

ANÁLISIS DE SUFICIENCIA DE RED DE SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD
EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO DE LA EPS-I MALLAMAS

UNIVERSIDAD CES Y UNIVERSIDAD MARIANA
POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 40
PASTO-NARIÑO

2009

ANÁLISIS DE SUFICIENCIA DE RED DE SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD
EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO DE LA EPS-I MALLAMAS

LORENA JURADO BURBANO
YUDY VELASQUEZ PANTOJA

Asesor:

ABELARDO GUZMAN HURTADO

PROPUESTA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN
SALUD

UNIVERSIDAD CES Y UNIVERSIDAD MARIANA
POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 40

PASTO-NARIÑO
2009

TABLA DE CONTENIDO

Página

1. Resumen
2. Introducción.
3. Justificación
4. Marco legal
5. Marco teórico
6. Hipótesis
7. Objetivos
- 7.1 Objetivo general
- 7.2 Objetivos específicos
8. Marco metodológico
9. Análisis
10. Cumplimiento de criterios de baja complejidad
- 10.1 Análisis de capacidad instalada
11. Indicadores
12. Conclusiones
13. cronograma de actividades
14. presupuesto
15. recomendaciones y sugerencias
16. Bibliografía
17. Anexos

1. RESUMEN

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud se aborda varios procesos los cuales la EAPB están obligados a cumplir, entre ellos se encuentran los procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud donde claramente se estipula que las empresas mencionadas anteriormente están comprometidas a realizar la auto-evaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud la cual **evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red**, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas y exigidas por la norma. Partiendo de este punto consideramos que La EPS-I MALLAMAS, tiene entre sus responsabilidades la de regular la oferta de los servicios de salud integrando al subsector salud oficial y privado para satisfacer la demanda que genere la población objeto. Por esto es importante definir la capacidad de la oferta contratada por la EPS, de tal forma que permita el acceso a los servicios de salud de los afiliados con características de calidad: Accesibilidad, oportunidad, integralidad; por ende la finalidad de este estudio es recopilar y analizar la información de la Red de prestadores de servicios de baja complejidad contratada por la EPS - I MALLAMAS, de acuerdo a los criterios de suficiencia establecidos para este fin analizando cuantitativamente la red de prestadores contratada y orientarlos sobre los aspectos que se deben tener en cuenta para planear la red de servicios de acuerdo a las características de su población enfatizando específicamente en la áreas de medicina y odontología general.

El estudio realizado arroja como resultado un aspecto muy importante y es que la red de servicios contratada teniendo en cuenta baja complejidad y los servicios de medicina y odontología general afrontan diversos problemas en cuanto a la suficiencia del recurso humano y factores externos de acceso geográfico que de alguna forma afectan la oportuna atención a sus pacientes afiliados. Sumado a esto se encontró también que algunas IPS presentan deficiencia en su capacidad instalada ya que los servicios habilitados para un fin determinado están destinados para cumplir otras funciones que no les corresponden, situación que afecta indudablemente garantiza un adecuado servicio.

2. INTRODUCCIÓN

Mallamas EPS-I es una Entidad de derecho público de carácter especial que garantiza el aseguramiento en salud, funcionando con procesos eficientes, oportunos y con calidad, protegiendo de manera efectiva los derechos a la Seguridad Social y a la salud de los pueblos indígenas y no indígenas, con equidad, solidaridad y humanismo, observando y promoviendo el respeto a su estilo de vida, a su integridad étnica, a sus creencias y a sus valores socioculturales. Actualmente se fortalece como una de las entidades más sólidas del departamento de Nariño y del país contando actualmente con un total de **257.581** afiliados.

MALLAMAS EPS-I inicia su gestión con cinco mil afiliados, a finales de 1996 cuenta con veintiocho mil, gracias a su consolidación patrimonial la supersalud mediante resolución 0338 del 28 de abril de 1997 amplía a ciento treinta mil beneficiarios la capacidad de afiliación de la empresa y su cobertura geográfica a 32 municipios. En el año de 1998 y por evaluación realizada por el ministerio de salud a través de CINDER y la Universidad del Valle, es calificada como la mejor empresa solidaria de salud de Nariño y una de las 10 primeras del país.

En 1999 se realiza el convenio ETNOSALUD conformado por la ESS Guátara, la cooperativa Alcatraz y ESS MALLAMAS, el cual se termina por las exigencias gubernamentales expresadas a través del decreto 1804 del mismo año.

En el año 2000 por las exigencias normativas del Gobierno Nacional, entra en proceso de incorporación, sin embargo y debido a las consideraciones y lucha de las Administradoras del Régimen Subsidiado creadas y conformadas por las autoridades indígenas, se logra consolidar el proceso de transformación en EPS INDÍGENA.

