

**ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN
SALUD MATERNO PERINATAL**

Trabajo de grado presentado para obtener el título de

Magister en Salud Pública

Universidad El Bosque

Jhonatan Julian Badillo González

Bogotá

Noviembre de 2018

Dedico este trabajo a aquellas personas que contribuyeron para que este pudiera realizarse, a mi familia por su incondicional apoyo todo este tiempo para seguir para alcanzar este gran logro, de manera especial a mis docentes por siempre brindarme su conocimiento, dando lo mejor de si mismos en pro de siempre obtener el mejor conocimiento, a mis hijos por ser ese motor de vida para alcanzar siempre estos grandes logros y finalmente a Heidy Camargo por su incondicional apoyo durante todo este tiempo

Agradecimientos

iii

Quiero agradecer en este trabajo de grado a mi familia por su apoyo y comprensión todo el tiempo, a mis compañeros de clase por el apoyo mutuo y grandes aportes que influyeron en un crecimiento personal durante cuatro semestres, Por último y no menos importante agradezco a mi tutor de proyecto el doctor Alejandro Gómez por ser el guía en este proceso brindando su sabiduría y dedicación durante la realización de este proyecto.

El principal objetivo de este trabajo es analizar el proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención materno perinatal, desde la perspectiva del modelo computacional y representacional de la mente propuesto por Thagard. Partiendo de una investigación cualitativa desde agosto del 2017 se realizaron 10 entrevistas semi estructuradas a profesionales de la salud y 10 entrevistas semiestructuradas a mujeres gestantes.

Para el desarrollo de esta investigación se empleó como instrumento de investigación la entrevista semi estructurada en donde se describe el proceso en el cual se encuentra la implementación de la RIAS materno perinatal a nivel de los servicios de salud y la percepción que tienen las mujeres objeto de estas rutas.

Como resultado de esta investigación se obtiene que el profesional de salud percibe algún cambio relacionado con la implementación de las actividades indicadas en las RIAS ya que éstas consideran son muy similares a las que anteriormente se venían manejando, por parte de las gestantes el proceso muestra que ellas no perciben mayor cambio frente al proceso de atención. Finalmente, el transcurso de este proceso investigación arrojó como conclusión que la ruta materno perinatal frente a su implementación no ha sido exitosa con relación a su reconocimiento

Palabras clave: mortalidad materna, morbilidad materna, modelo de atención salud.

The main objective of this work is to analyze the process of implementation of the Integral Route of Maternal Perinatal Care, from the perspective of the computational and representational model of the mind proposed by Thagard. Based on qualitative research since August 2017, 10 semi-structured interviews with health professionals and 10 semi-structured interviews with pregnant women were conducted.

For the development of this research, the semi-structured interview was used as a research instrument to describe the process in which the implementation of the perinatal maternal RIA at the level of health services and the perception of women subject to these routes.

As a result of this investigation, it is obtained that the health professional perceives some change related to the implementation of the activities indicated in the estuaries, since they are considered to be very similar to those previously handled by the pregnant women, the process shows that they do not perceive a major change in the process of attention. Finally, the course of this research process concluded that the perinatal maternal route to its implementation has not been successful in relation to its recognition.

Keywords: maternal mortality, maternal morbidity, health care model.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
Mortalidad en Colombia	14
Mortalidad Materna En Bogotá.....	15
Situación de mortalidad materna desde subred norte.....	19
OBJETIVOS	25
Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
METODOLOGÍA	25
Instrumento	26
MARCO NORMATIVO.....	29
Ley 100/1993	33
Resolución 0412 de 2000.....	35
Ley 1122 de 2007.....	38
Sentencia T 760.....	40
Ley 1438 de 2011	41
Resolución 1841 2013 plan decenal de salud pública.....	42
Ley Estatutaria 1571 del 2015.....	43
Ley 1753 del 2015.....	44

Resolución 429 2016.....	45	vii
Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS).....	45	
Resolución 3202 de 2016.....	49	
MARCO CONCEPTUAL DEL PROBLEMA.....	50	
Modelo de salud.....	51	
RIAS (rutas integrales de atención en salud).....	51	
Percepción.....	51	
Prestación de servicios.....	52	
Atención en salud.....	52	
Implementación.....	52	
ESTADO DEL ARTE.....	53	
Análisis estado del arte.....	57	
MARCO TEÓRICO.....	59	
Modelo computacional y representacional de la mente.....	59	
Reglas.....	64	
Emociones.....	68	
RESULTADOS.....	70	
CONCLUSIONES.....	105	
RECOMENDACIONES.....	107	
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.....	108	
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GESTANTES.....	111	
ANEXO 3 ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD.....	114	

ANEXO 4 ENTREVISTAS A GESTANTES	157	viii
ANEXO 5 ANALISIS DE ENTREVISTAS A PROFESIONALES.....	177	
ANEXO 6 ANALISIS DE ENTREVISTAS A GESTANTES	187	
Bibliografía	195	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Mortalidad y morbilidad maternas extrema por grupos de edad, Bogotá 2016 – 2017... 18	18
Tabla 2 Porcentaje de gestantes que ingresan al CPN antes de la semana 10 en la Subred norte 19	19
Tabla 3 Porcentaje de mujeres gestantes asistentes a 4 o más controles prenatales durante la gestación 20	20
Tabla 4 Porcentaje de recién nacidos que inician lactancia materna al nacimiento 21	21
Tabla 5 Muertes de mujeres residentes en la Subred Norte en embarazo o dentro de los 42 días siguientes al parto 22	22
Tabla 6 partos o cesáreas con acompañamientos por decisión de la mujer 23	23
Tabla 7 Definición de conceptos del MRCM 61	61
Tabla 8 comparativa de representaciones mentales entre gestantes y profesionales de la salud.. 63	63
Tabla 9 Cambios comparativos de la resolución 412 del 2000 y resolución 3202 del 2016..... 71	71
Tabla 10 Análisis entrevistas a profesionales del área de la salud 78	78
Tabla 11 Análisis resultados entrevistas a gestantes..... 89	89
Tabla 12 Hallazgo por Hito según teoría de Thagard 96	96

TABLA DE GRAFICAS

10

Gráfica 1 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005-2016, proyecciones 2017-2021	14
Gráfica 2 Mortalidad materna según área, 2005-2016.....	15
Gráfica 3 Razón de Mortalidad Materna, Bogotá, D.C 2012 – 2017	16
Gráfica 4 morbilidad materna extrema 2016- 2017 en Bogotá.....	17
Gráfica 5 mortalidad materna 2016- 2017 en Bogotá.....	18

TABLA DE FIGURAS

11

Figura 1 Ejecución del programa de computo según MRCM	61
Figura 2 Ejecución del pensamiento humano según MRCM	62
Figura 3 Relación experiencia aprendizaje según Thagard	65

Este tema de investigación ha sido elegido tras evidenciar la problemática pública que se presenta en el país y la implementación del nuevo modelo de Atención en salud MIAS. Teniendo como objetivo la adopción de gestión del riesgo en salud. Tras mi ejercicio profesional en la red pública tuve la oportunidad de estar en contacto con mujeres en gestación quienes en varias oportunidades referían múltiples barreras de acceso. Además, tuve la oportunidad de asistir a varios análisis de casos de mortalidades maternas ocurridos en la localidad de Suba, Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo y Engativá pertenecientes en la ciudad de Bogotá.

Siendo la mortalidad materna un problema de interés en salud pública, permite determinar el impacto negativo sobre los índices de desarrollo de los países. A raíz de la información estadística suministrada por las grandes entidades regulatorias del tema, como lo es Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud; como respuesta se desarrolla el nuevo modelo integral de atención en salud donde se encuentra inmersas la ruta de atención integral en salud materno perinatal.

Se consultó gran variedad de artículos académicos y con gran sorpresa se evidenció que la literatura hallada, que tiene relación con el modelo integral de atención en salud resultó ser muy poca. Por ende, la literatura relacionada con la implementación de las rutas materno perinatal resultó no ser idónea para demostrar cómo ha sido este proceso de adopción y posterior implementación de las rutas materno-perinatales.

No hay certeza de que la implementación de las rutas sea exitosa y logre

13

modificar positivamente los indicadores de desarrollo sostenible, donde especifica dentro del objetivo 3 “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” una meta en una razón de 70 casos de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos.

Es aquí donde radica este deseo de saber el proceso de adopción e implementación de las rutas de atención integral en salud que propone el modelo para las mujeres en gestación. Siendo un vacío investigativo se plantea la necesidad de realizar búsqueda en sistemas de información de la Sub red integrada de servicios de Salud Norte.

Se encontraron reportes de indicadores suministrados a secretaria de salud comprendidos entre los periodos de enero a diciembre del 2017, estos arrojaban bajos porcentajes de cumplimiento a los indicadores establecidos para la medición de la implementación de las rutas materno perinatal.

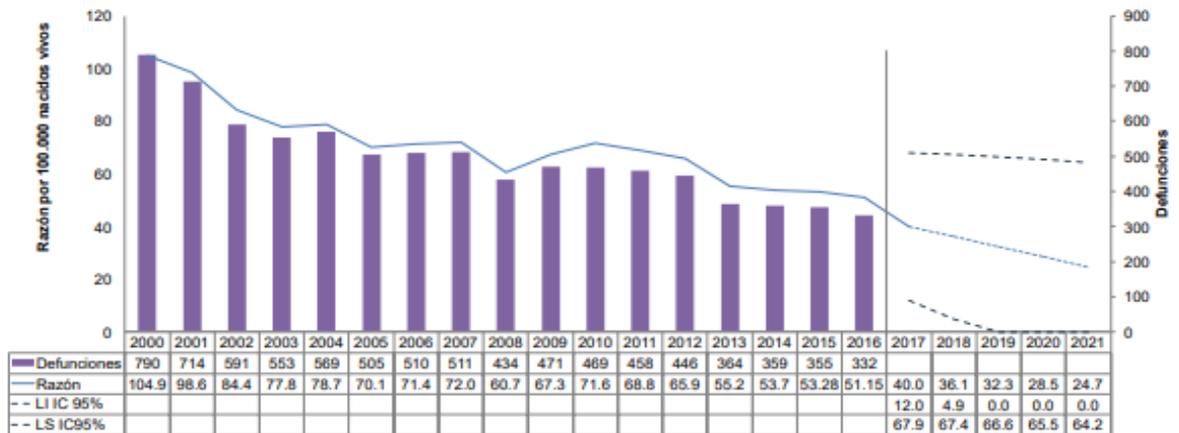
Se realiza trabajo investigativo de campo, el cual aportó gran variedad de datos a esta investigación donde se escuchó a los profesionales y a las mujeres en gestación quienes por voluntad propia decidieron participar en la aplicación de este instrumento de investigación.

En este documento explicaré y analizaré cómo se desarrolló el proceso de implementación de las rutas materno-perinatales con inicio del proceso de investigación en el momento de adopción de por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud y de las Empresa administradora de planes de beneficios en salud.

Mortalidad en Colombia

En los periodos comprendidos entre el año 2000 y 2008 se produjo una reducción en la razón de la mortalidad materna. Ésta pasó de 104.9 a 60.7, mostrando una reducción del 44.2 muertes, siendo esta la reducción más significativa para el país, en 2016 la razón fue del 51.1 por cada 100.000 nacidos vivos según datos ASIS 2017.

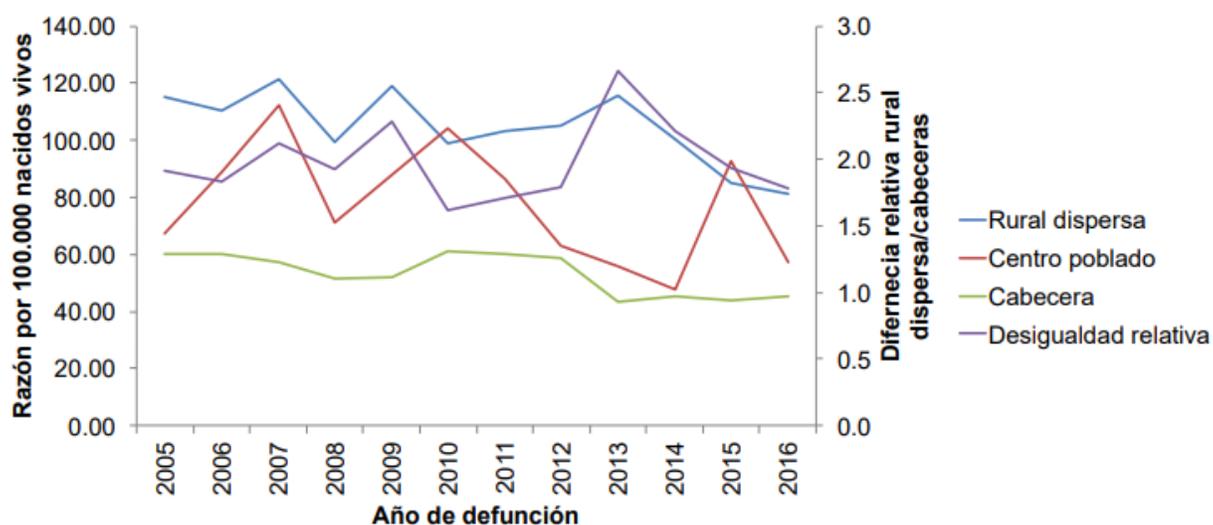
Gráfica 1 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005-2016, proyecciones 2017-2021



Fuente: ASIS nacional 2017 P. 115

Se observa una reducción a más de la mitad de los casos con relación a los datos reportados en el año 2000 pasando de 790 a 332 defunciones para el año 2016.

Gráfica 2 Mortalidad materna según área, 2005-2016



Fuente: ASIS nacional 2017 P. 116

La anterior figura muestra que la mayor razón está relacionada con la ruralidad dispersa. Esta situación da a entender la desigualdad que existe en el país. Según los datos del ASIS 2017, los departamentos más pobres del país (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) se mueren 3 veces más gestantes con relación al resto del país.

Mortalidad Materna En Bogotá

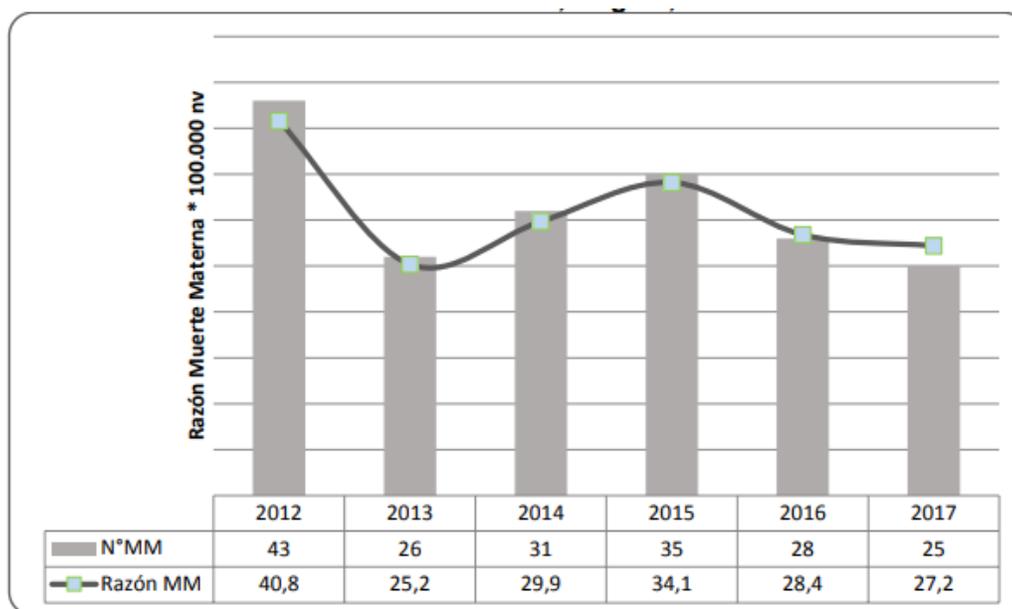
Bogota se ha caracterizado por su disminución en los indicadores distritales de mortalidad materna, teniendo como punto de partida el año 2012 con 43 casos de mortalidad materna y 25 casos para el 2017. Cabe aclarar que la disminución no ha sido lineal presentando un ascenso en el

2015 con 35 casos de mortalidad materna si se tiene en cuenta el año inmediatamente anterior que reportó 31 casos mortalidad materna.

Se espera que con la implementación del modelo integral de atención en salud, el país alcance la meta propuesta en los objetivos de desarrollo sostenible siendo para el 2018 de 51 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Se proyecta una meta a 2030 con un total de 32 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (ASIS, 2017)

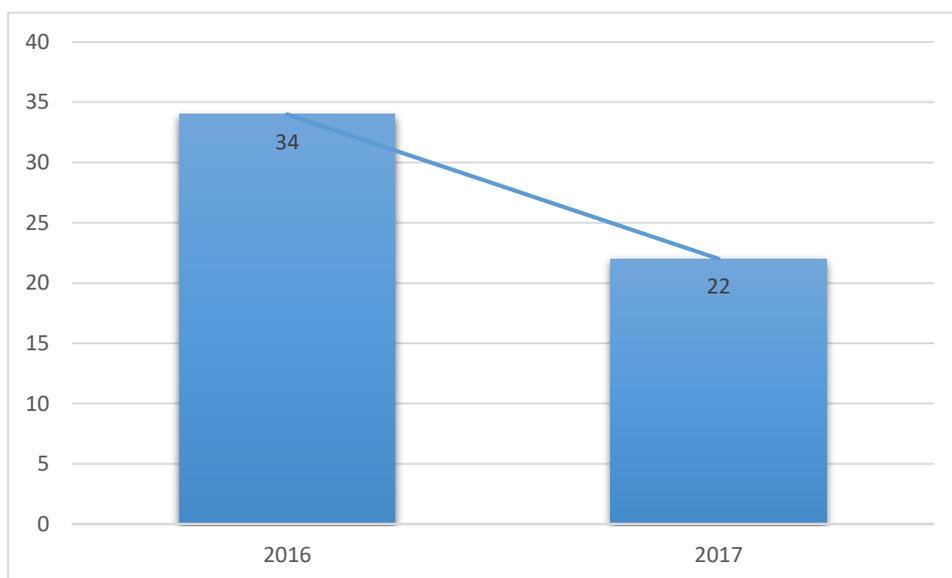
Para el presente estudio se toman datos del año 2017 que permitan dar una mirada frente a la situación actual de morbilidad y mortalidad materna.

