FRIED						HC	
42	ESCALA DE BARTHEL						HC	
43	TABLAS DE FRAMIGHAN						HC	
44	MINIMENTAL STATE						HC	
54	ODONTOGRAMA O CARIOGRAMA						HC	
56	ÍNDICES COP Y COP-MODIFICADO (C(ICDAS)OP)						HC	

• **LISTA DE CHEQUEO MATERIALES**

LISTA DE CHEQUEO DE TALENTO HUMANO Y MATERIALES, IMPLEMENTOS E INSUMOS PARA RUTA INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 DE 2018

CONSOLIDADO

No.	CRITERIO	CANTIDAD			CUMPLE		TIPC	OBSERVACIONES
		REQUERIDA (1)	EXISTENTE (2)	DEFICIENCIA (2)	SI=1 NO=0			
7	CARNET DE SALUD INFANTIL						M	
10	KIT DE MATERIALES PARA LA APLICACIÓN DE LA EAD-3						M	
13	FONENDOSCOPIO						M	
14	EQUIPO DE ORGANOS						M	
15	TENSÍMETRO						M	
16	TENSÍMETRO PEDIÁTRICO						M	
17	CINTA METRICA						M	
18	PULSOXÍMETRO						M	
19	OPTOTIPÓS MOSFOSCÓPICOS O ANGULARES PARA AGUDEZA VISUAL						M	
20	BALANZA PESA BEBÉ						M	
21	BALANZA DE PIE						M	
22	INFANTÓMETRO						M	
23	TALLÍMETRO						M	
32	INTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, LA AUTONOMÍA Y LA IDENTIDAD						M	
38	ELEMENTOS PARA VALORACIÓN VISUAL						M	
46	MODELOS PARA EL USO DEL CONDÓN						M	
47	MATERIAL PEDAGÓGICO PARA LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS						M	
48	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE IMPLANTES SUBDERMICOS Y DIU'S						M	
50	MATERIAL DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN QUE PERMITAN ORIENTAR FRENTE A LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO						M	
51	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE TAMIZACIÓN						M	
52	EL CARNET DEL PROGRAMA DE TAMIZACIÓN DE CÁNCER						M	
55	INSTRUMENTOS DE CLASIFICACIÓN DE CARIES COMO ICDAS						M	
57	PAQUETE INSTRUMENTAL BÁSICO DE EXAMEN ODONTOLÓGICO						M	
59	INSTRUMENTOS DE VALORACION DE LAS TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA						M	
60	MODELOS DE PECHO PARA EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA						M	
61	MODELOS DE INSTRUMENTOS PARA EXTRACCION DE LECHE MATERNA						M	
62	MODELOS DE INSTRUMENTOS PARA ALMACENAMIENTO DE LECHE MATERNA						M	
65	MATERIAL DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN, COMO CARTILLAS, MANUALES O ROTAFOLIOS SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA						M	
68	MATERIAL DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN, SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PROSTATA						M	
69	MATERIAL DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN, SOBRE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON						M	

• **LISTA DE CHEQUEO INSUMOS**

LISTA DE CHEQUEO DE TALENTO HUMANO Y MATERIALES, IMPLEMENTOS E INSUMOS PARA RUTA INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 DE 2018

CONSOLIDADO

No.	CRITERIO	CANTIDAD			CUMPLE		TIPC	OBSERVACIONES
		REQUERIDA (1)	EXISTENTE (2)	DEFICIENCIA (2)	SI=1 NO=0			
45	ANTICONCEPTIVOS ORALES, INYECTABLES, SUBDERMICOS, INTRAUTERINOS Y METODOS DE BARRERA						I	
49	INSUMOS PARA PROCEDIMIENTOS						I	
64	BATAS DESECHABLES						I	
67	INSUMOS DE LABORATORIO PARA GENERAR EL REPORTE CUANTITATIVO DE LA PSA						I	
70	FORTIFICACION CON MICRONUTRIENTES						I	