MALLAMAS EPS-I hace presencia en 12 departamentos de Colombia y su red de servicios se encuentra discriminada de la siguiente manera: Amazonas 3 IPS, Caldas 20, Caquetá 1, Cauca 13, Cundinamarca 8, Guainía 1, Huila 6, Meta 7, Nariño 65, Putumayo 8, Valle 4 y Vaupés 1 IPS contratada de las cuales 90 instituciones brindan atención en lo concerniente a baja complejidad.

Es así como el siguiente trabajo pretende recopilar y analizar la información de la Red de prestadores de servicios de baja complejidad contratada por la EPS – I MALLAMAS, de acuerdo a los criterios de suficiencia establecidos para este fin.

Se explicará la metodología utilizada, los resultados obtenidos al consolidar la información enviada por las instituciones prestadoras de salud según los servicios

contratados para la prestación de los servicios POS-S a los afiliados de la EPS-I MALLAMAS.

3 –JUSTIFICACIÓN

La EPS-I MALLAMAS, tiene entre sus responsabilidades la de regular la oferta de los servicios de salud integrando al subsector salud oficial y privado para satisfacer la demanda que genere la población objeto. Por esto es importante definir la capacidad de la oferta contratada por la EPS, de tal forma que permita el acceso a los servicios de salud de los afiliados con características de calidad: Accesibilidad, oportunidad, integralidad, etc.

Según la normatividad se definen e implementan criterios de suficiencia que permitan a la EPS-I MALLAMAS unificar los datos de las IPS de baja complejidad para poder evaluar cuantitativamente la red de prestadores contratada y orientarlos sobre los aspectos que se deben tener en cuenta para planear la red de servicios.

4 - MARCO LEGAL

- Resolución 5261/94: Establece Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS en el sistema general de seguridad social en salud.
- Decreto 2357/95: Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado.
- Acuerdo 77/97: Define forma y condiciones de operación del régimen subsidiado.
- Decreto 1804/99: Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado
- Acuerdo 244 de 2003: Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- ACUERDO 000306 DE 2005 por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado
- ACUERDO 000300 DE 2005 por el cual se definen algunas condiciones de operación en el régimen subsidiado
- Decreto 1011/06 Define Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad- proceso suficiencia de la red.
- RSLN. 1043 DE 2006 – COMPONENTE PAMEC*
- PAUTAS DE IMPLEMENTACION DEL PAMEC – MINPROTECCION SOCIAL
- Ley 1122 de 2007 Por la cual se modifica el Sistema general de Seguridad social en salud.

5. MARCO TEORICO

Como Aseguramiento en Salud se entiende la Administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios de salud que garanticen el acceso definitivo, la garantía de calidad en la prestación de servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. El asegurador asume el riesgo transferido por el usuario en cumplimiento al Plan de Salud Subsidiado

FUNCIONES PROPIAS DE LAS EPS

Según las normas vigentes las funciones básicas de las EPS son la de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados (numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100)” y la de “Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad...” (literal b, artículo segundo del decreto 1485 de 1994). Las EPS en cada régimen “son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento” (artículo 14 de la Ley 1122) por lo cual se consideran aseguradoras. Ellas ofrecen un plan de seguros especial completamente regulado por el Estado.

La función más importante de las EPS es la de administrar el riesgo en salud de los afiliados. Para ello deben conocer la información de las causas de enfermedad y mortalidad de sus afiliados y de los riesgos que las generan, de tal manera que puedan planear, diseñar y organizar modelos de atención que reduzcan, dentro de sus competencias, la probabilidad de su ocurrencia o disminuyan la severidad de sus efectos.

Las prioridades de salud de una EPS no necesariamente coinciden con las prioridades de la población general de un municipio porque las características socio-económicas, que pueden generar diferentes riesgos de enfermar, son diferentes a las de la población no afiliada. La EPS, en este sentido, debe identificar los riesgos específicos que se generan entre su población afiliada y que generan los mayores gastos para la entidad, de tal manera que desarrolle las acciones pertinentes para disminuir su probabilidad de ocurrencia y el costo de su atención.

Es importante mencionar que el fenómeno de salud-enfermedad está influido por múltiples riesgos, muchos de los cuales la EPS no puede intervenir, pero que debe conocer y medir para detectarlos oportunamente y minimizar su impacto.

El Ministerio de la Protección Social tiene amplia injerencia en las normas sobre protección específica y programas de interés en salud pública que pueden tener

impacto en la eficiencia en que la EPS desarrolle su gestión en este campo, las cuales es necesario considerar y medir su impacto en la eficiencia.