Gráfica 3 Razón de Mortalidad Materna, Bogotá, D.C 2012 – 2017



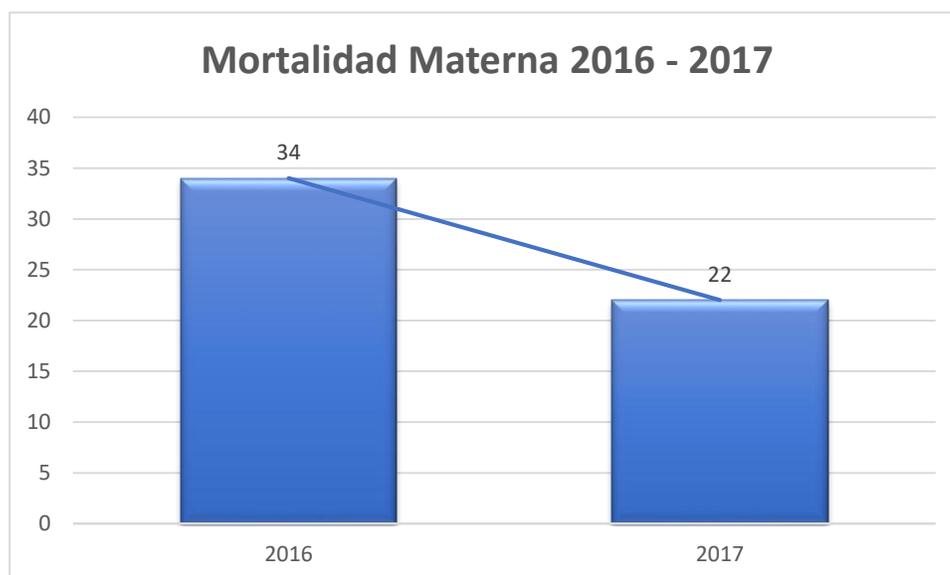
Fuente: 2012 - 2015.-Bases de datos DANE -RUAF-ND, definitivos. 2016: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (ajustado enero 23 2017). 2017: corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018

Esta grafía refleja lo anteriormente mencionado con una disminución de los casos desde el 2015, aun no ha sido superada la cifra registrada en el 2013 con una razón de 25.2 por cada 100.000 nacidos vivos.



(Fuente: Bases SIVIGILA morbilidad materna extrema)

Frente a la morbilidad materna extrema (evento 549) reportado por SIVIGILA con corte a la semana 52 de los años 2016 – 2017, se aumentó la notificación en el año 2017 con relación al año inmediatamente anterior con un total de 5032 casos en el 2016, mientras que para el 2017, el número registrado fue 5559 en la semana epidemiológica 52. Siendo el aumento en la notificación de 527 casos.



(Fuente: Bases SIVIGILA morbilidad materna extrema)

La gráfica muestra que la Mortalidad Materna a la semana epidemiológica número 52 del año 2016 se presentaron 34 casos de ellos 23 fueron Mortalidad Materna tempranas, notificación en las semanas 4 y 11, para el 2017 se presentó mayor número de casos notificados en semanas 3 y 5 con 22 casos de Mortalidad Materna.

Tabla 1 Mortalidad y morbilidad maternas extrema por grupos de edad, Bogotá 2016 – 2017

Grupos de edad	Mortalidad materna temprana				Morbilidad materna extrema			
	2016	Razón	2017	Razón	2016	Razón	2017	Razón
Menor de 15 años	0	0	0	0	25	79,3	27	88,8
15 a 19 años	4	29	3	25	588	42,7	651	54,3
20 a 34 años	16	22,6	17	25,8	3429	48,4	3792	57,5
35 y más años	8	57,7	4	29,5	990	71,5	1089	80,4
Total	28	28,4	24	26,1		50,9	5559	60,6

Fuente: SIVIGILA 2017 – semana 52 2016 a 2017, Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018)

Las mortalidades maternas siguen siendo más frecuentes en mujeres mayores de 35 años. Sin embargo, se presenta una disminución de los casos pasando del 28,5% al 16 % para el año 2016 y 2017 respectivamente. No se presenta mortalidad en menores de 15 años en ninguno de los dos periodos comparados.

Se evidencia una disminución de 4 casos para el 2017, cerrando con 24 casos de muerte materna para Bogotá.

Situación de mortalidad materna desde subred norte

Se realiza revisión de sistemas de información de la Sub red Integrada de servicios de Salud Norte, obteniendo datos de la matriz de reporte de las rutas para Secretaria Distrital de Salud, donde se presenta un total de 2967 mujeres en gestación que toman servicios en la Sub red norte. Se analizan los indicadores de las rutas maternas perinatales con datos del año 2017:

Tabla 2 Porcentaje de gestantes que ingresan al CPN antes de la semana 10 en la Subred norte

Formula	Resultado
Número de gestantes que inician CPN antes de la semana 10	776
_____	_____ X 100 = 26 %
X 100	2967
Total de gestantes que ingresan a CPN en el periodo	

Se encuentra que para el 2017 ingresaron antes de la semana 10 un total de 776 20

gestantes, lo cual corresponde al 26% en este indicador se encuentra que las principales barreras de acceso se deben al proceso de afiliación al sistema de salud y la portabilidad de los puntos de atención en la capital; cuando se soluciona este trámite administrativo, las mujeres en gestación han sobrepasado la semana diez de gestación e inician tardíamente controles prenatales.

Para el año 2018 a mes de junio, las mujeres en gestación adscritas a la Sub Red Norte correspondían hasta la fecha a: 1259, de las cuales 313 mujeres ingresaron a controles prenatales antes de la semana 10, lo cual corresponde al 24%. Siendo un número similar relacionado con el año 2017.

Tabla 3 Porcentaje de mujeres gestantes asistentes a 4 o más controles prenatales durante la gestación

Formula	Resultado
Número de gestantes que asistieron a 4 o más controles prenatales	3352
$\frac{\quad}{\quad} \times 100$	$\frac{3352}{5190} \times 100 = 65 \%$
Total de partos en el periodo	5190

Debido al ingreso tardío a controles prenatales, algunas de estas gestantes no logran obtener el mínimo de controles establecidos, que según la resolución 412 es de 9 para un periodo

de gestación. Esto es asociado a un gran riesgo tanto de la gestante como del feto en su desarrollo. Para el año 2018 con corte a junio se encuentra que 1182 gestantes asistieron a cuatro o más controles prenatales, lo cual corresponde al 65.8% de un total de 1796 partos. 21

Tabla 4 Porcentaje de recién nacidos que inician lactancia materna al nacimiento

Formula	Resultado
<p>Número de recién nacidos sanos y a término que recibieron lactancia materna durante la primera hora de vida</p> $\frac{\text{Número de recién nacidos sanos y a término que recibieron lactancia materna durante la primera hora de vida}}{\text{Número total de recién nacidos sanos y a término nacidos en el periodo}} \times 100$	<p>2564</p> <p>_____ X 100 = 64 %</p> <p>4027</p>

Se evidencia un total de 2564 que corresponde al 64% de 4027 neonatos. Este indicador muestra como la estrategia de parto humanizado aún no se ha podido implementar al 100%.

Tabla 5 Muertes de mujeres residentes en la Subred Norte en embarazo o dentro de los 42 días siguientes al parto

Formula	Resultado
<p>Número de muertes en mujeres residentes en la localidad, mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales</p> <p>_____ X</p> <p>100.000</p> <p>Numero de Nacidos Vivos en el mismo periodo</p>	<p>7___*100.000 =</p> <p>22.1</p> <p>31685</p>

Se notifican siete casos de mortalidades maternas relacionadas con complicaciones de su gestación para el año 2017. Chapinero y Teusaquillo no presentan casos de mortalidad materna.

Formula	Resultado
$\frac{\text{Número de gestantes con acompañamiento al trabajo de parto}}{\text{Total de gestantes atendidas en trabajo de parto y parto}} * 100$	<p>2437</p> <p>_____ X 100 = 47 %</p> <p>5190</p>

Para el año 2017, se presentaron 5190 partos de los cuales 2437 fueron con acompañante, esto corresponde al 47%. El protocolo de parto humanizado establecido en las guías clínicas de atención busca aumentar el indicador el cual se evidencia va en aumento relacionando los años anteriores, sin embargo, es bajo el porcentaje final no siendo ni la mitad de los casos.

En las generalidades del evento de interés en salud pública, se evidencia que un 90 a 95% de las mortalidades maternas son debidas a causas evitables. La mortalidad o deterioro de salud de las mujeres en gestación afecta directamente el bienestar de su núcleo familiar. Muchas de estas mortalidades se han presentado en mujeres no solo en edad fértil, sino en edad reproductiva lo que trae consecuencias a nivel social. (Salud, 2016)

La mortalidad materna es un evento de interés en salud pública constantemente monitorizado que busca múltiples alternativas de solución. Involucra no solo al personal de la salud sino a un sin número de profesionales de las diferentes áreas ya que esta problemática simboliza un impacto negativo en los índices de desarrollo de los países y en ciertos indicadores. Un ejemplo de estos es:

- el índice de desarrollo humano.
- los índices de desigualdad.

Dichos índices reflejan la importancia de estos temas como prioridad de una nación desarrollada o en vías de desarrollo.

Tras una ardua revisión en fuentes bibliográficas, sistemas de información de la Sub Red integrada de servicios de salud norte y el análisis del instrumento aplicado a los profesionales del área de la salud, se evidencia que en actual proceso de implementación de las rutas de atención integral en salud materno perinatal no ha tenido la acogida esperada por parte de los profesionales de la salud.

A su vez las mujeres en gestación tienen una visión similar del manejo que se les fue brindado previo a la implementación del MIAS, siendo las rutas un proceso no acorde a los parámetros de atención establecidos por las mismas.

Actualmente no se encuentran muchos textos investigativos que permitan identificar cómo se está llevando a cabo este proceso para de esta forma determinar si se está logrando un resultado efectivo por parte de los funcionarios de la salud y las mujeres en gestación

Objetivo general

Analizar el proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención materno perinatal, desde la perspectiva del modelo computacional y representacional de la mente (MCRM), en una red de servicios de salud en Bogotá en el periodo comprendido entre 2017 y 2018

Objetivos específicos

- Identificar las problemáticas o limitaciones del proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención materno perinatal a partir del MCRM
- Desarrollar un análisis crítico del proceso de implementación de la RIAS materno perinatal a gestantes, mediante la revisión de literatura y de los indicadores distritales de resultado.
- Indagar a cerca de la percepción del personal de salud que está directamente relacionados en el proceso de atención en salud a gestantes sobre las RIAS maternas.
- Analizar la percepción de las gestantes frente a la implementación institucional de la RIAS materno perinatal.

METODOLOGÍA

Para dar respuesta al problema de interés en salud pública identificado, se elaboró un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Se realiza la elección de esta metodología para lograr entender el proceso de implementación de las RIAS Materno perinatal.

Se Ejecutó una revisión de datos estadísticos disponibles, artículos académicos. 26

Se realizó búsqueda en Google scholar en la cual se hallaron artículos en las bases de datos como Scielo, revista de salud pública en universidad nacional, revista de salud pública universidad de Antioquia, revista de salud pública Universidad industrial de Santander, y artículos procedentes de Perú en revistas de salud pública, con un número aproximado de 2,000 resultados, de los cuales su minoría fueron aceptados como elegibles para mi búsqueda. Los demás se descartaron debido a que su contenido no contenía información sobre el tema de interés.

Se emplearon las palabras clave “modelo”, “modelo de salud”, “MIAS”, “APS”, “proceso de salud en Colombia”.

Instrumento

Como instrumento de la metodología cualitativa, se realizó la elección de la entrevista semiestructurada, con este instrumento fácilmente se rastrean opiniones y conocimientos de las creencias de la comunidad para dar solución efectiva y oportuna al problema de investigación.

Se realizó inicialmente una entrevista piloto a un profesional de enfermería con experiencia en consulta externa quien estuvo en el proceso que precedía el MIAS y durante el inicio del mismo.

Se evidenció que en este instrumento no se comprendía fácilmente una de las preguntas, aquí se identificó que ésta de antemano deducía que había conocimiento previo de las RIAS. Se tuvo presente que se debía medir conocimiento previamente de este proceso, por esta razón se modificó el instrumento eliminando una de las preguntas.

Se realizaron diez entrevistas a profesionales de la salud de las cuales dos eran ginecobstetras perinatólogos, tres residentes de ginecología, cinco profesionales de enfermería.

Los cinco profesionales médicos se desempeñaban en el área clínica mientras que las cinco enfermeras se encontraban ejerciendo su labor en consulta externa.

Se realizó un abordaje desde las siguientes instituciones:

- Centro de servicio especializado Suba
- Unidad de servicios de salud Rincón
- Unidad de servicios de salud la Gaitana
- Centro de atención primaria en salud Suba
- Unidad de servicios de salud Simón Bolívar

Dicho abordaje se efectuó directamente en sus puestos de trabajo. Se utilizó el instrumento denominado consentimiento informado para profesionales de la salud (ver anexo 1). Donde se precisó que la información brindada se manejó para un tema netamente académico siendo la participación opcional y desde el anonimato, sin que afecte de ninguna forma la vinculación con la empresa actual.

Posterior a la aceptación y firma del consentimiento informado se utilizó el formato denominado: formato de entrevista para profesionales de la salud (ver anexo 3). Se solicitó permiso para grabar en voz el proceso de entrevistas con el objetivo único de reproducción y análisis de las respuestas realizadas.

Por otro lado, se realizaron entrevistas a diez mujeres en proceso de gestación. Se aplicó el instrumento denominado consentimiento informado para gestantes (ver anexo 2). En dicho

formato se aceptaban participar en la investigación sin tener alguna repercusión

28

económica, o beneficios diferentes a los que ya manejan con su EAPB vigente y siendo de carácter anónimo.

Se solicitó permiso para grabación de voz, explicando que se utilizaría para el análisis de las respuestas que fueron brindadas.

Se ejecutó el instrumento llamado formato de entrevistas para gestantes (ver anexo 4) llevando a cabalidad el proceso.

Las gestantes que aceptaron la participación de la investigación tienen como lugares de residencia y/o puntos de atención en las siguientes localidades:

- Chapinero
- Suba
- Usaquén
- Barrios Unidos

Posterior a las entrevistas se consignó la información en dos tablas denominadas:

- Análisis de entrevistas realizadas a profesionales (ver anexo 5)
- Análisis de entrevistas realizadas a gestantes (ver anexo 6)

Dichas tablas permitieron cruzar las respuestas de los entrevistados por pregunta, donde se analizó cada ítem reconociendo las distintas problemáticas abordadas desde la perspectiva, tanto de profesionales de la salud como de las gestantes, en el proceso de adopción y posterior implementación de las rutas materno perinatal.

Estos hallazgos fueron sustentados desde un enfoque de las ciencias cognitivas

29

a partir del libro *La mente* de Paul Thagard (Thagard, 2008). Especificando en un modelo denominado: modelo computacional y representacional de la mente.

Se puede entender cómo la disciplina que estudia la mente humana a partir de diferentes saberes, como lo es la psicología, neurología, psiquiatría, entre otras ciencias. Lo anterior permiten entender el comportamiento humano en base a su pensamiento y futura ejecución de acciones que se pueden presentar con el diario vivir haciendo énfasis en la toma de decisiones, el aprendizaje de nuevos saberes, entre otros.

Finalmente, se emitió una serie de conclusiones donde se explica el resultado obtenido a partir de los instrumentos aplicados anteriormente relacionados.

MARCO NORMATIVO

Para contextualizar la problemática sobre mi tema de interés, inicialmente se debe hablar sobre las principales legislaciones en salud dictaminadas en Colombia.

Tal vez la más importante es la conocida ley 100 de 1993 que fue la que modificó todo lo conocido en salud hasta ese momento. Aquí establecen un modelo de salud donde se accede a que instituciones del sector privado presten el servicio de salud; por medio del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) se establecen dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, donde el primero son todas las personas que trabajan y tienen capacidad de pago para

aportar dinero y así tener la cobertura para que los que no tienen capacidad de pagos

30

(que sería aquellos pobladores dentro del régimen subsidiado).

Es aquí donde nacen las empresas promotoras de salud (EPS) quienes son las empresas encargadas de administrar los recursos y gestionar la contratación con las instituciones prestadoras de servicio (IPS) y de esta forma asegurar que la población tuviera servicios en salud.

Pasando por diferentes reformas como la ley 1122 del 2007 y la ley 1438 del 2011, en el 2015 se crea la ley estatutaria que ha sido un gran logro en Colombia al definir la salud como un derecho fundamental. Se crea mecanismos que permitan respetar y cooperar de una manera intersectorial.

Dentro de los derechos de los usuarios la interculturalidad resalta un importante plus de lo que se había nombrado como derechos en las anteriores legislaciones hablando acerca de la protección de comunidades rom, indígenas, afrocolombianas, raizales y palenques y como deberes resalta una de las lógicas instauradas en lo que más adelante se denomina modelo de atención integral en salud MIAS. Se encuentra el cuidado de la salud incluyendo al usuario como actor dentro del sistema que debe velar por su propia salud.

Por último, la regulación de precios de las tecnologías en salud, la exclusión de procedimientos (desaparición del POS como estaba contemplado en la ley 100 del 1993). La apertura de garantía de una política de atención en salud que articule las premisas de la ley con los actores del sistema de salud vigentes e incluso la protección de destino de los recursos en salud con el fin de garantizar el acceso efectivo al derecho.

El Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Resolución 429/2016 adopta la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En este se plantea la incorporación del modelo teórico de gestión integral del riesgo en salud con enfoque de cuidado en la atención primaria en salud y la gestión de la salud pública en los entornos donde el individuo se desarrolla.

Se planteó un marco estratégico para atención primaria en salud basada en medicina familiar y comunitaria, el enfoque diferencial, el cuidado y la gestión integral del riesgo con un marco operativo llamado Modelo integral de atención MIAS.

Dentro de esta resolución se incluye la Resolución 3202/2016 la cual se enfoca en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Estas rutas están inmersas en 17 rutas distintas orientan acerca de cómo debe ser la atención a la población. Se identifica y clasifica de forma clara el papel de cada actor con el fin de mejorar la oportunidad, la seguridad y la calidad en la atención.

Con esto se pretende eliminar desequilibrios dentro del sistema de salud donde se reporta un elevado presupuesto destinado al pago de la atención en niveles e instituciones de altos niveles de complejidad mientras que el presupuesto para la parte de promoción de la salud y detección temprana es mucho menor.

Hay que mencionar la poca exploración que se le ha dado a este tema. Dentro de la literatura colombiana son poco los autores que intentan llenar el vacío sobre la investigación del

modelo de atención integral en salud. Aquí es donde surge la necesidad de investigar acerca las rutas integrales de atención en salud inmersas dentro del grupo de riesgo.

32

Teniendo en cuenta lo novedoso del modelo dichas rutas se encuentran en procesos de implementación donde es escogida la ruta materna perinatal como objeto de investigación para analizar los procesos de implementación de dicha ruta.

Los actores principales que en este caso resulta ser una entidad encargada de la creación de dichas rutas sin duda es Ministerio de Salud. Surgen varias preguntas, pero la fundamental es si se pensó la creación de dichas rutas teniendo en cuenta a la población objeto donde está inmersa dichas actividades, ¿cómo piensan los profesionales que trabajan para ministerio de salud?

Este trabajo de investigación se fundamenta en la normatividad establecida a partir del año 1993 con la ley 100, resolución 0412 de 2000, ley 1122 de 2007, sentencia T760 del 2008, ley 1438 de 2011, resolución 1841 2013, ley 1751 de 2015, ley 1753 de 2015, resolución 0429 de 2016, hasta el año 2016 con la resolución 3202, en el cual se relacionan las principales leyes, normas y resoluciones que fundamentan el accionar del actual modelo integral de atención en salud (MIAS).

Estas son importantes ya que nos muestran un panorama histórico del funcionamiento de las diferentes situaciones en salud las cuales han llevado a realizar reformas a las diferentes leyes con el propósito de evolucionar frente a las falencias que han sido identificadas en estos procesos.

directamente involucrados en el proceso de salud y enfermedad de la población objeto a estudio. En este caso las mujeres en gestación quien además de los profesionales son muy importantes para evaluar la implementación de las diferentes actividades propuestas en la RIA materno perinatal, a través de su experiencia en los diferentes servicios de salud a los cuales ha asistido. A continuación, se establecen la normatividad de mayor relevancia que ha experimentado nuestra nación.

Ley 100/1993

Desde una observación histórica de lo que ha sido la salud en Colombia, tal vez la ley que más refleja un cambio en el territorio es la ley 100 de 1993; enfocada en la creación de sistema seguridad social integral bajo la ideología de permitir la participación a instituciones de salud del sector público y privado. Conscendiendo de esta manera una competencia de libre elección entre las empresas promotoras de salud (E.P.S.), quienes serían las entidades encargadas de afiliación al sistema, gestión de recursos entre otros.

Por otro lado, se encuentra otro actor nombrado por dicha norma como las (instituciones prestadoras de servicio) conocidas también por sus siglas IPS quienes serían las instituciones de salud que prestarían servicios clínicos asistenciales y de promoción de la salud a los usuarios. Estas últimas crean convenios para prestar sus servicios a los afiliados de determinada EPS.

Como producto final de unificación del modelo, se busca una disminución en la participación del Estado dando vía libre a la intervención de instituciones de carácter privado, se

crea un mercado de competencia entre estos actores privados en conjunto con actores del sector público para sostener la oferta en temas de calidad de los servicios, así la población gozaría de acceso a los servicios de salud incluyendo todos los niveles de atención, integrados por distintos representantes bajo los principios de eficiencia, universalidad, integralidad, unidad, solidaridad y participación. 34

La ley 100 del 1993 no solo fue creada para abarcar el modo de atención en salud, sino que contempla otros aspectos de importancia; de aquí nace el Sistema de seguridad social integral (SGSSI). Este sistema se subdivide en tres sistemas comprendido de la siguiente forma:

- El sistema general de pensiones.
- El sistema de seguridad social en salud también conocido por sus siglas como SGSSS.
- El sistema general de riesgos profesionales.

En el presente texto no es de interés profundizar acerca del sistema general de pensiones, así como tampoco del sistema general de riesgos profesionales por tal motivo centrare los comentarios a una explicación de lo que se constituye como Sistema general de seguridad social en salud.

Para iniciar, se expondrán los actores que interviene en este sistema. Estando en la cabeza como ente directivo, el ministerio de salud ahora conocido como ministerio de salud y protección social quien es la representación del estado en el sistema, y junto con la superintendencia de salud como autoridad delegada de vigilancia y control en el cumplimiento de las disposiciones legales.

Por último, se encuentra el actualmente desaparecido consejo nacional de seguridad social en salud que junto con el ministerio de protección social regulan el valor de UPC “unidad de pago per cápita” que es un pago realizado por cada afiliado a las EPS para contribuir de esta manera y dar cumplimiento al POS, otra función del consejo era la definición del POS (plan obligatorio de salud) como plan de cobertura relacionada con los servicios, tratamientos, medicamentos, y diferentes elementos que contribuyan al diagnóstico y tratamiento requerido. Dichas funciones actualmente las realiza el ADRES (administradora de recursos del sistema general de seguridad social en salud), esta información se profundizará más adelante.

Como ente administrativo del sistema fueron definidas las empresas promotoras de salud EPS que fueron nombradas anteriormente, estas entidades son las encargadas garantizar el POS por medio de la afiliación al sistema, así como la administración de recursos y contrataciones con las instituciones prestadoras de servicio IPS, que son instituciones en salud públicas o privadas, con la función de ofertar servicios, encargadas de la atención de aquellas personas que se encuentren afiliadas al sistema recibiendo beneficios del plan obligatorio de salud. (Ley 100, 1993)

Resolución 0412 de 2000

En respuesta a la ley 100 del 93, principalmente en el artículo 173 de donde se adoptan las normas técnicas y guías de atención por medio de la demanda inducida, surge la resolución 412 del 2000 que esta específicamente creada para ejecutar acciones encaminadas a informar y educar a la población del sobre dos procesos paralelos nombrados a continuación:

- Protección específica (protección frente a riesgos de desarrollar una determinada enfermedad)

- Detección temprana (intervenciones que permiten realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad para ejecución del tratamiento de una manera oportuna permitiendo disminuir el impacto de las posibles secuelas causadas por la enfermedad).

Como protección específica la norma contempla:

- Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Atención Preventiva en Salud Bucal.
- Atención del Parto.
- Atención al Recién Nacido.
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.
- Detección temprana se encuentra detección de alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años).
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años).
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Detección temprana del cáncer de seno.
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Establece la atención por medio de guías de manejo para las denominadas enfermedades de interés en salud pública representadas en a continuación:

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición
- Infección Respiratoria
- Enfermedad Diarreica
- Tuberculosis
- Meningitis Meningocócica
- Asma Bronquial
- Fiebre reumática
- Vicios de refracción
- Hipertensión arterial
- Síndrome convulsivo
- Diabetes
- Menor y Mujer Maltratados
- Lepra
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Dengue
- Malaria
- Fiebre Amarilla
- Leishmaniasis cutánea y visceral
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo

Se resalta en la norma el obligatorio cumplimiento de las EPS y ARS (administradoras de régimen subsidiado) en realizar la demanda inducida a los servicios y facilitar operativamente la prestación de dichos servicios de salud, con la salvedad que no se cobrarían ningún tipo de COPAGOS, ni cuotas moderadoras con lo que se buscaba en otras cosas, facilitar las intervenciones y acceso a estos servicios de salud. (Resolución 412, 2000).

Esta normatividad resulta de gran importancia, debido a que en el año presente de la creación de este documento resultan aún vigentes, en la resolución 3208 del 2016, aparece una primera intención de derogación sustancial con la implementación de las rutas integrales de atención en salud, sin embargo, aun esta que será retomado más adelante. (Resolución 412, 2000)

Ley 1122 de 2007

La ley 1122 del 2007 es creada como la primer gran reforma a la ley 100 del 93 complementando el accionar como respuesta al reconocimiento en las falencias detectadas hasta el momento. Por esta razón, la primer gran modificación es relacionada con los recursos económicos, la más importante modificación tiene relación con el aporte de cotización modificando el pago para el régimen contributivo con aumento del 12,5% del ingreso o salario base de cotización (IBC) desde el día 01/01/2007. Este valor será asumido por el empleador en un 8.5% y el empleado asumirá el 4%, de este valor total el 1% se trasladará al FOSYGA que fue definido con anterioridad.

Una de las cosas más resaltantes de esta ley, es el ajuste al SGSSS teniendo como prioridad el mejoramiento de la presentación de los servicios a los usuarios. Con la ley 1122 nace una unidad administrativa especial adscrita al ministerio de salud y protección social, denominado comisión de regulación en salud (CRES).

Dicha comisión se encargaría de realizar una definición y modificaciones del POS en el régimen contributivo y subsidiado, este cambio resulto en una modificación de cómo era

conocido antes para dar lugar a un servicio más amigable con las necesidades de los usuarios; la revisión y definición de los medicamentos, equipos médicos e insumos que hacen parte del POS se valorarían cada año.

Frente a enfermedades de alto costo, donde se requiera de medicamentos no cubiertos por el POS, la EPS llevará a consideración del comité técnico científico (CTC) estos requerimientos. Si la EPS no realiza dicho trámite, se obligará a este y al fosalgo a asumir el costo de dichos medicamentos por medio de acción de tutela.

La Atención por parte de las EPS debería ser con agilidad y frecuencia y esta solicitud era requerida por los usuarios según la complejidad de sus patologías. La ley demanda la asignación de citas médicas en tiempo oportuno cosa que hasta la fecha aún es muy debatible el servicio que dichas entidades prestan para dar cumplimiento específico a lo establecido por la ley anteriormente nombrado.

Sin embargo, el cambio estructural más diferencial es la implementación de programas de promoción y prevención de enfermedades definidas como prioritarias en el plan nacional de salud pública, ordenando su creación cada 4 años, cuyo objetivo será atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud, promoción de condiciones y estilos de vida saludables. Aclara el concepto de salud pública, específica y diferencia las intervenciones individuales (POS) y las intervenciones colectivas (PIC). Lo anterior es supervisado y vigilado por la superintendencia nacional de salud, con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud.

Esta ley es la que da una pauta de inicio para perfilar el modelo de atención como un modelo donde existe cabida para la atención primaria en salud por medio de intervenciones del PIC aclarando conceptos de salud pública, (Ley 1122, 2007).

Sentencia T 760

Con la aparición de la sentencia T760 del 2008, se denota un crecimiento en las acciones de tutela en salud, con un aproximado de 24,6% para el año 1999 y un 41,5% para el año 2008. Un 36% de dichas acciones se relacionan con el derecho a la salud, violaciones recurrentes provocadas por problemas estructurales en los diferentes niveles del sistema de salud público, los cuales se generaron en su mayoría por fallos en la regulación, por ende, la corte constitucional entro a ejercer cambios en dicha estructura.

La corte constitucional determinó los casos específicos en los cuales el peticionante puede ejercer acción de tutela, los cuales se relacionan a continuación:

1. Vulneración al derecho a la vida

Representación de una persona a un grupo vulnerable como niños, embarazadas o ancianos

Cuando el servicio de salud está incluido en la política de salud nacional

2. La sentencia ordena al entonces Ministerio de Salud y Protección Social, a la CRES y a la Superintendencia Nacional de Salud, según requiera el caso, realizar una serie de ajustes y controles al SGSS que mostraran a continuación:

3. Aclaración y unificación de los planes de cobertura de salud POS el cual entraría en vigor a partir de septiembre de 2009, aquí elimina 100 procedimientos e incluye 1000. Estos Planes de Beneficios deben estar adecuadamente ajustados según las necesidades de la población y los suministros oportunos de los mismos.

4. Asignación de recursos al sistema, y que se mejore la evaluación y supervisión de las empresas privadas que proveen servicios de salud.

5. La sentencia T760 ordena hacer seguimientos y llevar un registro de las EPS e IPS que vulneran el goce efectivo del derecho a la salud. Debido a la negación de servicios a algunos usuarios

6. Finalmente se resalta la ejecución de seguimientos a la evolución de las acciones de tutela en salud interpuestas por los usuarios, ya que muchas veces los fallos no garantizaban la prestación de servicio exigido por los mismos.

Los aspectos más importantes a resaltar por la sentencia anteriormente descrita, es la igualdad de los derechos y el reconocimiento a la salud como derecho fundamental; el pensamiento de garantía para el acceso completo a los servicios de salud, es el gran avance que más se refuta con este nuevo acto legislativo que culminaría con la ley estatutaria que más adelante se mencionará a cabalidad. (sentencia T760, 2008)

Ley 1438 de 2011

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la atención primaria en salud,

para el mejoramiento de la salud, creación de un ambiente sano, servicios con calidad, unificación en el plan de beneficios y universalidad en el aseguramiento.

42

Dicha ley incorpora expresamente un modelo de prestación de servicios públicos en salud, relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. otro dato importante además de lo mencionado es el Restablecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud y Protección Social y en las entidades territoriales. Así mismo, realiza ajustes en el funcionamiento y universalización del aseguramiento, así como en los recursos del SGSSS la administración de recursos financieros para la promoción y prevención de la salud. Esta norma también incorpora disposiciones en materia de talento humano e insiste, como en la Ley 1122 de 2007, en el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control, en el manejo de la información y en la participación ciudadana, establece un seguimiento al funcionamiento de las empresas sociales del Estado. (Ley 1438, 2011)

Resolución 1841 2013 plan decenal de salud pública

Dos años después de la segunda gran reforma de la ley 100, se aprueba la resolución 1841 del 2013 conocida como el plan decenal de salud pública que, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, establece el abordaje de los determinantes sociales, la garantía de la salud en todas las poblaciones en el territorio nacional, las estrategias para la gestión de la salud pública y la promoción de la salud, así como la necesidad de desarrollar estrategias intersectoriales para dicho abordaje, siendo esta una reforma de inclusión social donde se resaltan 4 enfoques principales La salud como un derecho, enfoque diferencial, enfoque poblacional, modelo conceptual de determinantes sociales.

en la salud de la población, se especifica aún más la atención de aquellas personas en condición de vulnerabilidad, pues en estas comunidades se genera un riesgo aun mayor de desarrollar enfermedades según sea su situación, gracias a las políticas intersectoriales y transectoriales, se busca disminuir aquellas inequidades que se han hecho visibles promoviendo el derecho a la salud como un eje fundamental de todo lo relacionado con la legislación en Colombia desde la ley 100 del 93. (Resolución 1841, 2013)

Ley Estatutaria 1571 del 2015

Como respuesta principalmente a la sentencia T 760, se crea la primera ley estatutaria para establecer el derecho a la salud como un derecho fundamental, teniendo en cuenta que es una norma superior en jerarquía frente a otras legislaciones en salud ya propuestas que, por ende, esta ley direcciona la regulación y ejecución de sus ordenamientos, lo cual, indica que es irrefutable. Dentro de la regulación de la salud y del reconocimiento de su carácter fundamental, se establecen los elementos básicos y sustanciales para la garantía del derecho a la salud, sin importar cuál sea el modelo que se acoja.

Implementa las obligaciones del Estado, como la regulación para establecer mecanismos que permitan respetar y cooperar el goce efectivo de los derechos de salud donde se presume crear legislaciones que apoyen los objetivos de la ley estatutaria y no se intervenga negativamente con acción u omisión que pueda afectar el disfrute del derecho a la salud.

Se adoptan los elementos y principios (disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad calidad e idoneidad profesional), donde este último principio sobresale debido a que es la única ley que acoge al profesional de la salud como un actor importante dentro del sistema,

defendiendo el criterio profesional por medio de la autonomía médica para la toma de decisiones en salud más conveniente para los usuarios.

44

Dentro de los derechos de los usuarios la interculturalidad resalta un importante plus de lo que se había nombrado como derechos en las anteriores legislaciones hablando a cerca de la protección de comunidades rom, indígenas, afrocolombiana, raizales y palenqueras y como deberes resalta una de las lógicas instauradas en lo que más adelante se denomina modelo de atención integral en salud MIAS, frente se encuentra el cuidado de la salud incluyendo al usuario como actor dentro del sistema que debe velar por su propia salud.

Por último, la regulación de precios de las tecnologías en salud, la exclusión de algunos procedimientos y la inclusión de los mismos ante el comité técnico científico, dan apertura la garantía de una política de atención en salud que articule las premisas de la ley con los actores del sistema de salud vigentes e incluso la protección de destino de los recursos en salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo al derecho. (Ley 1751, 2015)

Ley 1753 del 2015

Mediante la Ley 1753, se adopta el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 en su artículo 65 se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social, para definir la Política de Atención Integral en Salud, siguiendo la corriente establecida por la ley estatutaria, por su enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, juntando acciones individuales y colectivas, con enfoque diferencial.

Donde se detalla la utilización de rutas de atención y retoma importancia el prestador primario con la ejecución de la operación en redes integrales de servicios.

- Atención Primaria en Salud (APS)
- Salud familiar y comunitaria
- Articulación de las acciones individuales y colectivas
- Enfoque poblacional y diferencial. (Ley 1753, 2015)

Resolución 429 2016.

Posterior a la conocida la Ley 1753, el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Resolución 429/2016 adopta la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), planteando la incorporación del modelo teórico de gestión integral del riesgo en salud, con enfoque de cuidado, atención primaria en salud, la gestión de la salud pública en los entornos donde el individuo se desarrolla. Se planteó un marco estratégico para atención primaria en salud basada en medicina familiar y comunitaria, el enfoque diferencial, el cuidado y la gestión integral del riesgo con un marco operativo llamado Modelo integral de atención MIAS. Dentro de esta resolución se incluye la adjudicación de la Resolución 3202/2016, la cual se enfoca en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)

Este modelo determina las prioridades del sector salud a largo plazo, y busca constituir un contexto para la organización y coordinación de instituciones y actores con el objetivo de garantizar que los ciudadanos accedan a servicios de forma segura, eficaz y humanizada.

Este modelo propone la Intervención que comprende las acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, las cuales se basan en la oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Este modelo cuenta con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y su grupo de riesgo. De los cuales, hacen parte las RAIS que son las unidades básicas de regulación con las que se despliegan los demás componentes a interactuar.