Gestión de Prestadores

La gestión sobre los prestadores se refiere a la obligación que tienen las EPS de organizar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que sean necesarias para la atención de sus afiliados, de acuerdo con el análisis de las causas de enfermedad y muerte y los riesgos que las generan.

Esto significa que las EPS deben poner a disposición de sus afiliados una red de servicios, propios o contratados, que permita la atención oportuna de las necesidades de la población, en caso de requerirse. Cuando la disponibilidad de servicios lo permite, la EPS debe ofrecer al afiliado varias opciones de red que cumplan criterios de calidad al mejor costo posible.

Sobre este punto es necesario considerar el impacto de las normas sobre integración vertical que generan inflexibilidades e ineficiencias por la imposibilidad de crear nuevos servicios en donde no hay disponibilidad de oferta de buena calidad a buen precio, cuando la EPS ya sobrepasa el porcentaje permitido por la Ley.

El principal desafío de estas empresas promotoras de salud del régimen subsidiado, como parte de un sistema de atención en salud, es promover, restaurar o mantener la salud mediante intervenciones poblacionales o individuales (OMS, 2000) de su población afiliada, pues en su concepción individual como colectiva, la salud es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, socioeconómicos y culturales que ocurren en la sociedad

Dentro de los lineamientos normativos del SGSSS, existen estudios y experiencias que permiten utilizar básicamente metodologías de planificación del recurso humano de tipo cualitativo, pero que no permiten estimar o programar el número de profesionales, técnicos y auxiliares necesarios para cubrir las necesidades de servicios de salud de la población.

En los protocolos y guías de atención se pueden identificar las acciones que los profesionales, técnicos y auxiliares deben realizar para garantizar el cumplimiento de los planes de beneficios, pero no se presentan con claridad estándares de utilización de los servicios de salud (concentraciones, rendimientos, frecuencias de usos) de estas acciones y más aún no se explica el nivel de participación de diferentes disciplinas en las actividades de tipo grupal.

Cuando se parte de un modelo de atención que busca satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población, es necesario contar con una herramienta

que permita cuantificar el recurso humano en salud requerido para dar respuesta a dichas necesidades de acuerdo a parámetros demográficos y epidemiológicos, de utilización de los servicios revelados históricamente de una manera practica y fácil de usar.

En el modelo de dinámica de sistemas que apoya la metodología de planificación del recurso humano, se incluyen una serie de variables que interactúan para dar una visión del comportamiento del recurso humano del SGSSS en el futuro en distintos escenarios. Es indispensable proponer una metodología que permita construir estándares de referencia y calcular el recurso humano requerido, de acuerdo al modelo de atención, al sistema de aseguramiento, perfil epidemiológico y demográfico, a la demanda histórica y los nuevos roles en el tiempo.

La prestación de servicios de Salud está condicionada en gran medida por la calidad y la cantidad de recurso humano que se forma en las instituciones que la sociedad ha seleccionado para este fin, y por la oferta que el entorno genere para absorber el recurso. El entorno de Marketing de una organización en sus relaciones de intercambio se puede definir como el conjunto de fuerzas directas e indirectas y controlables e incontrolables que son susceptibles de ejercer influencia, desde un ámbito microeconómico y macroeconómico, en todas sus acciones, decisiones y resultados

En el caso concreto de la dinámica de la oferta y demanda del sector de la salud juegan un papel preponderante: El sistema de educación a través de su oferta de educación formal y no formal, su regulación y su búsqueda de calidad y eficiencia; el sector de la protección social a través de su reglamentación, requisitos de calidad y definición de estándares de absorción de recursos humanos.

Recursos humanos

- 1964: se realiza el “Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica”, por parte de Ascofame y el Ministerio de Salud con el patrocinio de la Fundación Milbank.
- 1976 se crea la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud cuyas funciones deberían ser la planificación del recurso humano en salud
- 1977, creación del Consejo Nacional y territoriales para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, de participación intersectorial, que sería la encargada de la planificación local de RRHH en Salud.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SOGCS-

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad: El plan cubre la atención para todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según lo definido para ese nivel en los artículos 20, 21, 96 al 100 y del 103 al 104 de la Resolución 5261 de 1994.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

CONSULTA MEDICA GENERAL O PARAMEDICA.

Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Se establece que de acuerdo a las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año; a partir de la tercera consulta se establecerá el cobro de cuotas moderadoras de acuerdo con el reglamento respectivo, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral. Las Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.