Estas 17 RIAS en su totalidad, orientan acerca de cómo debe ser la atención a la población, se identifica y clasifica de forma clara el papel de cada actor con el fin de mejorar la oportunidad, la seguridad y la calidad en la atención. Con esto se pretende eliminar desequilibrios dentro del sistema de salud, donde se evidencia un elevado presupuesto destinado al pago de la atención en niveles e instituciones de altos niveles de complejidad, mientras que el presupuesto para la parte de promoción de la salud y detección temprana es mucho menor.

El modelo de atención en salud MIAS, orienta la división de las diferentes empresas sociales del estado en subredes, dentro de las cuales, la implementación de las rutas de atención integral en salud RIAS son de obligatorio cumplimiento, en estas se determinan los temas de medicina familiar y de atención en los primeros niveles de atención.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) están presentes en esta política como entidades de gestión que deben garantizar la cobertura de la población afiliada diseñando planes y estrategias que permitan la correcta implementación del MIAS, articulándose con los prestadores de servicio de salud.

Para comprender mejor el accionar de dicha resolución se han de mencionar los

47

10 componentes que se encuentran contemplados a continuación.

- A) Se debe tener en cuenta la población a intervenir ordenarla por cursos de vida y establecer los riesgos que puedan estar inmersos, creando un plan de intervenciones para mitigar la aparición de posibles riesgos en salud
- B) El fortalecimiento del empoderamiento del individuo como primer responsable de su autocuidado brindando condiciones para la creación de rutas que permitan el desarrollo del sujeto, así como de ambientes que promuevan la salud.

Las RIAS se clasifican como promoción y mantenimiento de la salud, rutas de grupo de riesgo y rutas de evento específico de salud, estas integran tanto el accionar individual como el colectivo. Según considere la EAPB son autónomos de la creación de diferentes rutas, así como la metodología para implementar teniendo en cuenta la necesidad de la población.

- C) Al estar enfocado el modelo de salud en la detección temprana, se dirigen acciones de anticipación a la ocurrencia de eventos, por esta razón la implementación de RIAS para aquellos grupos de riesgo, busca la creación de una red que permita actuar desde diferentes ámbitos para tratar una problemática que merezca el riesgo de afección de individuo, familia o comunidad.
- D) Divide al territorio en 3 categorías:
 - Urbano: entendiéndose como lugares donde existe una sociedad constituida, que habitan gran cantidad de personas por metro cuadrado, siendo esto grandes ciudades considerados como distritos

- alta ruralidad: constituye lugares con moderada cantidad de habitantes por kilómetro cuadrado, si se tiene en cuenta el total del territorio, generalmente con presencia de vegetación
- rural disperso: lugares de difícil acceso por sus condiciones, generalmente aislados de los grandes distritos, representando muy pocos habitantes por kilómetro cuadrado

los integrantes del sistema deben ajustar planes de atención diferenciando el tipo de territorio donde se encuentran afiliados sus usuarios garantizando acceso a los servicios de salud.

- E) organización de los distintos organismos de atención en forma de RED entendiéndose como integración de los servicios de salud y diferentes prestadores sean públicos o privados, que garantice una adecuada atención de la población según sea la necesidad manifiesta.
- F) Gestionar la creación de redes integradas que permitan mitigar riesgo financiero, así como también, seguimiento y ejecución de planes territoriales de los planes de acción gestados para dar solución al afiliado.
- G) Favorece el pago de incentivos que demuestren una adecuada gestión hacia la implementación del modelo que permita mejorar demostrativamente resultados en salud.
- H) Fortalecimiento operativo del SISPRO (sistema integral de información en salud y protección social) permitiendo acceso a diferentes organismos administrativos.
- I) Fortalecimiento de recurso del talento humano
- J) Investigación, innovación y apropiación de los conocimientos. (Resolución 0429, 2016)

“Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)”

“El objetivo de las RIAS es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS”

Esta resolución establece tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), así:

- **Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.** acciones sectoriales e intersectoriales, con intervención individual y colectiva, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, por medio de la valoración integral de la salud, detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación concerniente a la salud. Esta ruta es de obligatorio cumplimiento en el territorio nacional.
- **Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo:** dirigida a los individuos y comunidades, a nivel sectorial e intersectorial; esta tiene como propósito identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, para evitar la aparición de alguna o algunas condiciones en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según la situación de cada individuo.

- **Ruta integral de atención en salud para eventos específicos.** específicos 50

priorizados por cada grupo poblacional en riesgo. Esta Ruta involucra actividades individuales y colectivas que pueden ser ejecutadas en los entornos donde transcurre la vida de las, se orientan al tratamiento, rehabilitación y paliación, según sea el caso.

Las RIAS, deberán adaptarse a los ámbitos territoriales urbanos, de alta ruralidad y con población dispersa, así como a los diferentes grupos poblacionales.

- **Por medio del ARTÍCULO 11. El cual hace referencia a la “PROGRESIVIDAD Y GRADUALIDAD DE LAS RIAS”.** Aquí se relaciona que las Entidades Territoriales, Promotoras de Salud, Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción y Regímenes Especiales implementarán, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la regulación de las RIAS de “Promoción y Mantenimiento de la Salud” y la “Materno Perinatal”. Dentro de los dieciocho (18) meses siguientes la expedición de la presente resolución. (Resolución 3202, 2016)

MARCO CONCEPTUAL DEL PROBLEMA

A partir de la revisión de fuentes primarias y secundarias se identifican los siguientes conceptos que se encuentran inmersos para la definición de los objetivos de investigación:

Partiendo del significado de modelo, como proceso de referencia de parámetros a seguir, haciendo énfasis en la estructuración de proceso de fácil replicación. Un modelo de salud es una serie de construcciones sociales, económicas, culturales, jurídicas y morales que ha adoptado o creado una nación para proveer de servicios de salud a sus integrantes, basándose en la defensa de las diferencias étnicas y culturales presentadas por la población centradas en la defensa a la salud como derecho fundamental, se pretende establecer una directriz capaz de brindar cobertura a las principales problemáticas en salud. (MSPS, 2015); (ECUADOR, 2013)

RIAS (rutas integrales de atención en salud)

Estrategia creada a partir del modelo de salud el cual busca garantizar el acceso en el ingreso a los servicios teniendo en cuenta las distintas alternativas y momentos del paciente frente a la patología en específico.

Percepción

Noción de un proceso, información, o experiencia previa referida a través del conocimiento por medio de impresiones que son expresadas a través de los sentidos. Con base a esta definición, se pretende obtener el objetivo por medio de la recolección de las expresiones de los funcionarios de las instituciones de salud frente a los parámetros establecidos dentro de la ruta materno perinatal; es de gran importancia esta concepción, ya que el enfoque de esta investigación es cualitativo y por ende es de gran valor lo referido por cada profesional que se

encuentra en contacto directo con la población objeto de la RIA materno perinatal.

52

(Oviedo, 2004)

Prestación de servicios

Hace referencia a la contratación para posterior ejecución de labores basadas en la experiencia, capacitación y formación profesional de una persona o empresa. Enfatizando en esta definición, se pretende describir la adherencia al proceso de implementación de la RIA materno perinatal con todo lo referente a la prestación de los servicios de salud a las mujeres en gestación objeto del estudio.

Atención en salud

Hace referencia a la asistencia sanitaria esencial que está sujeta al modelo de atención en salud actual que pretende facilitar el acceso para todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios asequibles para ellos, basados en su plena participación y a un costo moderado según capacidad de pago para la comunidad y el país.

Implementación

Hace referencia a la puesta en marcha de un proceso, programa o producto destinado a un fin específico. Dentro de esta investigación se pretende analizar el cumplimiento ejecutado dentro de los tiempos estipulados en la resolución 3202 por la institución frente a la política país establecida dentro del modelo integral de atención en salud (MIAS). Referente a las rutas integrales de atención en salud (RIAS) materno perinatal en los 8 hitos contemplados (ver anexo 5).

Según lo que dice Hernández (2000), en su artículo “El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales”, publicado en la revista de salud pública de la universidad nacional, donde su objetivo es argumentar el logro de los derechos sociales, económicos y culturales, no resulta de la selección del mejor modelo de financiamiento o de administración de los recursos disponibles en una sociedad particular.

El autor plantea una hipótesis propia donde refiere que se encuentran obstáculos estructurales en la sociedad colombiana para el logro del derecho a la salud para todos los ciudadanos, donde estos tienden a profundizarse con el sistema de seguridad social en salud y con la política de salud del gobierno del presidente Andrés Pastrana.

Se acoge a la “Teoría General de Sistemas” donde se pretende generar una convivencia de las antiguas normas de la prestación de los servicios, aquí el ministerio de salud quería generar una articulación funcional de los tres subsistemas el oficial, el de seguridad social y el privado, donde se pretendía otorgar una dirección en cabeza de los subsistemas de información, infraestructura, recursos humanos, entre otros.

En conclusión, este autor relaciona que el proceso sociopolítico de la salud en Colombia sostiene la tendencia hacia la inequidad y no hacia el derecho a la salud para todos; aparte que querer construir un nuevo sistema de salud, la idea de profundizar en la ejecución del modelo definido en la Ley 100 de 1993, es decir, que las personas que serán incluidas para obtener el servicio de salud serán las personas que tienen capacidad de pago por sus servicios.

En Colombia se pretende generar la consolidación de derechos contractuales, individuales y poco solidarios, como el máximo de desarrollo de nuestro sistema político para resolver los problemas de salud. Pero la opción del derecho contractual puede profundizar la tendencia colombiana a aceptar las exclusiones e inequidades.

En Colombia el derecho a la salud presenta una grave frustración, apunta a la fragmentación del sistema de servicios de salud, según la capacidad de pago de los afiliados, la cual se representa en una atención de muy baja oportunidad y mala calidad de la misma. Este documento argumenta que el mercado sólo logra otorgar un derecho contractual que resulta insuficiente para el derecho a la salud, el cual se generaría a través de la interacción de los actores sociopolíticos, esto genera una inclinación individualista lo que hace que el problema de superación de obstáculos cada vez sea más difícil de solucionar. (Hernández, 2000).

Lo anterior da una visión acerca de un modelo de salud que, aunque el artículo fue escrito hace 17 años, se refleja las mismas problemáticas con una tendencia a quedarse estáticas más que en evolucionar en pro de la mejora. La observación presentada por Ruiz y Acosta (2011), en su artículo *Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria* publicado por la revista de salud pública de la universidad industrial de Santander, donde su objetivo es identificar las dificultades y los factores dinamizadores en la implementación de un modelo de atención primaria en Santander en la última década. Que por medio de un estudio cualitativo realizados en 6 municipios con criterios de cobertura del MAPIS en el 2010 dividido en 3 fases, muestra a partir de la triangulación de fuentes y actores, en general el desconocimiento de los equipos en los municipios con un rol definido, orientación y asesoría.

debido al tipo de contratación que afecta la dinámica y continuidad del proceso. La información caracterizada de las familias no se usó debidamente sino solo en un municipio evidencian la falta de objetividad, continuidad y evaluación en los procesos realizados en este tipo de modelo, la mentalidad de las auxiliares de enfermería realizando el trabajo con el pensamiento de cumplir una meta más que de realizar una real intervención.

Resulta también importante señalar la falta de reconocimiento en cuanto a las responsabilidades que tiene las EPS con PYP y este tipo de modelo de atención. Concluye con la disociación entre la propuesta del modelo y la dinámica del municipio, la flexibilidad de contratación laboral, enfoque comunitario más allá del biológico, mentalidad de cumplimiento de metas, incompatibilidad del modelo de atención APS con el sistema de salud. (Ruiz-Rodriguez, 2011)

Para Franco (2011) en su artículo Atención primaria en salud (APS) ¿De regreso al pasado? publicado en la revista facultad nacional de salud pública de la universidad de Antioquia, muestra el modelo APS como algo que se intentó en el pasado durante el siglo XX, para la OMS la APS está basada en los principios de la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria, centrados de cara al sistema de salud que busca desde la declaración de Alma Ata disminuir la equidad y tener universalidad “salud para todos” en la prestación de los sistemas de salud.

El autor asegura que no hay una renovación, solo un intento desesperado en los sistemas de salud y la contrariedad de la globalización manifestando la falta de compromiso político, no

deben renovarse la promoción y prevención, participación comunitaria, sino los sistemas de salud volviendo a su enfoque APS.

La salud pública la promoción de la salud y APS deben estar articuladas, sin embargo, por su dependencia política, la transferencia de poderes no se ha logrado mantener un poder democrático que logre dicha articulación en pro de los resultados. En otras palabras, es necesario trabajar de la mano con procesos políticos que por medio de evidencias de carácter social se muestre la necesidad de reformar las bases del sistema de salud a un enfoque de atención primaria y para esto lograr que los gobiernos tengan un pensamiento moral basados en la necesidad de su población. (Franco-Giraldo, 2011)

En el artículo “El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?” (Moreno, 2016) German Moreno Profesor titular Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina, de la Universidad Tecnológica de Pereira identifica las múltiples reformas que buscan disminuir las brechas de la equidad e implementar legislativamente la atención primaria en salud, como lo son 1438 del 2011 con el plan decenal de salud pública, 1751 que es la ley estatutaria que fundamente el derecho a la salud en Colombia y por último la resolución 429 del 2016 políticas MIAS; resultan incapaces de resolver los grandes problemas que tiene el sistema de salud de Colombia, para nombrar algunos, falla regulatoria, falla del mercado, baja resolutivita, inequidad, deshumanizado etc.

Un autor citado en el texto Daniels en su libro “Justice health care” (Daniels, 2001), explica que la salud no puede basarse en una estructura de mercado regulado porque atenta contra la igualdad de oportunidades. Resalta su éxito en Perú, sin embargo, con falencias como universalidad, enfoque cultural y falta de integración entre un sistema pensado en manejar mayor complejidad versus la atención primaria en salud. Concluye diciendo que no basta la

debido a su incompatibilidad con los intereses generales. (Moreno, 2016) . El Modelo Integral de Atención en Salud, busca centrarse en atención primaria en salud, con un enfoque familiar y comunitario con el objetivo de caracterizar a la población, identificar sus necesidades y así mismo plantear rutas integrales de atención en salud.

Análisis estado del arte

Hay que hacer visible la poca exploración que se le ha dado a este tema, realmente dentro de la literatura colombiana son poco los autores que intentan llenar el vacío sobre el modelo de atención en salud, sin embargo dentro de los artículos analizados puedo destacar similitudes como la percepción de la sociedad se encamina a discriminar el sistema de salud como ineficiente, con servicio de mala calidad, inequitativos y siempre encaminados a intereses de índole particular anteponiéndose a las necesidades de la población bajo una idealización mercantilista; la exagerada producción de normatividad que busca el sustento de acciones y obligaciones para dar uso de manera efectiva al sistema de salud y bajo recomendaciones de OMS, lo que no le da una real evolución que desencadene en un cambio fundamental en lo relacionado con la salud, la derogación parcial de legislaciones a la final se puede prestar para confusiones en el actuar institucional.

La necesidad de un cambio de sistema de salud es fundamental, y más si se espera un modelo de atención en salud fundamentado en APS por el simple hecho como lo nombran claramente dos de los artículos anteriormente citados, la incompatibilidad aparente entre APS y modelo de salud, muy claramente el interés político de se hace evidente.

Las acciones en salud pública con este modelo APS no han tenido un impacto realmente significativo, salvo en el 2013 cuando en Colombia se declaró por primera y única vez, que no murió ningún niño por desnutrición en Bogotá en el año 2015, en esta revisión se pudo evidenciar algunos campos por el cual no hay un cumplimiento con las metas propuestas, la falta de preparación del técnico o profesional que realiza y/o dirige las acciones, la inestabilidad laboral por el tipo de contratación y la objetivación que le da el profesional al ejecutar las acciones.

En cuanto a las acciones a mejorar, es evidente la necesidad de un cambio para que no se queden en la cuerda floja gastando más del poco presupuesto en la salud pero con el agravante de que los resultados son casi iguales sin antes de realizar intervenciones, y lo que se ha venido haciendo en salud pública realmente no es diferente, continuamos las mismas acciones sin renovar, sin evaluar las acciones que ya se han venido realizando para que se cambie el enfoque o evolucionen de alguna manera, esto conllevaría que aun no exista un pensamiento crítico de por qué el modelo que ha tenido grandes resultados en países como Brasil, flaquea en Colombia pensando en APS; cabe aclarar que el MIAS es relativamente nuevo en el territorio, lo que resulta imposible medir un impacto comparativo con indicadores que determinen la evaluación con un antes y un después en salud. Se sugeriría tener en cuenta este punto para futuras investigaciones.

Sin embargo, a diferencia de los autores, considero que existe una causa, mas allá de lo nombrado, que aunque no son tan notorias según lo investigado hasta el momento, como

personal de la salud no me satisface las explicaciones aquí expuestas, y aunque tengan cierta relación, a mi parecer esta poco explorado este tipo de estudios para Colombia, por ende centrare en mi trabajo investigativo como primer medida a verificar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en salud, como punto de partida y como un ítem fundamental para el posicionamiento del Modelo de Atención en Salud inmerso en las políticas de Atención Integral en Salud dictaminadas por el ministerio de Salud y Protección Social, centrando esfuerzos en las rutas materno perinatales que son una de las tres primeras rutas que inician más prontamente y que tiene un contexto de suma importancia para la nación.

MARCO TEÓRICO

Modelo computacional y representacional de la mente

La mente humana es el resultado de un increíble mecanismo con capacidad de realizar múltiples tareas; desde la resolución de problemas, toma de decisiones, aprendizaje, interpretación de acciones, entre otros. Por ello la mente humana resulta un amplio campo a explorar donde se pretende hallar una explicación de cómo ejecuta distintas funciones.

Las ciencias cognitivas son el resultado de disciplinas que estudian la mente humana. Estas son las encargadas de explicar la forma de como el ser humano ejecuta diferentes formas de pensamiento según el momento, el lugar, y adversidades que están contempladas durante la vida.

Basándome en el libro del autor Paul Thagard “La Mente” desde un enfoque de ciencias cognitivas explica fácilmente que la mente es definida como algo que se encuentra inmerso en el cerebro; es descrito como una red neuronal algorítmica capaz de resolver problemas. (Thagard 2008)

El autor resalta la importancia de estudiar la mente desde muchos campos tratando de incluir los hallazgos de importancia. También destaca que no se puede ver solo desde un área netamente específica, sino que se debe tener en cuenta todos los campos para precisar los resultados sin extrapolar o irse por un solo camino. Esta afirmación es sustentada con base en que la mente es un campo investigativo muy grande donde se puede abarcar perfectamente distintas áreas para complementarse según sus visiones.