Las acciones que el médico general debe realizar para garantizar a la población el Plan Obligatorio de Salud – POS- son: La educación grupal, La valoración diagnóstica y tratamiento médico, Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos generales, El apoyo a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados, La atención de urgencias y emergencias y La atención de partos de bajo riesgo

Desde el punto de vista de la calidad, la formación el médico colombiano se caracteriza por un buen reconocimiento de su nivel profesional en el concierto latinoamericano. El perfil académico de nuestro médico general es un perfil exigente, que lo prepara para el desempeño en acciones de promoción y recuperación de la salud y prevención de la enfermedad, tanto en el nivel individual, como familiar y comunitario.

Cada vez los componentes curriculares relacionados con aspectos gerenciales y administrativos de los servicios de salud, hasta los sistemas de salud están siendo considerados en mayor extensión y profundidad. El componente humanístico

dentro de los planes de estudio requiere probablemente ser reforzado, la formación universitaria en nuestro país continúa siendo esencialmente profesionalizante, y ésta situación no es distinta para la medicina. Ospina y Rey hacen una amplia descripción del perfil humano, científico, laboral y profesional del médico. Vale la pena destacar la acción de ASCOFAME durante los últimos ocho años para que la formación del médico sea de carácter integral en un sano equilibrio entre las acciones de atención individual de la enfermedad y las colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Encontramos que en la actualidad existe mayor oferta de profesionales que la demanda a cubrir.

ODONTOLOGIA GENERAL

El profesional odontólogo es un servidor de la sociedad y, por consiguiente, debe someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humanas. De acuerdo con lo anterior, la atención al público exige como obligación primaria dar servicios profesionales de calidad y en forma oportuna.

El odontólogo dedicará a sus pacientes el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud bucal. Igualmente indicará los exámenes indispensables para establecer el diagnóstico y prescribir el tratamiento correspondiente. Se entiende por ejercicio de la odontología la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.

Las acciones que el odontólogo debe realizar para garantizar a la población el Plan Obligatorio de Salud –POS- son: La educación en salud grupal, La valoración diagnóstica y tratamiento odontológico, Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de salud oral y la Atención de urgencias y emergencias.

En las acciones de Educación en salud grupal de promoción y prevención, se estimó una participación del 4% por parte del odontólogo, en esta actividad. La distribución de los grupos por ámbito es igual a la descrita para el médico general. En el nivel de intervención de recuperación de la salud y rehabilitación se incluyen además de la actividad anterior, la Valoración diagnóstica y tratamiento odontológico.

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de salud oral y la atención de urgencias o emergencias. Las acciones que el odontólogo debe realizar para garantizar a la población el Plan de Atención Básica –PAB- son: Las actividades educativas grupales a la población general, y a grupos vulnerables (SIPI y control prenatal) y el Apoyo a las acciones de vigilancia epidemiológica general. En las

actividades educativas que se incluyen como acciones de promoción y fomento de la salud, Se encontró que el odontólogo participa con el 4% del tiempo requerido para dar educación en salud a grupos de la población general, y con el 5% en las acciones educativas para los grupos de los programas SIPI y Control Prenatal. Para asegurar la Vigilancia en Salud Pública y control de factores de riesgo, el odontólogo debe realizar visitas de campo y estudios como Apoyo a la vigilancia epidemiológica. Para estimar la duración de las actividades contempladas en los planes de beneficio (POS y PAB) para el odontólogo al igual que para el médico general y las demás disciplinas y profesiones del sector salud, se tomó como referente los protocolos de atención establecidos para cada una de ellas y los lineamientos de ley contemplados en la Resolución 00412del 25 de febrero del 2000 entre otras.

6. HIPOTESIS

Actualmente MALLAMAS EPS INDÍGENA se fortalece como una de las entidades más sólidas del departamento y del país contando actualmente con un total de 257.581 afiliados.

Desde su origen podemos ver que cada vez su población afiliada aumenta lo cual nos invita a evaluar si la red de servicios contratada por dicha empresa es suficiente para atender a su población afiliada, teniendo en cuenta que MALLAMAS EPS-I no ha realizado un análisis que arroje esta información y mas aun considerando que es uno de los procesos prioritarios obligatorios de acuerdo a lo estipulado EN EL DCTO. 1011 DE 2006.

Partimos de la hipótesis de que MALLAMAS EPS-I cuenta con una red de baja complejidad SUFICIENTE para garantizar el plan de beneficios a sus afiliados en el Departamento de Nariño.

7- OBJETIVOS

7.1- Objetivo General

Evaluar sistemáticamente el cumplimiento de la suficiencia de la red de los servicios ambulatorios de medicina y odontología general contratados por la EPS MALLAMAS-I con sus diferentes IPS, teniendo en cuenta que es uno de los procesos prioritarios obligatorios para las EAPB, de acuerdo a lo estipulado EN EL DCTO. 1011 DE 2006.

7.2- Objetivos Específicos

Establecer criterios de suficiencia de red de servicios, como instrumento para realizar la consolidación de datos y su posterior análisis.

Brindar herramientas a la EPS-I MALLAMAS para planear su red de prestadores de acuerdo a las características de su población afiliada, disminuyendo así las barreras de acceso a los servicios de salud.

Evaluar la capacidad instalada de las IPS de baja complejidad adscritas a la red enfatizando en los servicios ambulatorios de medicina y odontología general, cuya oferta este realmente disponible para los usuarios y la EPS-I MALLAMAS.

Evaluar la coherencia entre los servicios de baja complejidad contratados por MALLAMAS EPS-I y los servicios habilitados por la mencionada red.

8- MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Observacional Descriptivo.

Universo: IPS de baja complejidad contratadas por EPS-I MALLAMAS para atender sus afiliados a nivel de Nariño.

Unidad de Observación; servicios ambulatorios de medicina y odontología general, teniendo en cuenta el número de afiliados de cada una de las IPS de baja complejidad.

Validación Servicios Contratados: Verificar que los servicios contratados de baja complejidad hayan sido declarados de acuerdo al formulario de Inscripción en el régimen especial de prestadores de servicios de salud.

Capacidad instalada: Disponibilidad de infraestructura física y recurso humano para atender su población asignada en los servicios ambulatorios de Medicina General y Odontología.

- **Variables**

A - IPS de baja complejidad que conforman la red de prestadores de servicios de la EPS-I MALLAMAS.

B- Validación de servicios contratados y declarados de acuerdo al formulario de Inscripción en el régimen especial de prestadores de servicios de salud.

C- Capacidad instalada

- Servicio Ambulatorio de Medicina general: Instituciones de primer nivel evaluadas que cumplen con el criterio establecido.
- Servicio Ambulatorio de Odontología general: Instituciones de primer nivel evaluadas que cumplen con el criterio establecido.

9- ANÁLISIS

Durante el primer semestre del 2009 se envió a 96 IPS contratadas a la fecha, el documento "Ficha técnica para la evaluación de la red de servicios contratada por EPS-I MALLAMAS" adjuntando el instructivo respectivo para su diligenciamiento con un plazo urgente para el envío al área de Coordinación de Contrataciones de MALLAMAS de la información solicitada aportando: Capacidad Instalada, oferta de servicios, Contratos suscritos con otras EPS, declaración en el formulario de inscripción en el régimen especial de prestadores de servicios de salud, servicios Habilitados.(VER ANEXO)

Las primeras respuestas de las IPS a esta Solicitud se comenzaron a recibir a partir de día 20 de Febrero de 2009, se recibió información de 35 IPS de las cuales 30 enviaron Información completa y 5 incompleta, encontrándose 19 IPS Publicas y 16 IPS privadas.

En la mencionada ficha se pretendía medir el acceso geográfico de las IPS de baja complejidad y validar los servicios contratados comparando con los declarados en el formulario de inscripción y evaluación de capacidad instalada de servicios ambulatorios en los servicios trazadores: Medicina y Odontología General.

Se realizó la primera evaluación en el orden en que se recibió la información, se procedió por circular a enviar las solicitudes pertinentes a cada una de las IPS. Una vez recibidos y analizados los ajustes a la red realizados por la Coordinación de Contrataciones IPS de EPS-I MALLAMAS se procedió a consolidar y cruzar esta información.

10. CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE BAJA COMPLEJIDAD

Se analizaron las 19 IPS Publicas, de las 35 IPS contratadas por EPS-I MALLAMAS en el Departamento de Nariño; luego se evaluó en cada una de las IPS los criterios de acceso geográfico, Habilitación de servicios contratados y capacidad instalada.

Se recibieron 13 fichas de 23 IPS contratadas en los 13 Municipios del Departamento de Nariño, para servicios de primer nivel, de las cuales 2 son de segundo nivel, por servicios contratados como complementarios, según la información enviada y proporcionada por el servicio de contrataciones de MALLAMAS EPS-I se encontró que 3 de las IPS no están en capacidad de prestar todos los servicios ya que una de ellas cuenta con un odontólogo general para atender a la población rural y urbana dificultando el principio de oportunidad y accesibilidad en la prestación de servicio lo cual se evidencia en sus salidas extramurales con un espacio de un mes; por otro lado en dos IPS el conflicto armado y el acceso geográfico no permite la disponibilidad de los profesionales de la salud en forma permanente.