Thagard sugiere que la mente debería ser pensada en términos de representaciones mentales y procesos de computo donde él compara a la mente humana con una computadora. Realizando lo que él denomina modelo representacional y computacional de la mente por sus siglas M.R.C.M.

Esta interesante analogía permite explicar cómo funciona la mente y como se produce un pensamiento frente una problemática que requiere solución. Para ello el autor expresa su pensamiento de la siguiente forma:

Conceptos del autor	Definición
representaciones mentales	Hace referencia a reglas, creencias, ideas, conceptos que se tienen sobre un tema relacionado
procesos de computo	Son los pensamientos y acciones generados a partir de las representaciones mentales previas

Fuente: Elaboración propia del autor

Siguiendo la analogía de la mente con las computadoras, el autor explica que para la ejecución de programas se requiere una serie de datos que él denomina estructura, dichas estructuras hacen uso de algoritmos ya establecidos, siendo esto lo que permite ejecutar un programa de computadora. Dicho párrafo será representado a continuación:

Figura 1 Ejecución del programa de computo según MRCM



Fuente elaboración propia del autor

En la mente, el proceso resulta similar, ya que se utilizan los datos figurados en las representaciones mentales, estas representaciones influyen en los procesos de computo de acuerdo con la información previa, dando origen a un pensamiento, como se demuestra en el siguiente esquema:

Figura 2 Ejecución del pensamiento humano según MRCM



Fuente elaboración propia del autor

Teniendo en cuenta lo mencionado, se puede empezar a creer que gran parte de los problemas presentados en la salud pública, parten de un concepto tradicionalista emanado desde las representaciones mentales de aquellas personas que laboran en una institución como Ministerios de Salud.

El autor refiere que las representaciones mentales en la realidad no existen, estos conceptos son pensamientos, ideas y creencias que se van adquiriendo desde la experiencia personal en cada vivencia, en el caso de los profesionales de la salud, se suma la experiencia en el pregrado y post grado de las personas que laboran en la institución anteriormente nombrada.

El concepto de problemas en salud es el resultado de las interacciones entre

representaciones mentales y procesos de computo, lo anterior da origen a un pensamiento encaminado a solucionar una situación que los expertos consideran problemática en salud. A modo de ejemplo, se toma el estado gestacional como una de las situaciones más críticas y riesgosas por las que puede cursar un ser humano, esta problemática es representada en la siguiente tabla:

Tabla 8 comparativa de representaciones mentales entre gestantes y profesionales de la salud

Concepto para relacionar	Representaciones mentales para gestante	Representaciones mentales para personal de salud
Embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Felicidad• Bendición• Familia• Cambios	<ul style="list-style-type: none">• Riesgos en salud• Controles médicos mensuales• Incapacidad medica• complicaciones

Bajo esta serie de conceptos, se ha creado el modelo de atención integral en salud, derivando a su vez las RIAS materno perinatal, donde se tiene en cuenta a la mujer desde su estado de mujer en edad fértil, hasta mujer lactante.

llamados Hitos como están descritos en la ruta misma. En estos hitos la mujer puede pasar por muchos posibles caminos, desde un aborto según sea su caso puntual, hasta la pérdida de su bebe, incluso, la muerte materna.

A pesar de los actos legislativos, las estrategias en salud y controles prenatales se continúan presentando casos de mortalidad materna siendo considerado una gran problemática distrital y a su vez, un gran problema en salud pública.

Sustentado la teoría en este punto posiblemente exista un error en las representaciones mentales de aquellas personas que crean las políticas en salud. Probablemente dichas representaciones no reflejen las problemáticas reales de la población objeto; esto conlleva a que los procesos de computo no sean los más acertados para producir un pensamiento acorde a la solución del problema.

Un modelo representacional computacional ideal, es aquel que vuelve más precisos esos procesos y estructuras a través de una interpretación formada por estructura, datos y algoritmos y es claro que se debe precisar en las representaciones mentales de quienes son los que crean normatividades en salud.

Reglas

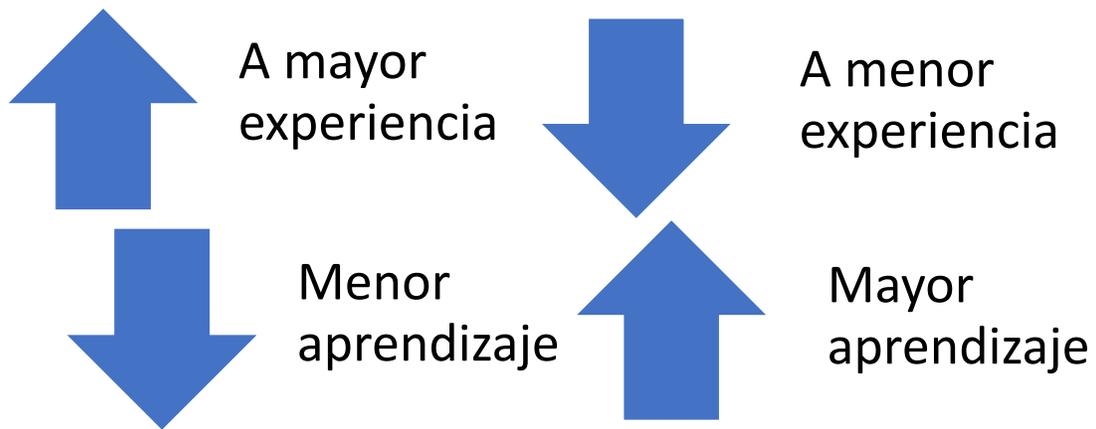
Relacionando el tercer capítulo denominado reglas, del libro *La mente introducción a las ciencias cognitivas*, se deduce que el aprendizaje de cada ser humano se representa en su actuar diario con base en representaciones mentales, las cuales en algunas oportunidades se dirigen al cumplimiento de reglas establecidas.

Según el autor, cada persona tiene un conjunto de procesos preestablecidos que 65

permiten solucionar problemáticas cotidianas, estas problemáticas fueron resueltas previamente, en otro momento o lugar, estableciendo estos procesos como reglas que permiten dar solución ante una misma eventualidad. En otras palabras, si lo realizado funcionó para dar una solución, se puede volver a utilizar este método en otro momento para dar solución a una misma problemática.

Thagard señala que la experiencia es un factor determinante para la resolución de problemáticas, siendo esta la causante en la disminución de la velocidad de aprendizaje, dicha afirmación se establece en este esquema:

Figura 3 Relación experiencia aprendizaje según Thagard



Fuente: elaboración propia del autor

Se sustenta que generalmente se adquiere conocimiento muy rápido en una temática nueva, pero la velocidad de aprendizaje empieza a disminuir cuando se tiene un conocimiento amplio del tema.

Esto se debe a que el aprendizaje es un sistema de reglas que se establece para solucionar dificultades, de temas no se tienen mayores conocimientos, sin embargo, este sistema disminuye con la práctica.

Este sistema funciona gracias que las personas cuentan con dos procesos alternos para la resolución de conflictos:

- El primero son los procedimientos establecidos para la aplicación de reglas
- El segundo hace alusión a la generación de nuevas reglas, cuando la solución no es satisfactoria al aplicar una regla conocida.

Dentro del modelo de razonamiento lógico humano, está sustentado que las reglas son estructuras de condición que resuelven problemáticas simples:

- Si termino la tesis, entonces me gradúo.
- Si tienes sed, entonces toma agua
- Si está embarazada, entonces asiste a controles.

Cabe aclarar que las reglas resultan poco efectivas en el momento de establecer condiciones variadas, que permitan múltiples opciones de elección simultáneamente, por esta

razón el autor sostiene que el pensamiento humano no puede reducirse totalmente a la aplicación de reglas.

67

Thagard explica que El éxito de resolver conflictos por medio de la regla, está en no generar procesos que contengan opciones a ejecutar, puesto que entran a jugar muchos factores que no fueron contemplados al formar la regla.

Lo anterior incurre a generar mayor incertidumbre frente al desconocimiento del actuar frente a la situación, sin embargo, permite una ganancia de experiencia que establecerá en proceso en un futuro, esto permitirá actuar adecuadamente en circunstancias similares.

Las rutas de atención integral en salud, según la teoría estudiada se muestran como el proceso de implementación de reglas en los servicios de atención en salud, si se observa desde el esquema de los 8 Hitos que comprendidos en esta.

Por ejemplo, en la ruta de atención materno perinatal, si la mujer en gestación cuenta con factores de alto riesgo, se realizan actividades puntuales que no se realizan con las mujeres gestantes de bajo riesgo obstétrico, siguiendo un patrón de causa y efecto:

- Si es de alto riesgo entonces debe ser vista por el especialista de ahora en adelante.

En estas rutas es evidente la agrupación de muchas reglas desde los enfoques computacionales representacionales. Este sin número de reglas traducidas en acciones y actividades, se vuelven ineficientes, ya que la atención en salud termina siendo completamente variable y fluctuante.

Por esta razón, la creación de algoritmos para la atención en salud resulta siendo insuficientes cuando es requerido resolver problemas simultáneamente por medio de reglas como lo explica el autor a continuación

“muchos problemas de planificación pueden explicarse en términos de razonamiento basados en reglas, este tipo de planificación se complica cuando hay muchas reglas que son potencialmente pertinentes y el sujeto tiene que elegir cual aplicar en cada paso” (Thagard, P. 83)

Emociones

Con relación al décimo capítulo “las emociones”, las ciencias cognitivas no se han ocupado mucho de estudiar este campo, siendo considerado como elemento anexo, sin embargo, han estado ganado importancia por parte de los estudiosos del tema, donde se están teniendo en cuenta para el estudio de la toma de decisiones, y son utilizadas como mecanismos para resolver conflictos.

Las emociones son el resultado de una serie de estímulos listados a continuación:

- Surgimiento en acontecimientos de nuestro entorno
- Conflicto de tareas en proceso
- Interacción social.

El resultado de ello es el surgimiento por medio de un resumen de las situaciones para procesar el pensamiento, permitiendo que la cognitiva se centre en atender más específicamente el problema surgente.

Lo anterior explica porque a veces los seres humanos actúan de una forma específica dependiendo de la emoción que conlleve un estímulo, y esto se liga directamente con las representaciones mentales.

Un ejemplo de ello deriva de la palabra “ratón”; esta desencadena una emoción negativa lo que va de la mano con una reacción ante el pensamiento que muy probablemente resulte desagradable para este caso.

Con cada emoción se genera un modo de resolutivez de problemas, el aprendizaje es a veces una experiencia con alta carga emocional, como cuando un profesional de la salud despierta en sus alumnos la necesidad de cuidar de si mismos, por eso se debe tener en cuenta las emociones ya que influyen en la toma de decisiones.

En la aplicación del instrumento de investigación en las mujeres gestantes se puede evidenciar como se encuentra ligada la parte emocional y los procesos computacionales, según lo

referido por ellas, el buen trato otorgado por los profesionales puede garantizar el deseo de continuidad con la asistencia a los procesos de atención, inclusive calificar el servicio de atención como bueno o malo guiándose más por el proceso mismo de la atención, que por los conocimientos científicos que tiene el profesional. 70

Este concepto lo relaciona muy bien el autor en la siguiente frase:

“los juicios y las decisiones reciben influencia de las evaluaciones positivas o negativas, ligadas a las imágenes mentales de distintas situaciones” (Thagard) P. 247.

En las situaciones sociales hay que comprender no solo las emociones propias, sino que también se debe comprender las emociones de las demás personas, para garantizar el éxito en las interacciones sociales, puesto que estas se soporta en la empatía que puedan desarrollar las dos partes por medio de su interacción.

RESULTADOS

Con el objetivo de verificar cambios de la normatividad anteriormente implementada versus la normatividad vigente; se realizó una revisión de la resolución 0412 de 2000 y fue comparada con la resolución 32002 de 2016, con el fin de establecer las diferencias que se querían renovar de la mano con la implementación del modelo de atención en salud MIAS y las rutas de atención.

Esta comparativa se centró única y exclusivamente en el proceso de atención a gestantes, en donde a continuación se relacionan los resultados obtenidos.

2016

Ítems	Resolución 412 del 2000	Resolución 3202 2016
Objetivo	Se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública	<u>regular</u> las condiciones necesarias para asegurar la <u>integralidad</u> en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS
Planificación	Está inmerso en un capítulo aparte denominado “planificación familiar en hombres y mujeres”, diferenciando la integralidad con la mujer en edad fértil.	Integra a la mujer en edad fértil como posible gestante, tiene en cuenta la intervención de los métodos de planificación dentro de la ruta materna perinatal.

	No tiene en cuenta la planificación posparto	Integra la planificación posparto en uno de los hitos de la ruta
Consulta preconcepcional	No está presente en la resolución	Están concebidas en el Hito 1 de la ruta de atención materno perinatal
Embarazo adolescente	La resolución 412 no establece criterios de realización para población vulnerable o de inclusión, no contempla la diferenciación en el curso de vida	Dentro del hito 1 establece la atención diferencial en curso de vida adolescente, incluso se crea una propia ruta “ruta de atención y prevención de embarazo en adolescente” diferenciando claramente la problemática que esto conlleva
Esterilidad	La resolución no contempla la posibilidad de una esterilidad y se ciñe netamente en la atención en gestantes	Se contempla la intervención dentro del hito 1 si ya ha pasado 1 año buscando quedar en embarazo y no se ha podido lograr.
Interrupción voluntaria del embarazo	No se contempla, la sentencia que la reglamente sale 6 años después de la resolución.	Se contempla basándose en la sentencia c 355 del 2006

	<p>se considera el aborto como una complicación del embarazo, pero no como una opción terapéutica según el caso; esta información está inmerso en otro capítulo de la resolución denominado “complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo”</p>	
<p>Violencia sexual</p>	<p>La resolución nombra que debe ser valorada la violencia intrafamiliar en el momento de la inscripción a los controles prenatales, pero no diferencia el tipo de violencia sexual, ni tiene en cuenta las causas en menores de 14 años.</p> <p>Se trata esta parte en otro capítulo de la resolución denominada “mujer maltratada”</p>	<p>Contempla especialmente los casos de gestación en menores de 14 años por lo contemplado en la ley 1236 del 2008 y tiene en cuenta la sentencia C355 del 2006 en el resto de las edades</p>

Control prenatal	La resolución es específica con las entradas, los tiempos, los controles con énfasis en la realización de estos	Sigue en su gran mayoría a la resolución 412 del 2000 para la ejecución de controles prenatales
Barreras de acceso	No es contemplada dentro de la resolución algún ítem que permita disminuir barreras de acceso para los controles prenatales	Contempla barreras de acceso y busca la posibilidad de mitigación para cumplir las consultas de control prenatal
Diferencia niveles de atención	Especifica cómo realizar controles prenatales sin diferenciar niveles de atención haciéndolo de una forma general	Contempla la posibilidad de remisión según necesidad
Complicaciones en el embarazo	No contempla complicaciones, se enfoca en la prevención y la ejecución de los controles prenatales	Tiene en cuenta las complicaciones tanto obstétricas como las no obstétricas dejando abierta la posibilidad de remisión
Diferenciación cultural	No contempla la diferencia étnica cultural en el momento de la atención de consulta preconcepcional o parto	Tiene en cuenta cultura y creencias específicamente en el momento del parto; el modelo de atención integral en salud pretende ser un modelo pensado

		en población diferencial o de inclusión.
Mortalidad materna	No tiene en cuenta los casos donde el desenlace es catastrófico provocando la muerte de las madres	Tiene en cuenta la posibilidad de mortalidad materna; pretende dar protección al menor recién nacido y apoyo familiar
Mortalidad perinatal	No tiene en cuenta los casos donde el desenlace es catastrófico provocando la muerte de la madre	Tiene en cuenta la posibilidad de mortalidad perinatal; pretende dar apoyo a las familias
Puerperio inmediato	No está contemplada la atención puerperio dentro del capítulo de detección alteraciones en el embarazo	Contempla la necesidad de continuar un seguimiento no solo en el momento del alumbramiento sino también durante el puerperio tanto a la madre como al neonato
Lactancia materna	La resolución integra la lactancia como uno de los temas a incluir dentro de las consultas prenatales	Se tiene en cuenta dentro del último hito de las rutas materno-perinatales un ítem de educación en lactancia materna, incluyendo no solo a la madre

		sino también a la familia y la comunidad
--	--	--

Fuente: elaboración propia del autor

Finalizando este análisis comparativo entre la resolución 0412 de 2000 y la resolución 3202 de 2016, se puede concluir que las rutas materno perinatales acogen lo dictaminado en la resolución 412 del 2000 con relación a los controles prenatales; sin embargo, se integran varios ítems de importancia que se deben tener en cuenta para garantizar un atención de calidad, mitigando riesgos y aumentando los factores protectores.

La política de atención integral en salud (PAIS), hace énfasis en la atención basándose desde un enfoque diferencial y de inclusión, lo que permitirá aumentar la confianza en las instituciones de salud para que las diferentes comunidades logren integrarse sin la aparición de un posible choque cultural, mitigando la denominada violencia obstétrica.

Las RIAS permiten tener un enfoque integral abiertas a las posibilidades que puedan presentarse durante el proceso de gestación, esto permite una apertura de visión a las distintas realidades que padecen las gestantes a diario.

Es de destacar que la población adolescente tiene una gran importancia para las rutas que se pretenden implementar, tanto la posibilidad de postergar o evitar la gestación en dicha población, como la atención más conveniente pasando por el pensamiento de un posible caso de abuso sexual, esto desencadenaría en una interrupción voluntaria del embarazo según el caso.

Para lograr describir el proceso de implementación de las RIAS materno perinatales, se desarrolló proceso de investigativo de campo, en el cual se realizaron diez entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales de consulta externa y hospitalización que intervienen directamente en el proceso de atención de las mujeres en gestación y se realizaron diez entrevistas a mujeres en gestación donde se buscó identificar las perspectiva de estas personas y de los profesionales del área de la salud.

El instrumento de investigación anteriormente relacionado mostró como resultado a mi pregunta de investigación, la evidencia de que frente al área de consulta externa desde la perspectiva del profesional de la salud se presentó algún cambio relacionado con las actividades actualmente implementadas dirigidas a las mujeres en gestación para dar respuesta a la ruta materno perinatal en comparación con lo que anteriormente se venía realizando.