Del total de instituciones presentadas, solo enviaron información de servicios contratados 13 instituciones, lo que equivale a un 56.5% de las instituciones que conforman la red de primer nivel publicas de Nariño. De estas, 3 instituciones no cumplen con los criterios establecidos y 10 si cumplen, lo que equivale a decir que el 23.0% de las instituciones referenciadas no coinciden los servicios contratados con los declarados en el Sistema Único de Habilitación.

Se realizó una relación del total de afiliados que les fueron asignados y contratados por cada una de las IPS, obteniéndose un promedio de 703 pacientes por medico general y 1821 afiliados por odontólogo, se puede decir que es suficiente para la población contratada, teniendo en cuenta un estudio realizado por la universidad de Antioquia conjuntamente con el Ministerio de la protección social donde plasman que "El índice de médicos ha aumentado en un 32.59% en el año 2000 llegando a tenerse 11.66 médicos por cada 10.000 habitantes; las profesiones cuya oferta de recurso humano se ha disparado, en comparación con las otras áreas de la salud, agregamos que Colombia en particular presenta un crecimiento en todas las categorías de profesionales.

En este punto es importante tener en cuenta que según el estudio mencionado anteriormente la proporción de los profesionales de la salud por nivel de complejidad cambia de manera notable ya que a las IPS de primer nivel se les atribuye un 55.63 % del total del recurso humano analizado siendo los odontólogos los que encabezan la lista con un 83.74% siguiendo en cuarto lugar el

medico general con un 54.57%, consideramos que la distribución de labores para estos profesionales se concentra en atención de baja complejidad.

En la resolución 5261 artículo 97 se establece que el tiempo asignado para una consulta no debe ser menor a 20 minutos. Basándonos en esta apreciación Se realizo un análisis comparativo entre el número de médicos generales contratados que reportó cada una de las IPS estudiadas con la población afiliada a cada una de ellas haciendo referencia exclusiva al área de consulta externa, donde se tuvo en cuenta los siguientes datos:

20 min = 1 paciente

1 hora = 3 paciente

8 horas diarias laborales = 24 pacientes

22 días laborales al mes = 528 pacientes

Entonces podríamos decir que 1 solo medico general puede atender 528 pacientes mensualmente.

INFORMACION

NOMBRE IPS	No. MEDICOS	No. ODONTOLOGOS	No. AFILIADOS	No AFILIADOS/TOTAL MEDICOS
ESE CENTRO DE SALUDYA	5	3	1.497	299
IPS DEL CABILDO INDIGENA DE CHILES	2	1	2.003	1.001
IPS INDIGENA GUAITARA	4	2	2.208	552
ESE SAN JOSE DE TUQUERRES	5	3	13.779	2.755
CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA ESE	7	2	2.109	301
ESE SANTIAGO APOSTOL	2	1	825	412
HOSPITAL RICAURTE ESE	7	2	3.106	443
CENTRO DE SALUD FUNES	3	1	1.201	400
FUNDACION ANDINA MANOS AMIGAS	4	3	15.036	3.759
IPS GRAN CUMBAL	4	3	12.184	3.046
ESE HOSPITAL CUMBAL	6	4	25.144	4.190
HOSPITAL LUIS ANTONIO MONTERO	6	3	3.104	517
CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	4	2	2.180	545

En la tabla anterior y teniendo en cuenta la última columna encontramos que 5 de las IPS objeto de estudio no cuentan con el recurso humano suficiente para atender a la población asignada en el área medicina general.

En el área de odontología encontramos un punto de referencia sobre el requerimiento de estos profesionales en el área de la salud; la OMS según sus estudios recomienda 1 odontólogo por cada **3.500** habitantes, podríamos decir que la información plasmada anteriormente muestra que la gran mayoría de las

IPS analizadas cuentan con odontólogos generales suficientes para atender su población afiliada; cabe anotar que es preocupante el incremento de profesionales en esta área teniendo en cuenta que “ la oferta de odontólogos esperada para los quinquenios 2005-2020 se incrementaría en 61,4%, al pasar de 35.592 odontólogos a cerca de 57.452 odontólogos en el año 2020” situación que empeoraría mas aun si con el pasar del tiempo en vez de igualar planes de beneficios, se disminuye notablemente los servicios en salud oral, como se plantea para el régimen subsidiado, en el que sólo se garantiza atención a menores de 19 años situación que se convierte en atención hasta los 18 años, pues con la mayoría de edad se pierden los beneficios en el régimen subsidiado, disminuyendo la población beneficiaria y la posibilidad brindar una condición de empleo para dichos profesionales.

10.1 Análisis Capacidad Instalada Servicios Ambulatorios

De acuerdo a nuestros requerimientos se les solicito a las IPS de baja complejidad diligenciar la Ficha Técnica correspondiente, aplicando las formulas para los servicios trazadores de medicina general y odontología general.

Este escenario fue el que más dificultad presento tanto en la recolección de datos como en el análisis y consolidación porque algunas instituciones no disponían de esta información.

- **SERVICIO MEDICINA GENERAL**

Al evaluar los datos de las 13 instituciones presentadas algunas demostraron su inconvenientes con la capacidad instalada para atender su población objeto, aunque sus servicios contratados coincidan con los declarados, se encontró que los servicios habilitados para medicina general cumplían con funciones de archivo, eran ocupados por otros profesionales de la salud o simplemente no existían etc. Esto equivale a decir que de las 13 instituciones que fueron objeto de estudio y análisis 3 de ellas no cumplen con el criterio establecido correspondiente 23.0%.

- **SERVICIO ODONTOLOGÍA GENERAL**

Se recibió información de 13 IPS de baja complejidad contratadas para la prestación de este servicio, el resultado no fue el esperado ya que la información enviada no fue en su totalidad la solicitada, lo cual se vio reflejado claramente al presentarse espacios sin diligenciar, consideramos que no podemos realizar afirmaciones reales con la información adquirida en cuanto a este servicio.

11. INDICADORES

RED DE SERVICIOS INDICADORES DE SUFICIENCIA DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

MEDICO GENERAL

Nombre del Indicador:	NUMERO DE HORAS DE MEDICO GENERAL A CONTRATAR
Objetivo:	GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, EN CONSULTA EXTERNA A LOS AFILIADOS A MALLAMAS EPS-I
Periodicidad:	ANUAL
Definición Operacional:	<u>No. DE HORAS DE MEDICO GENERAL CONTRATADAS x 1000</u> No. TOTAL DE AFILIADOS A MALLAMAS EPS-I EN EL ÁREA
Datos Requeridos:	1. NUMERO DE HORAS CONTRATADAS DE MEDICO GENERAL EN LA RED EN EL PERIODO DE CONTRATACIÓN. 2. NUMERO TOTAL DE AFILIADOS EN EL PERIODO DE CONTRATACIÓN
Responsable Generación de datos:	CONTRATACIONES

Definición Operacional: **1936 x 1000 = 163 Horas
11871**

Interpretación: **163 HORAS DE MEDICO GENERAL A CONTRATAR POR CADA MIL AFILIADOS**

RED DE SERVICIOS INDICADORES DE SUFICIENCIA DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD ODONTÓLOGOS

Nombre del Indicador:	NUMERO DE HORAS DE ODONTÓLOGOS A CONTRATAR
Objetivo:	GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, EN ODONTOLOGÍA A LOS AFILIADOS A

MALLAMAS EPS-I

Periodicidad:	ANUAL
Definición Operacional:	$\frac{\text{No. DE HORAS DE ODONTÓLOGO CONTRATADAS} \times 1000}{\text{No. TOTAL DE AFILIADOS A MALLAMAS EPS-I EN EL ÁREA}}$
Datos Requeridos:	1. NUMERO DE HORAS CONTRATADAS DE ODONTÓLOGO EN LA RED EN EL PERIODO DE CONTRATACIÓN. 2. NUMERO TOTAL DE AFILIADOS EN EL PERIODO DE CONTRATACIÓN
Responsable Generación de datos:	CONTRATACIONES

Definición Operacional: $440 \times 1000 = 37$
11871

Interpretación: **37 HORAS DE ODONTÓLOGO GENERAL A CONTRATAR POR CADA MIL AFILIADOS**

12. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las 13 instituciones evaluadas, encontramos que 10 de ellas 67% cumplen con lo declarado en el formulario de habilitación y un 23.0%. Correspondiente a 3 IPS que no cumplen con lo declarado en dicho formulario siendo este un porcentaje representativo.

En el análisis comparativo de la relación médico/población se encuentra que un porcentaje representativo (38.4%) correspondiente a cinco IPS de baja complejidad analizadas no cuentan con el recurso humano suficiente para la población afiliada en el departamento de Nariño.

En el área de odontología general se observa que los profesionales contratados corresponden a la mitad del recurso humano contratado para medicina general lo cual se explica porque hay mayor demanda para el área de medicina general.

Teniendo en cuenta el régimen subsidiado es claro también que el plan de beneficios para odontología es bastante limitado situación que afecta y disminuye notablemente los servicios en salud oral.