Frente al área asistencial se evidencia que se cuenta con la resaltada idea de que no se deben centralizar los servicios dirigidos para la atención materna y perinatal en una sola unidad de atención de servicio de salud designada por la subred ya que por disponibilidad de espacio para ser ocupados por especialistas y subespecialistas; además se resalta que el desplazamiento de las gestantes a los diferentes puntos de atención especializados presenta para ellas una barrera de acceso, ya que no cuentan con los recursos necesarios para dicho desplazamiento.

A continuación, se relaciona el análisis minucioso realizado a cada una de las preguntas ejecutadas a los profesionales a las mujeres en gestación:

Tabla 10 Análisis entrevistas a profesionales del área de la salud

	Pregunta del instrumento utilizado	Análisis a partir de las entrevistas a profesionales
Pregunta 1	¿Qué conoce usted del nuevo modelo de atención en salud MIAS?	En cuanto al reconocimiento del modelo de atención 8 de cada 10 afirman reconocer el MIAS, sin embargo, su definición está ligada más con la unificación de hospitales públicos para la creación de las 4 subredes, no se tiene un conocimiento muy profundo del modelo y la definición que dan apunta a uno de sus objetivos que es garantizar la atención en salud a partir de disminución de barreras de accesos, pero hay un desconocimiento total sobre el MIAS

<p style="text-align: center;">Pregunta 2</p>	<p>¿Qué conocimiento tiene acerca de las rutas integrales de atención en salud?</p>	<p>Aunque todos tienen una definición de ruta mas o menos uniforme, se identifica un desconocimiento al momento de preguntar por rutas, puesto que la respuesta se centra a partir de la especialidad de la cual se labora, entonces los profesionales de la salud reconocen la existencia de las rutas materno perinatal pero no identifican la existencia de otras rutas, tan solo dos personas identifican la existencia de otras rutas de atención a lo que en general los profesionales entienden las rutas como "una nueva forma de ingresar a los servicios de salud" pero se desconoce el proceso en si, los instantes de atención denominado como "hitos" la integración de los protocolos anteriores y la conformación de nuevas estrategias 1 de los 10 entrevistados definido adecuadamente a las RIAS evidenciando un desconocimiento a profundidad de los procesos planeados por parte de ministerio de salud para la atención de sus propios pacientes</p>
--	---	---

Pregunta 3	<p>¿Qué sabe usted de los nuevos procesos de atención en salud para las gestantes que se han están implementando?</p>	<p>2 de los 10 profesionales manifiestan que no existe cambio alguno de los protocolos establecidos versus la que propone la nueva ruta materno perinatal para atención a gestantes, los profesionales evidencian un cambio significativo en la atención por consulta externa donde refieren 3 de ellos la importancia de que la gestante inicie oportunamente su método de planificación casi desde el egreso hospitalario post parto, muy importante la educación en sentencia C355 referida por una profesional de la salud siendo este un cambio de gran impacto para las mujeres protegiendo sus derechos sexuales y reproductivos y finalmente dos de los profesionales nombran la centralización de los servicios al referirse de la migración médica que han tenido las gestantes hacia el hospital de Suba quienes son reconocidos como el centro bandera para la atención a gestantes dando cumplimiento a una de las propuestas del MIAS</p>
-------------------	---	---

Pregunta 4	¿Ha recibido capacitación de parte de la institución donde labora a cerca de las rutas de atención integrada en salud para maternas?	6 de los 10 profesionales manifiestan que no han tenido capacitación alguna por parte de la institución para el conocimiento y posterior implementación de las rutas materno-perinatales, los cuatro restantes dicen haber tomado un curso virtual sin embargo existe un comentario donde se manifiesta que a la gente no le interesa
-------------------	--	---

Pregunta 5	<p>¿Percibe usted algún tipo de cambio con relación a los protocolos establecidos para la atención de gestantes? En caso de ser afirmativo, ¿cual es el cambio percibido?</p>	<p>2 de los 10 entrevistados manifiestan cambios relacionados con la atención por consulta externa ya que se amplió la inscripción prenatal en tiempo donde se busca indagar antecedentes, otro cambio importante es relacionado con las pruebas rápidas de VIH y Sífilis donde se toman acciones rápidas según resultado y esto podrá tener un impacto importante a los indicadores infección del neonato, resulta alarmante que 8 profesionales no refieran ningún cambio por lo que se infiere que la implementación no se está cumpliendo a cabalidad por parte de la institución, las capacitaciones son virtuales por lo que y esto no permite una interacción humana que este encaminada a explicar nuevamente los conceptos según necesidad o resolver dudas encontradas por parte de los profesionales ante las rutas materno perinatal, un entrevistado reconoce que hay un espíritu de cambio pero que la forma de accionar no está siendo asertiva para que dichos cambios se puedan llevar a cabo, en resumen parece que la atención a maternas a pesar de la creación de las</p>
-------------------	---	--

		<p>rutas sigue siendo muy similar a lo que se viene manejando salvo por los cambios anteriormente mencionados pero los profesionales inmersos en la parte clínica de la atención son quienes no sienten un cambio real a la hora de evaluar lo que se venía haciendo relacionado con la atención a gestantes versus con lo que propone las RIAS maternas.</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">Pregunta 6</p>	<p>¿Las gestantes han manifestado algún tipo de inconveniente en relación con su proceso de atención?</p>	<p>las referencia a inconvenientes se pueden catalogar en 2 grandes procesos, el primero está relacionado con la oportunidad en consultas, exámenes y controles con especialistas que se mantienen siendo una queja constante y es referido al profesional de la salud donde muy probablemente se sobre entiende la importancia del cumplimiento dentro de unos tiempos establecido pero la excesiva demanda desencadena un bloqueo en el cumplimiento por un muy cerrado acceso oportuno y esto conlleva a inicio de controles prenatales tardíos donde se ha perdido tiempo y se traduce a un riesgo el desconocimiento mismo de la evolución del embarazo. la segunda es relacionada con los problemas administrativos que están siendo víctimas las gestantes, según refieren algunos profesionales la implementación del modelo ha sido un obstáculo más para que las gestantes puesto que la centralización de los servicios interfiere negativamente conllevando a reprocesos donde el tiempo llega a ser un factor determinante a la hora de atender una</p>
--	---	--

		<p>necesidad especial como lo es una gestante de alto riesgo por los traslados a una institución de nivel dos que no cuenta con las sub especialidades requeridas, ni los equipos necesarios al momento de atender un parto complicado. Otra cosa que me llama la atención es la negación de la atención de una gestante por procesos documentales a lo que el sistema de salud entra a competir insanamente contra la ley estatutaria negando un derecho que ahora es fundamental y constitucional</p>
--	--	---

Pregunta 7	<p>¿Percibe usted algún proceso que se deba tener en cuenta para el mejoramiento de la atención integral del servicio que presta la institución para las usuarias en proceso de gestación?</p>	<p>En su mayoría se trata el tema de infraestructura y mejoramiento de equipos e insumos, llama la atención que los profesionales identifican barreras de acceso administrativas y piden de alguna forma realizar de una forma más simple los procesos de autorización y solicitud de citas o exámenes lo que refleja que el sistema de salud no es acorde con el modelo de salud por que en el camino resulta contradictorio y no se ha podido homologar los procesos para dar cumplimiento a los dos de una forma alterna, cosas tan simples como la facturación resultan un proceso dispendioso que puede conllevar al incumplimiento de los controles prenatales por ser procesos engorrosos donde fácilmente se termina desistiendo</p>
-------------------	--	--

<p style="text-align: center;">Pregunta 8</p>	<p>Dentro de su práctica clínica, ¿siente que hay algún tipo de enfoque temático tratado últimamente por la institución donde labora para la atención de maternas?</p>	<p>7 de 10 profesionales reconocen que se ha intentado enfocar la atención de las gestantes de una manera preventiva lo que iría de la mano con el modelo MIAS, tan solo 1 profesional refiere que el modelo sigue siendo enfocado a la atención clínica justificando que las rutas no han dado solución a las barreras de acceso que presentan las gestantes a la hora de ingresar a controles prenatales, y esto es apoyado por otro profesional que refiere sentir un espíritu de cambio pero que el mismo modelo de salud interfiere en su propio accionar manifestando que se intenta asimilar modelos de otros países pero que no se tiene en cuenta el contexto poblacional ni la realidad de las entidades públicas para que una sola institución sea sobresaliente y especializada en la atención a las gestantes</p>
--	--	--

Se realizaron diez entrevistas a mujeres en gestación, quienes estaban siendo atendidas 88 en las unidades de atención en salud de la subred norte, aquí se evidencia una estrecha relación entre el buen servicio y el buen trato; las emociones en una gestante predominan a la hora de evaluar las percepciones; un claro ejemplo es el maltrato percibido por alguna de ellas, quien refiere haber sido tratada en términos grotescos por una de las profesionales del área de la salud quien le realizaba los controles.

Las barreras de acceso a los servicios de salud se ven afectados por la oportunidad de las consultas, las cuales son asignadas en diferentes unidades de atención en salud que en muchas ocasiones son muy lejanas a su lugar de domicilio. Es de resaltar el comentario de una de las profesionales encargada de la atención, que refiere que las gestantes contaban con una ruta gratuita para acceder a los controles prenatales en los diferentes establecimientos, pero está ya no está en curso para el uso por parte de las usuarias.

La portabilidad de servicios es otro tema fundamental que nos relacionan las mujeres entrevistadas, donde el cambio de localidad para un punto de atención por cercanía a su residencia es realmente difícil su gestión y por ende se generan retrasos en el proceso de atención.

A continuación, presento un cuadro relacionando cada una de las preguntas y su respectivo análisis:

Tabla 11 Análisis resultados entrevistas a gestantes

	<p>Pregunta del instrumento utilizado</p>	<p>Análisis a partir de las entrevistas a gestantes</p>
<p>Pregunta 1</p>	<p>¿ha tenido cumplimiento en la asistencia a sus controles prenatales?</p>	<p>el cumplimiento se evidencia en 8 de las 10 gestantes, se observa una barrera de acceso al cambio de IPS con la entrevistada numero 9 quien refiere un problema por cambio de localidad lo que le conllevó a que la atención no fuera oportuna, y se puede determinar que el carácter económico influye con la asistencia a los controles prenatales como se evidencia con las gestante 7 quien manifiesta no tener dinero siempre para el transporte</p>

Pregunta 2	¿Cómo ha sentido la atención prestada por la institución de salud?	las gestantes relacionan la calidad de la atención con el trato de los profesionales donde el rigor científico pasa a un segundo plano a la hora de evaluar cualitativamente la atención, 9 de las 10 gestantes sienten satisfacción con la atención prestada refiriéndose a los profesionales de salud de una manera positiva, mientras que una manifiesta inconformismo no por la atención profesional sino por actos administrativos que entorpecen la atención oportuna y con calidad
-------------------	---	---

Pregunta 3	<p>¿Qué piensa acerca de los servicios de salud que le ha brindado durante su embarazo?</p>	<p>7 de 10 gestantes manifiestan sentirse bien con los servicios de salud prestados, asociándolo al momento de la cita médica y tal vez a la educación y/o recomendaciones dadas por los profesionales, de alguna manera sienten provechoso ese espacio y adquieren conocimientos que son de su interés en el momento; las 3 restantes manifiestan barreras de acceso en tres formas distintas, la primera se relaciona con una información dada por el profesional donde la oportunidad de cita prima sobre la comodidad del paciente y para ayudar de alguna forma a los usuarios se les programan citas en distintas localidades que tengan la subred para garantizar oportunidad pero se ve afectada la usuaria en su desplazamiento que muy probablemente será en transporte público; la segunda se relaciona con otra información dada por los profesionales los cuales refieren que las la personas del call center encargadas de agendar las citas no son idóneos puesto que se incurre en demasiados errores a la hora de asignar citas o exámenes retrasando muchos procesos en el camino porque muchas usuarias deben cambiar la autorización o re programar citas lo que puede retrasar más de</p>
-------------------	--	--

		<p>un mes todo el proceso de tiempos durante la gestación; por último, los reprocesos de exámenes que no son propios de la institución que se toman de manera particular y el médico dentro de su criterio ve la necesidad de realizar una toma con laboratorios propios de la institución o simplemente por una directriz misma de la institución quienes no validan resultados de otros laboratorios</p>
<p>Pregunta 4</p>	<p>¿Qué educación le han brindado durante su embarazo?</p>	<p>es muy importante comprender que la educación a las gestantes no solo es brindada por personal de salud e instituciones de salud, sino que en el proceso se vinculan otros entes territoriales como ICBF, secretaría de integración social y los familiares. Sin embargo, me parece prudente afirmar que las gestantes deben reconocer a las entidades de salud a la hora de preguntar por sus saberes, en algunas entrevistas referían no haber aprendido nada por parte del personal de salud, siendo la educación una herramienta inmersa dentro de la consulta externa y un deber de los profesionales transmitir conocimientos y resolver las dudas presentadas</p>

Pregunta 5	¿cree usted que los servicios de salud se han modificado para brindar una mejor atención?	resulta algo ambiguo el análisis, algunas gestantes refieren demora en los procesos y otras una mayor celeridad al momento de alguna solicitud. Hay que tener en cuenta que las entrevistas estuvieron repartidas en las localidades de Suba, chapinero, barrios unidos y Engativá por lo que los procesos pueden variar según localidad, sin embargo, el modelo MIAS plantea la creación de 4 subredes para la atención en salud, al ser una sub red integrada no debería presentarse esta situación ya que se busca un equilibrio en lo relacionado con la atención y oportunidad, sin embargo las gestantes no reflejan un cambio si se compara con el embarazo inmediatamente anterior más allá de la oportunidad de las citas. por último, sale a relucir nuevamente problemas con el call center donde es un tema a tener muy en cuenta ya que desenlace una serie de eventos que pueden llevar a la demora en los procesos de atención en gestantes
-------------------	--	--

<p style="text-align: center;">Pregunta 6</p>	<p style="text-align: center;">¿Cuál es su pensamiento frente a la atención que le han brindado los profesionales de la salud durante su embarazo?</p>	<p>8 de cada 10 gestantes refieren un buen trato de parte de los profesionales, lo que mejora su percepción de atención por parte de los trabajadores de la salud, 1 de las entrevistadas reflejan violencia obstétrica marcada tildando a la gestante de estúpida y se pierde toda ética profesional al incluir un vocabulario nada asertivo con la usuaria. La segunda entrevistada manifiesta inconformismo frente a la atención prestada refiriendo que no le dieron una adecuada educación durante su primer control siendo más objetiva con la respuesta reluciendo al profesional como una persona no apta para ejercer con este tipo de población,</p>
--	---	--

Pregunta 7	<p>¿Qué limitaciones ha tenido frente a los servicios de salud durante su embarazo?</p>	<p>el 50% de las entrevistadas manifiestan algún tipo de problemática presentada durante la atención, todas concuerdan que son de tipo administrativo de las cuales reflejan barreras de acceso para la prestación y continuidad de los servicios lo que estaría en contra del objetivo de las RIAS materno perinatal, y demoras en los tiempos de atención inclusive al punto de la no atención en una gestante por temas administrativos el cumplir la mayoría de edad refleja una falencia en el sistema que puede conllevar a una complicación riesgosa por no tener acceso a servicios en pro de prevención de situaciones que puedan desencadenar en mortalidad materno perinatal, el principal problema reflejado en las entrevistas con profesionales y evidenciado en 2 entrevistadas a gestantes tiene que ver con la oportunidad a los medios diagnósticos específicamente a las imágenes diagnosticas donde una de ellas manifiesta incluso que tuvo que pagar de su propio bolsillo todas las ecografías que llevaba hasta el momento no había encontrado agenda disponible</p>
-------------------	--	--

Fuente: elaboración propia del autor

Durante este proceso de análisis se tomaron los Hitos que intervienen en las rutas materno-perinatales, se tomó información según hallazgos de las entrevistas y se realiza una interpretación a partir de lo propuesto por Thagard. Esta tabla permite identificar donde no hay implementación de las RIAS y las fallas encontradas a lo largo de la investigación:

Tabla 12 Hallazgo por Hito según teoría de Thagard

HITO	ACCION DEL HITO	INCUMPLIMIENTO SEGÚN INSTRUMENTO	INTERPRETACIÓN TEORICA
1. atención comunitaria a la gestante	1.3.2 Ingresar al control prenatal (realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación.)	El inicio de controles prenatales antes de la semana 10 ha sido una constante de incumplimiento, según lo referido por las entrevistas a gestantes, presentan barreras de acceso en la oportunidad de cita, traslado de IPS por cambio de localidad, invalidez de laboratorios de otras entidades causando reprocesos en la atención. Lo anterior conlleva a que las gestantes logren iniciar controles en el	Las representaciones mentales de aquellos que crearon las rutas materno-perinatal están implícitas en un ideal establecido desde la academia donde las gestaciones deben empezar a ser vistas antes de la preconcepción misma; sin embargo, la realidad en la

		segundo trimestre de su gestación aumentando la probabilidad de desarrollar embarazo de alto riesgo	operación (ejecución del programa) es contradictoria donde las barreras administrativas compiten con el modelo mismo.
2. Ingreso a control prenatal	1.3.2.2.1.2 (Si es deseado) Iniciar control prenatal	Imposibilidad de atención para venezolanas por consulta externa, no se garantiza una atención universal a pesar de que el menor nacerá en territorio colombiano y constitucionalmente es ciudadano de esta república	Basado en las reglas establecidas para la atención a gestantes y decisiones que los profesionales deben tomar con base al sistema de salud, la atención a venezolanas imposibilita una generalización en cuanto a la implementación de las Rutas

<p>3.</p> <p>Clasificar el riesgo materno perinatal</p>	<p>1.3.4 Establecer la regularidad de los controles prenatales: (información adecuada y por escrito sobre el número probable de citas, su duración y el contenido, explicando las diferentes opciones de atención)</p>	<p>Gestantes entrevistadas manifiestan falta de oportunidad para el cumplimiento de intervalos de los controles prenatales según lo establecido norma y posteriormente, a la orden médica, dicha falta de oportunidad desencadena en el incumpliendo retrasando la periodicidad e incluso disminuyendo el número de controles prenatales dando incumplimiento a los 9 controles prenatales que se establecen durante la gestación</p>	<p>La construcción de reglas fabricadas desde la academia establece que para la solución de un embarazo a término es necesario tener una consulta preconcepcional, posterior a esto una consulta prenatal cada mes durante toda la gestación, esta regla se rompe cuando se analiza la situación real de una gestante afiliada al sistema de salud en Colombia</p>
<p>4.</p> <p>Referencia efectiva y segura</p>	<p>1.3.5 Identificar barreras de acceso que limiten o impidan la</p>	<p>Aunque las barreras de acceso se detecten y notifiquen, no existe una respuesta real que permita mitigar dicha problemática, en</p>	<p>Volviendo al modelo representacional computacional, se sustenta una falla relacionada</p>