En la recomendación que hace la OMS en cuanto al requerimiento de odontólogos en el área de la salud por cierta cantidad de habitantes, podríamos afirmar que el 77% de las IPS objeto de estudio cuentan con suficientes odontólogos para atender su población afiliada.

En cuanto a la suficiencia del recurso humano en las áreas estudiadas encontramos que se ve afectada también por factores externos y geográficos.

Algunas IPS presentan deficiencia en su capacidad instalada ya que los servicios habilitados para un fin determinado están destinados para cumplir otras funciones que no les corresponden.

La información suministrada por parte de los prestadores de servicios de salud de baja complejidad no fue la ideal ya que los formularios no fueron diligenciados en su totalidad.

El resultado que arrojó cada uno de los indicadores analizados tiene en cuenta la población general afiliada en el departamento de Nariño, sin embargo el estudio incluye solamente 13 IPS de baja complejidad que fueron las que suministraron la información completa.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Enero-febrero	Marzo-Abril	Mayo-junio	Julio-Agosto	Septiembre-octubre
Presentación de proyecto	X				
Asesoría	x	X	X	X	X
Envío de ficha técnica a IPS contratadas	X				
Recolección de información de ficha técnica	X	X			
Análisis de información de IPS	X	X	X		
Recolección de información de MALLAMAS EPS-I (coordinación de contrataciones)		X	X		
Análisis de la información obtenida por MALLAMAS EPS-I		X	X	X	
Presentación de Informe final				X	X

14o. PRESUPUESTO

CONCEPTO	VALOR
PAPELERÍA Y FOTOCOPIAS	\$ 150.000.00
GASTOS DE ENVIO	\$ 250.000.00
SERVICIOS TELEFÓNICOS Y DE COMPUTACIÓN	\$ 250.000.00
TRANSPORTE DE LOS INVESTIGADORES	\$ 500.000.00
ASESORIA DE PROYECTO	\$ 350.000.00
TOTAL	\$ 1.500.000.00

16. RECOMENDACIONES

- 1- Realizar auditoria externa a las IPS que hacen parte de la red de prestación de servicios contratada por la EPS- I MALLAMAS con el fin de garantizar la calidad de la atención a sus afiliados.
- 2- Evaluar periódicamente si los servicios contratados cumplen con los requisitos de habilitación exigidos por la ley.
- 3- Realizar visitas continuas a las IPS contratadas con el fin de corroborar si cumplen con lo declarado en el formulario de habilitación y conforme con ello adecuar los contratos de prestación de servicios.
- 4- Evaluar las condiciones geográficas y de accesibilidad de los afiliados con el objetivo de brindar los servicios de salud de forma oportuna y segura.
- 5- Analizar la suficiencia de red de servicios teniendo en cuenta los diferentes niveles de salud contratados por la EPS.
- 6- Garantizar a los afiliados el suficiente recurso humano para la prestación de los servicios.
- 7- Garantizar la atención en salud en las aéreas aisladas y de difícil acceso.
- 8- Solicitar a las IPS contratadas los planes de mejoramiento acordados.

17. BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5261/94 por medio de la cual se establece Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS en el sistema general de seguridad social en salud.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2357/95 Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Acuerdo 77/97 por medio del cual se define forma y condiciones de operación del régimen subsidiado.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1804/99 Por medio del cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Acuerdo 244 de 2003 Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. ACUERDO 000306 DE 2005 por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. ACUERDO 000300 DE 2005 por el cual se definen algunas condiciones de operación en el régimen subsidiado.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 1122 de 2007 Por la cual se modifica el Sistema general de Seguridad social en salud.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. LEY 35 DE 1989 código de ética del odontólogo.

González G, Poveda J, García S, Quintero A, Montealegre N. La oferta y la demanda de recursos humanos en salud en Colombia. Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en Salud. Estudio realizado para el programa de apoyo a la reforma del Ministerio de Salud por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2003.

Ospina Lugo JE, Escobar Gaviria RH, Rendón Valencia CA, Molina de Uriza J, Giraldo Samper D. Recurso Humano en Medicina: Formación, distribución. Bases para una propuesta política. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. ASCOFAME. Febrero del 2000. ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud”

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. METODOLOGIA PARA EL CÁLCULO DE RECURSO HUMANO EN SALUD SEGÚN PLANES DE BENEFICIOS, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DEMANDA HISTÓRICA Y NUEVOS ROLES.– Universidad de Antioquia, 2003

Colombia, Ministerio de Salud Estudio de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Salud Programa de Apoyo a la Reforma en Salud Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, MAYO 2002

www.periodicoelpulso.com. Artículo Sobreoferta de odontólogos en Colombia. Medellín, Colombia Suramérica. Junio de 2009

www.ces.edu.co.Oferta y demanda