	<p>asistencia a CPN (transporte, albergue, intérpretes, etc.)</p>	<p>su mayoría resultan de carácter administrativo como la portabilidad, la atención en diferentes puntos de la ciudad, desafiliación por cumplir mayoría de edad, traslados de IPS o políticas de repetir exámenes laboratorios cuando vienen de otra institución.</p>	<p>con las representaciones mentales de aquellas personas que crean las rutas materno perinatal, si se tiene en cuenta a las representaciones metales como aquellos datos conocidos y representados, que se tenían del tema en el momento de la creación de las rutas, es obvio que no fueron incluidos las barreras de acceso como dificultad en su operativización, simplemente porque no están cuantificado el impacto real de dichas barreras en la</p>
--	---	--	---

			operativización de las rutas. Por esta razón no se profundiza en un logaritmo que permita expresar el mecanismo de solución de las barreras identificadas
5 referencia efectiva y segura	1.4 Atención del parto y atención del recién nacido (Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de forma continua por la persona que ella elija)	Frente a las entrevistas realizadas a los profesionales se evidencia que se brinda educación al respecto, pero por parte de las gestantes entrevistadas no se da cumplimiento a recepción de dicha educación ya que muchas veces estas mujeres asisten solas a sus controles y cursos de preparación para la maternidad y paternidad.	En el capítulo 3 contempla un mecanismo por el cual las reglas establecidas pueden verse afectadas; el pensamiento, creencias y saberes de las personas interfieren con la idealización de las rutas en el momento de lo que se conoce como parto humanizado

<p>6. Seguimiento al puerperio inmediato</p>	<p>1.4.5 Dar pautas para el cuidado en casa y comunidad al niño sano (Durante la consulta prenatal, y en el posparto, realizar educación a la madre, a la familia de los cuidados del recién nacido)</p>	<p>Gestantes de alto riesgo pierden oportunidad de contacto con enfermería puesto que, si se capta en un servicio de urgencias, la gestante continua con manejo médico especializado, lo que desencadena en un limitado tiempo dentro de la consulta para educación pre y post parto relacionado con el binomio.</p>	<p>Se incurre nuevamente a un vacío de representaciones mentales, al dejar un cabo suelto directamente relacionado con el accionar de las rutas materno perinatal y los protocolos de manejo de gestante de alto riesgo, En el capítulo 3, Thagard nos indica que el éxito de las reglas está directamente relacionado con la inexistencia de alternativas, esto debido a que no se tienen en cuenta la inclusión de factores influyentes</p>
--	--	--	--

			en el momento de la creación de las reglas, entendiendo las reglas en este caso como los protocolos de atención preestablecidos para las gestantes de alto riesgo
7. Dar asesoría y provisión para anticoncepción post evento obstétrico antes del alta	1.4.6 Educar a la madre, al padre y a la familia o cuidadores en el cuidado del recién nacido	La educación brindada debe asegurarse tanto en las consultas prenatales como en el puerperio, esta acción en el posparto es ejecutada por el personal asistencial, siendo muy limitada y específica, no se lograra verificar si la información brindar es entendida por parte de la familia y la puérpera, por este motivo, es de suma importancia que la educación en el cuidado de recién nacido y lactancia materna esté presente durante los controles prenatales y	Las representaciones mentales al crear este hito de las rutas fueron asumiendo que todas las gestantes disponen del tiempo para tomar el curso de control prenatal y que cuentan con el dinero requerido para los desplazamientos para asistir a los mismos, en el caso del personal asistencial, se crean
8 Educar a la madre y la	1.4.8 Educar a la madre y a la familia acerca de la lactancia materna		

<p>familia acerca de lactancia materna</p>		<p> cursos de preparación para maternidad y paternidad responsable, sin embargo las barreras de acceso a estos servicios vuelven a estar presentes porque algunas gestantes no tiene contacto con profesionales de la salud con ese componente educativo específico como el profesional de enfermería.</p>	<p>unas reglas que dicen si hay un nacimiento de un neonato sano que está próximo a dar de alta, se le debe brindar educación relacionada con cuidados al recién nacido y lactancia materna.</p> <p>Estas representaciones mentales producen un proceso de computo que está relacionado en hito 7 y 8 respectivamente,</p> <p>Pero en la ejecución del programa se evidencia otras realidades ajenas, donde las</p>
--	--	--	---

			<p>gestantes por diversidad de problemáticas no logran asistir a sus controles prenatales y también donde los profesionales asistenciales tienen otras actividades a cargo mermando la calidad de educación que puedan llegar a brindar</p>
--	--	--	---

La información recolectada durante las entrevistas muestra que la implementación de las rutas materno-perinatales no ha sido exitosa con relación al reconocimiento de estas. Por parte de los profesionales de salud que intervienen en la atención materno perinatal quienes desconocen el proceder de las mismas. Lo anterior debido a que las instituciones no garantizan la ejecución de un componente de fortalecimiento de capacidades donde se permita al profesional identificar las actividades y espacios específicos para la implementación de actividades que se encuentran estructuradas en las RIAS.

Muchos de los procesos son obviados como contenido de la ruta y son asimilados como rutinarios para su ejercicio profesional ejecutando su actuar con los mismos conocimientos previos adquiridos desde su experiencia profesional. Las instituciones en algunas oportunidades ofrecen a sus profesionales un corto espacio donde se socializan las rutas de atención, pero esto no es garantía de que los profesionales se adhieran por completo a la ejecución de estas.

Se logran evidenciar barreras de carácter administrativo donde la oportunidad de los servicios de salud para las mujeres en gestación se ve limitada lo cual es contradictorio con lo que se establece en las rutas de atención materno perinatal, ya que uno de los objetivos claros para la creación de las mismas es facilitar el acceso a los servicios de salud.

Esta situación fácilmente se puede evidenciar dentro de la Subred Norte donde se ha escogido un único punto de referencia para la atención especializada de la mujer en gestación clasificada como alto riesgo obstétrico. Dicha institución no cuenta con el nivel de complejidad requerido

para su atención y con los especialistas y subespecialistas requeridos para los casos de compromiso vital tanto para la madre como para el producto de la gestación.

Estos puntos centralizados y especializados de atención han sido establecidos dentro de la política del Modelo de Atención Integral en Salud que actualmente se está implementando en Colombia, dentro del cual, al parecer no se contemplaron los niveles de complejidad con los que cuentan las instituciones y con el talento humano requerido para la ejecución de tareas especializadas para la atención en salud a las mujeres con alto riesgo obstétrico.

Lo anterior está contemplado desde la percepción de las gestantes entrevistadas muestra “desorden” al interior de los servicios ya que no hay una continuidad en la atención en un mismo centro de salud, aquí una vez más se refleja el desconocimiento por parte de estas futuras madres, ya que no hay una comprensión frente al manejo de mayor complejidad que deben recibir por las diferentes características de su embarazo.

Con relación a las acciones de implementación evidenciadas tras la ejecución del instrumento de investigación, por parte de las instituciones de salud, no contemplan incluir a las usuarias directamente relacionadas en un proceso de aprendizaje y difusión de la información, por esta razón las usuarias desconocen totalmente el modelo de atención en salud y su vez las rutas de atención integral, lo cual traduce barrera de conocimiento frente al proceso de atención en salud que cada mujer en gestación debe dar continuidad para garantizar trabajo unificado entre el profesional de la salud y la usuaria para de esta forma garantizar una terminación de la gestación a feliz término mitigando riesgos durante la misma.

- Para la implementación de cualquier tipo de modelo de atención, programa, estrategia, guía clínica, y demás novedades relacionadas con la atención en salud, es importante capacitar al personal involucrado de forma presencial y periódicamente reforzar los conocimientos de los procesos emergentes; puesto que siempre llega personal nuevo y las instituciones incurren en el error de realizar una sola sesión de capacitación del tema, olvidando por completo al personal que ingresa. De esta forma se asumen supuestos de que el personal operativo tiene las directrices claras y estas se están ejecutando a cabalidad.
- Para mejorar los procesos de implementación, las instituciones de salud deberían fortalecer los procesos evaluativos posteriores a la capacitación, donde se verifique por medio de distintas estrategias como, el conocimiento del profesional en el tema tratado y también su aplicación durante su ejercicio profesional. Este ejercicio tiene también el objetivo de identificación de personal que no cuente con la capacitación previa o que los conocimientos que tiene de esta sean incorrectos.
- En el caso de las rutas, por ende, del modelo de atención, el sistema de salud entra en competencia directa con el modelo integral de atención en salud, por presentar ciertas incongruencias de carácter administrativo en su operar. Dichos procesos administrativos imposibilitan parcial o totalmente lo que se quiere lograr con la implementación de las rutas en general. Lo anterior hace pensar que, si se quiere implementar a cabalidad el modelo integral de atención en salud MIAS es necesario replantear el diseño y la operación del sistema general de seguridad social en salud actual. Hay una serie de procesos operativos en el SGSSS que afectan el logro de los objetivos del MIAS.

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD¹

108

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres mayores de edad usuarios del Sistema General de Seguridad Social de Salud Colombiano y les invita a participar en la investigación “análisis cualitativo de las rutas de atención integral en salud materno perinatal” realizado por la maestría en salud pública de la Universidad del Bosque, en cabeza del investigador principal Jhonatan Badillo con quienes podrá contactarse a través del email jbadillo@unbosque.edu.co

La investigación se realiza con el fin de analizar el proceso de implementación de la ruta de atención integral en salud materno perinatal a través de la voz de usuarios y profesionales donde se utilizará entrevistas de los actores involucrados como usted en este proceso. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Sin embargo, no tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación, antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor, me lo indica para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme cualquier momento. La idea de la entrevista es que usted nos cuente un poco de su experiencia de la ruta de atención integral en salud materno perinatal. Su participación es totalmente voluntaria, por lo tanto, usted puede elegir participar o no hacerlo. Debemos aclarar que, si elige participar o no, de todas formas, continuarán desempeñando su labor de profesional

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité Institucional de Ética en Investigaciones (CEI)

de la salud como hasta el momento y nada cambiará. También queremos informarle 109 que usted puede cambiar de idea y dejar de participar en cualquier momento de la entrevista, aun cuando haya aceptado antes. Dicha entrevista se realizará de manera individual y será grabada con el fin de utilizar esta grabación para el análisis cuidadoso de sus respuestas.

Este proyecto no representa riesgo alguno para usted y por el contrario favorecerá al conocimiento de la relación profesional-atención en salud, lo que puede generar mejoras en el proceso de implementación de las rutas materno perinatal. Sin embargo, tenga en cuenta que no se le dará ningún tipo de dinero o regalos por tomar parte en esta investigación.

En relación con el manejo de sus datos personales le aseguramos que la información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino el investigador tendrá acceso a verla, tampoco será compartida ni entregada a nadie y los resultados serán agrupados para no dar referencias personales. En caso de publicación, no se hará mención a los nombres de las personas ni a datos que puedan identificarla. Por lo tanto, los datos serán anónimos y será respetada la confidencialidad.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad El Bosque; comité que tiene como tarea asegura la protección de la dignidad, la integridad, la confidencialidad y los derechos de los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contáctese con Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520, comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-63. Piso 2 y 3.

Por lo tanto, por medio de la siguiente el firmante declara que:

Ha sido invitado(a) a participar en la investigación “análisis cualitativo de las rutas de atención integral en salud materno perinatal”. Ha sido informado(a) que no existen riesgos al participar en la mismo y que no hay beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre y el teléfono de un investigador que puede ser fácilmente contactado. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

Jhonatan Julián Badillo González

Teléfono: 3112454502

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres mayores de edad usuarios del Sistema General de Seguridad Social de Salud Colombiano y les invita a participar en la investigación “análisis cualitativo de las rutas de atención integral en salud materno perinatal” realizado por la maestría en salud pública de la Universidad del Bosque, en cabeza del investigador principal Jhonatan Badillo con quienes podrá contactarse a través del email jbadillo@unbosque.edu.co

La investigación se realiza con el fin de analizar el proceso de implementación de la ruta de atención integral en salud materno perinatal a través de la voz de usuarios y profesionales donde se utilizará entrevistas de los actores involucrados como usted en este proceso. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Sin embargo, no tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación, antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor, me lo indica para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme cualquier momento. La idea de la entrevista es que usted nos cuente un poco de su experiencia de la ruta de atención integral en salud materno perinatal. Su participación es totalmente voluntaria, por lo tanto, usted puede elegir participar o no hacerlo. Debemos aclarar que, si elige participar o no de todas formas, continuarán todos los servicios que recibe hasta el momento y nada cambiará. También queremos informarle que usted puede cambiar de idea y dejar de participar en cualquier momento de la entrevista, aun cuando haya aceptado antes. Dicha entrevista se realizará de manera individual y será grabada con el fin de utilizar esta grabación para el análisis cuidadoso de sus respuestas.

Este proyecto no representa riesgo alguno para usted o su familia y por el contrario favorecerá al conocimiento de la relación usuario-atención, lo que puede generar mejoras en el proceso de implementación de las rutas materno perinatal. Sin embargo, tenga en cuenta que no se le dará ningún tipo de dinero o regalos por tomar parte en esta investigación.

En relación al manejo de sus datos personales le aseguramos que la información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino el investigador tendrá acceso a verla, tampoco será compartida ni entregada a nadie y los resultados serán agrupados para no dar referencias personales. En caso de publicación, no se hará mención a los nombres de las personas ni a datos que puedan identificarla. Por lo tanto, los datos serán anónimos y será respetada la confidencialidad.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad El Bosque; comité que tiene como tarea asegura la protección de la dignidad, la integridad, la confidencialidad y los derechos de los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contáctese con Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520, comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-63. Piso 2 y 3.

Por lo tanto, por medio de la siguiente el firmante declara que:

Ha sido invitado(a) a participar en la investigación “análisis cualitativo de las rutas de atención integral en salud materno perinatal”. Ha sido informado(a) que no existen riesgos al

participar en la mismo y que no hay beneficios para mi persona. Se me ha

113

proporcionado el nombre y el teléfono de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar

sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento

voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de

la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

Jhonatan Julián Badillo González

Teléfono: 3112454502

ANEXO 3 ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD

	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8
	¿Qué conoce usted del nuevo modelo de atención en salud MIAS?	¿Qué conocimiento tiene acerca de las rutas integrales de atención en salud?	¿Qué sabe usted de los nuevos procesos de atención en salud para las gestantes que se han están implementando?	¿Ha recibido capacitación de parte de la institución donde labora a cerca de las rutas de atención integrada	¿Percibe usted algún tipo de cambio con relación a los protocolos establecidos para la atención de gestantes? En caso de	¿Las gestantes han manifestado algún tipo de inconveniente en su proceso de atención?	¿Percibe usted algún proceso que se deba tener en cuenta para el mejoramiento de la atención integral del servicio que presta la institución para las usuarias en	Dentro de su práctica clínica, ¿siente que hay algún tipo de enfoque temático tratado últimamente por la

				en salud para maternas?	ser afirmativo, ¿cuál es el cambio percibido?		proceso de gestación?	institución donde labora para la atención de maternas?
--	--	--	--	-------------------------------	---	--	--------------------------	--

profesional 1	de	las	que la	se	se	sí	precisam	el
	acuerdo con	rutas son	atención sea	ha tenido	perciben	han	ente lo que	enfoque va
	la	como	más	capacitació	cambios, por	manifestado	acabo de	dirigido a la
	reestructuraci	estrategias	oportuna, en	n virtual	ejemplo la	queja en la	mencionar con	promoción y
	ón de la red	que se	el primer	más	gestante	parte	relación a los	prevención,
	se	crearon	contacto se	amplia, en	venia tenías	administrati	procesos	han centrado
	implementó	dentro del	deben brindar	las	su primer	va, muchas	administrativos,	la atención
	el modelo y	modelo de	los servicios,	reuniones	control	veces es por	la fila	en unidades
	la finalidad es	prestación	está incluido	bimensuale	prenatal de	la	preferencial, la	de servicios
	mejorar la	de	la	s de	40 minutos	portabilidad	facturación	de salud
prestación de	servicios	humanización	promoción	se hacia la	, ya que son		específicos	
los servicios	para la	del parto y	y	apertura de	mujeres que		como este,	
de salud	atención de	planificación	prevención	historia	vienen de			
	los	antes de la	y como se	clínica y	otra parte de			
	diferentes	atención	han	ordenar	Colombia,			

		<p>grupos de población clasificados por patologías o programas y las rutas son dependiendo de la necesidad del usuario accede a los</p>	<p>parto para que la mujer salga de una vez con su método de planificación, la ruta incluye que la mujer no tenga que acceder a muchas citas para poder tener un</p>	<p>implementado las rutas, en esas reuniones se muestran estadísticas, y por mi parte asisto a congresos de morbilidad materna extrema y</p>	<p>exámenes de laboratorio, en este momento se amplió el tiempo con la cita que es 1 hora 40 minutos y hay tiempo para averiguar antecedentes con relación a</p>	<p>esto hace que los inicios de los controles sean maso menos después de la semana 10 des gestación y también se quejan con el proceso de</p>		
--	--	---	--	--	--	---	--	--

		servicios de salud, son como flujograma s de atención	mejor tratamiento	mortalidad y ahí se toca mucho el tema de las rutas	complicacio nes y gestaciones anteriores, hay más tiempo para hacer un buen examen físico, se le practica la prueba rápida de VIH y sífilis, y si	facturación puesto que nadie se puede atender si no se ha facturado primero, pueden demorarse una hora en ese proceso, yo creería que la facturación		
--	--	--	----------------------	---	---	--	--	--

					<p>sale positiva la de sífilis sale la gestante con el tratamiento junto con su pareja, y si es la de VIH se envía la orden para hacer la segunda prueba, otra cosa</p>	<p>debería ser después de la cita para que facture los exámenes y la cita, muchas veces deben hacer una fila para la cita y otra para exámenes, interconsult</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					importante es que la gestante sale ya con su método de planificació n antes de salir del parto donde se están priorizando los implantes subdérmico, estos	as y de más, tampoco no hay una fila preferencial para ellas		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					cambios se han venido implementa ndo desde Junio lo de las pruebas rápidas, y en octubre del año pasado se implementó lo relacionado con el método de			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					planificació n.			
--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--

profesional 2	busca	gru	la ruta	sí	no,	los	disminuir	se ven
	dar	po de	materna	por medio	para mis los	pacientes	barreras de	desde los dos
	soluciones en	riesgo y	integra	de un curso	protocolos	que vienen	acción hay	enfoques,
	salud con	eventos	interrupción	virtual	siguen	de un ente	barreras ilógicas	pero tienen
	enfoque	específicos	voluntaria del		siendo los	territorial y	como el no	un poco más
	familiar y	de atención	embarazo		mismos	venezolanas	poder facturar	especificacio
	comunitario	busca	(IVE), cursos			son las que	exámenes	nes a la
	que busca	promover	de			más quejas	finalizando	prevención
	una	la salud y	preparación			presentan	algún mes. Me	
	prestación de	prevenir la	para la			por las	parece una	
	servicios y	enfermeda	maternidad y			barreras de	barrera ilógica	
	desarrollo de	d,	paternidad,			acceso para	ya que ingresan	
políticas y		atención al			ingresar a	pacientes de		
programas en		parto y			los	semanas muy		
salud pública		puerperio.			controles ya	avanzadas		

para garantizar una atención en salud con equidad y calidad oportunidad e integralidad						que a las venezolanas les piden permiso de residencia, pasaporte y estudio, si llega una gestante sin permiso se le niega la atención por consulta externa solo		
---	--	--	--	--	--	--	--	--

						cubre la urgencia		
--	--	--	--	--	--	----------------------	--	--

profesional 3	son	el	el	no	tene	no	puntualm	el
	las rutas que	ingreso que	curso para	ha recibido	mos	han	ente en este	enfoque es
	estamos	es por parte	que el padre	capacitació	inconvenient	manifestado	centro, la falta	preventivo,
	manejando,	de	asista al	n como tal	es con	algún	de autorizador,	siempre
	en este caso	enfermera	parto, en los	de la ruta si	autorizacion	inconvenien	la asignación de	buscamos es
	las gestantes,	ella remite	cursos se	de sífilis y	es antes	te	citas del call	disminuir las
	las rutas son	a las	manejan 3	cosas así	teníamos		center porque	complicacion
	desde el	especialida	clases de		autorizador		siempre tienen	es de las
	ingreso hasta	des y la	curso, por		aquí pero		inconvenientes y	maternas
	que termina	orden de	ejemplo, si		ahora no		desde aquí ya no	
su embarazo	laboratorio,	llegan		está, toca		se puede		
	también	gestantes de		mandar a la		agendar ya citas,		
	pre-	36 semanas		gestante al		las citas de		
	consejería	se le dicta un		hospital para		odontología e		
	de VIH	curso express		que autorice		higiene oral		

		<p>toma y post consejería y sífilis</p>	<p>de un solo día dura maso menos 6 horas y si no alcanzan a hacer el curso hay una persona apoyando</p>		<p>el servicio, siento que retrocedimo s esto genero una barrera de acceso con relación a la atención se ha empeorado ese proceso administrati vo pero la atención en</p>		<p>están a más de un mes y la desaparición de rutas saludables, los entes territoriales (fuera de Bogotá) asignan citas en cualquier parte de Bogotá sin tener en cuenta donde viven las gestantes</p>	
--	--	---	--	--	---	--	--	--

					sí de los protocolos es igual			
--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--

profesional 4	sí,	las	han	no,	no he	todo	debería	sí,
	estoy	rutas tratan	hecho mucho	se han	percibido	el tiempo, a	flexibilizarse un	hay un
	expuesto al	de cubrir	énfasis la	hecho	cambios,	diario, ayer	poco, es decir no	espíritu de
	modelo, es la	objetivos	secretaria	cursos	pese a un	estaba	ser tan rígidos	implementar
	reestructuraci	específicos	para tratar de	virtuales	espíritu de	haciendo	en los	políticas de
	ón en donde	a la	trasladar la	algunos de	cambios	ecografías y	protocolos de	prevención,
	se volvieron	estrategia	atención de	estos son	persisten las	me toco	asignación de	sobre todo
	subredes	de	las gestantes	obligatorio	demoras en	asignar 5	citas o	con los que
		planificaci	a un solo	s, pero	asignaciones	cupos	cumplimiento de	es de
		ón	centro que es	aparte de	de citas de	extras,	las cosas que se	planificación
		el hospital de	los cursos	ecografías	porque las	tienen que hacer	y el concepto	
		suba, y están	no. cuando	mal	citas están a	sino tratar de	de consulta	
		dando mucha	ponen	información	más de 20	facilitarles las	preconcepzio	
		prioridad a la	formato	al paciente,	días son	cosas en todo	nal, pero sin	
		asesoría	obligatorio,	excesiva	pacientes	sentido, ya sea	embargo no	

			preconcep- ciones, y tratando de suplir los momentos del control prenatal y énfasis en planificación inmediata después del nacimiento	como el de atención a víctimas, muchas personas lo que hacen es pagar para que le hagan el curso, y tampoco son estrategias que sirvan para la	como el de atención a víctimas, muchas personas lo que hacen es pagar para que le hagan el curso, y tampoco son estrategias que sirvan para la	sistematizaci- ón donde el paciente debe acceder a todo por teléfono sin que quede claridad en lo que necesita, he tenido paciente que necesita cita con ginecobstetr	que requieren estudios en tiempos precisos que no se pueden hacer posteriores a estos tiempos y resultan tan tarde que él bebe ya nacido, a	para asignar la cita como para informar lo que debe hacer, todo lo que implementan como elementos facilitadores o elementos que le van a generar independencia al paciente terminan generando más	es predominante , francamente es ínfimo comparado con el resto de atención
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

				<p>estrategia que se quiere, termina siendo un requisito burocrático para que alguien haga dinero por emitir el certificado, pero no es porque se</p>	<p>a y le asignan con pediatra, pacientes con orden de eco transvaginal y le asignan ecocardiogra ma esto sucede una vez por semana, a pesar de que hay un</p>	<p>veces se siente que eso es a lo que juega el sistema, que el paciente llega al desgaste hasta que ya no necesite lo que se le solicito, es frustrante porque está en todo los</p>	<p>dificultad a la larga</p>	
--	--	--	--	---	--	--	----------------------------------	--

				capaciten las personas	espíritu de cambio, en la práctica no siento mucho cambio	pasos de la cadena, gente pobre que viene de lugares distantes		
--	--	--	--	------------------------------	--	---	--	--

	Es un	Son	sé que	sí e	no, la	Los	Las ideas	NO,
profesional 5	modelo que	rutas que	cuando llega	n varias	verdad yo	mismos de	y los modelos	la verdad
	busca hacer	se	una gestante	reuniones	sigo	siempre, no	son buenos, pero	percibo el
	más efectiva	diseñaron	se debe	nos han	haciendo lo	hay citas, lo	mientras existan	mismo tipo
	la atención de	para ciertas	inscribir en el	dicho la	mismo que	de las	la tramitología	de manera de
	los pacientes,	condicione	programa	ruta de	se ha venido	autorizacion	no se va a lograr	tratar a la
	enfocando en	s buscando	derivarla a	atención en	haciendo	es se	una mejoría	gestante
	optimizar los	facilitar la	odontología y	salud	hace 4 años	demoran, no	visible	
	recursos y	cobertura y	ofrecerles el		que estoy	hay		
	facilitar el	el acceso a	acceso a		atendiendo	medicament		
	acceso a los	los	todos los		gestantes	os		
servicios de	servicios	servicios de						
salud		promoción de						
		la salud y						
		detección						

			temprana (PYD).					
--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--

profesional 6	el	las	en	en	veo	en	las	no
	modelo de	rutas están	procesos por	este	que es el	los procesos	instituciones que	ninguno la
	atención en	creadas por	ejemplo la	instante no	mismo	de atención	prestan servicios	verdad
	salud MIAS	acción,	prueba rápida		protocolo no	los	de parto son	
	es un	ósea hay	en la primera		ha cambiado	pacientes	insuficientes	
	conjunto de	rutas	consulta de		nada en el	manifiestan	para la cantidad	
	acciones que	maternas	ingreso a		manejo que	como el	de pacientes, y	
	pretenden	rutas	Control		se da con las	deseo de	eso puede	
	garantizar el	infantiles	prenatal		gestantes	cambiar de	afectar	
	derecho a la	rutas de				EPS por las	negativamente al	
salud	adulto				trabas que	resultado del		
	mayor y				ponen	embarazo		
	rutas para							
	pacientes							

		en edad fértil							
--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--

profesional 7	es el	la	el	nos	no	el	mejorar	es
	direccionami	verdad no	tema es que	hicieron	percibo un	problema	los espacios,	difícil, la ruta
	ento que le	mucho, lo	se intentó y	hacer un	cambia	que tiene	otra cosa es	se planeó
	damos	que nos	se dijo que se	curso	hacia mejor,	ellas es que	mejorar los	seguramente
	nosotros a los	explicaban	debían llevar	virtual hace	a pesar de	como ellas	implementos de	con modelos
	pacientes, la	de las rutas	a todas las	unos 5	que los	las	trabajo sobre	institucionale
	centralización	era que	pacientes	meses, pero	protocolos	direccionan	todo para los	s de otros
	de la atención	tiene que	para una sola	la verdad	existen no se	a un solo	primatólogos	países, y en
	de los	centralizars	institución,	no fue muy	terminan	centro, la	hace falta	otros países
	pacientes	e las	pero ha sido	claro,	cumpliendo	consulta en	buenos	muchas veces
	para mejorar	pacientes	imposible	pienso que	por que la	otras	ecógrafos para	la atención
	la atención en	de alto	primero	ese tipo de	complejidad	institucione	tener un mejor	materna de
la subred	riesgo	porque la	cosas	de las	s se ha ido	diagnostico ósea	alto riesgo	
	deben ir	institución a	deben ser	instituciones	bloqueando	el espacio para	está centrada	
	direccionad	la que	presencial	no da para	poco a	tener el equipo y	en	

		<p>as hacia el hospital de Suba, sobre una ruta de consulta externa urgencias y ese tipo de cosas, pero realmente no es muy clara la ruta de atención que se debe</p>	<p>esperan llevar a las pacientes no tiene la capacidad de atender a las pacientes más complicadas entonces cuando las pacientes se redireccionan muchas veces tiene que volver</p>	<p>s así uno tiene la oportunidad de preguntar y se esclarecen las dudas</p>	<p>las pacientes de alto riesgo, algo que ha mejorado un poco es que en las instituciones existan más subespecialistas ósea ginecólogos que se especialicen en alto</p>	<p>poco, entonces ellas llaman a pedir citas y le dicen que no hay disponibilidad pero si la hay es un poco falta de información del call center el problema</p>	<p>los profesionales entrenados para el manejo de ese equipo</p>	<p>instituciones donde se puede manejar, y se centraliza las pacientes por que un solo hospital tiene toda la tecnología y el personal para manejar a esas pacientes, aquí el</p>
--	--	---	---	--	---	--	--	---

		seguir por qué no se ha podido cumplir la centralizaci ón de las pacientes, entonces las pacientes siguen estando en todas las institucione s	nuevamente a las instituciones que las estaban manejando antes, si se pudiera unificar la atención de gestantes de alto riesgo debería ser en el hospital más grande		riesgo y eso es algo que anteriorment e no se hacía visible, por lo menos los médicos preguntan y se tiene más encuentra a los especialistas , el problema es que a pesar	cual entonces pues que ellas están haciendo un doble recorrido las mandan a suba para que las vean en Suba pero terminan volviendo a esta		problema que tenemos es que no tenemos ninguna institución con esa capacidad, la única que pensamos que podía llegar a tenerla era el simón bolívar en su
--	--	---	--	--	---	---	--	---

			<p>con mayor capacidad de atención en complejidad para las pacientes de alto riesgo, eso funcionaria si el sistema lo dirigieran de forma diferente, como lo que quieren es</p>		<p>de incluir más sub especialistas no se ha generado un espacio físico suficiente para que pueda hacer toda la labor para un hospital que maneje alto riesgos, no</p>	<p>institución por ser de alta complejidad entonces ahí entra en juego una serie de cosas, el traslado de una materna, la oportunidad de las citas, la</p>		<p>momento pero se decidió que era suba y suba es demasiado pequeño para manejar pacientes de alto riesgo, el enfoque que se ha intentado dar es fortalecer la consulta y</p>
--	--	--	---	--	--	--	--	---

			centralizar en hospital de suba, suba es un hospital de nivel 2 y así lo quisieran no tienen la complejidad que se necesita, entonces las pacientes que ingresan por las rutas de atención van		solamente falta talento humanos sino infra estructura equipos y este tipo de cosas.	complejidad de la consulta en una institución donde no tiene la complejidad que se necesita para poderla manejar, no hay disponibilidad de sub		así el proceso de prevención entonces si intenta captar a la paciente antes de que se enferme, pero el problema es la debilidad de sistema es que pasar a la paciente de un lado a otro
--	--	--	--	--	---	--	--	---

			<p>hasta Suba y son tan complejas que los de Suba las devuelven</p>			<p>especialidad es como neonatologo , pediatras, cardiólogo pediatras entonces no están estos especialistas que son necesarios cuando nosotros sacamos al neonato y</p>		<p>es confuso para la ella porque no sabe a dónde debe de estar, si debe estar en Suba o venir al Simón Bolívar, muchas veces el ginecólogo de Suba le dice: “huy no usted está</p>
--	--	--	---	--	--	---	--	---

						<p>además a la materna todavía embarazada que tengan un manejo de un nefrólogo o cardiólogo entonces la dificultad está en que no se encuentran todo lo que</p>		<p>muy grave devuélvase a Simón Bolívar” esa situación hace que para la implementaci ón de cualquier ruta se dificulte porque no sabe dónde debe ir, porque le</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--

						se necesita para que sean manejadas integralmen te en un mismo sitio		dicen que aquí no y allá tampoco entonces se ha convertido en una barrera de acceso a lo ideal del sistema y a la funcionabilid ad de la ruta
--	--	--	--	--	--	--	--	--

profesional 8	no, no	es	no sé	no,	no	sí, la	nuestra	no,
	conozco nada	el proceso	en qué	no he	porque	demora en	limitante es que	realmente no
	del modelo	que se	momento	recibido	tampoco he	la toma y	no tenemos	se ha
		tiene en	termina lo	capacitació	tenido la	resultado de	todos los	implementad
		cuenta	que ya	n	oportunidad	los	insumos e	o nada
		desde que	tenemos		de socializar	exámenes y	implementos	preventivo,
		ingresa la	establecido a		el protocolo	dificultades	necesarios para	es más
		materna a	lo nuevo, no		institucional	con la	la atención a las	clínico,
		la	percibo un		y	atención	maternas como	aunque el
		institución	cambio tan		compararlo	sobre todo	oxitocina o	control
	solicitando	reciente pero		con la ruta	con la	misoprostol que	prenatal hace	
	un servicio	si un cambio		de las	afiliación al	son esenciales	parte de la	
	de salud,	un poco		gestantes	sistema,	para la atención	prevención	
	esta	menos de 3			ósea toda la	a gestantes y	hay muchos	
	diseñadas	años donde se			parte	pues la falta de	inconvenient	

		para optimizar la atención en calidad de la población para determinar una dirección aumentar la oportunida d, disminuir	mejoró el acceso a los servicios, antes ingresaban por urgencias pero ahora se especializo para que tengan acceso directo con el especialista, desconozco los cambios que puedan			administrati va	información tanto de ellas como nosotros en la socialización de las rutas. la educaciones a la paciente poder informarle la necesidad tener en cuenta los programas de prevención y controles prenatales, la	es de acceso para esos controles, el sistema limita mucho el acceso incluso para tener la misma consulta incluso le cobran un montón de dinero que no tienen,
--	--	---	--	--	--	--------------------	--	---

		<p>la congestión de los servicios y hacer una clasificación de la población que asiste</p>	<p>llegar a tener las rutas con relación al manejo de consulta externa, para mi sigue siendo igual a lo que se venía manejando pienso que la ruta se fortaleció más para el</p>			<p>mayoría de la0s personas de aquí es gente que no ha tenido fácil acceso a la educación y desconoce la importancia de los controles, durante consulta externa no se tiene así mucho tiempo para dar una educación adecuada que</p>	<p>entonces las pacientes con ese miedo no vuelven a consultar</p>
--	--	--	---	--	--	--	--

			servicio de urgencias				uno quisiera cuando son captadas como alto riesgo por el ginecólogo general no tienen contacto con enfermería y se pierde ese proceso por que las pacientes continúan con solo ginecología	
--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

profesional 9	realm	las	lo que	no,	no	es	mejorar	están
	ente le	rutas	buscan es	no he	percibo	muy	la oportunidad	enfocadas a
	modelo no lo	buscan	hacer que	recibido	ningún	complicado	en la toma y	la prevención
	conozco	proporcion	toda la parte	capacitacio	cambio,	el tema de	proceso de los	, estamos
		ar a las	de atención	nes	estaba antes	los	exámenes lo que	tratando acá
		pacientes	en salud		en la clínica	exámenes	desencadena en	que las
		tener un	como por		de occidente	pero tiene	demoras porque	pacientes
		fácil y	ejemplo los		y los	que ver	el médico	venezolanas
		rápido	controles		procesos se	muchas	tratante toma	que no tienen
		acceso a la	prenatales		manejan	veces con la	decisiones que	una afiliación
	salud	sean iguales		igual	transición	pueden llegar a	se les logre	
	dependiend	para todas las			de EPS,	ser tardías para	hacer	
	o de la	pacientes sea			algunas	las gestantes de	exámenes de	
	patología	contributivo			pacientes	alto riesgo	STORCH	
	que tenga	o subsidiado			refieren que		como VIH	

		la paciente, entonces se activa una ruta en caso específico de los pacientes	lo que busca estos procesos es universalizar la atención por parte de los médicos			las EPS que estaban antes no las sueltan y no permiten afiliaciones al SISBEN entonces han llegado a estar todo el embarazo sin controles o sin algunos exámenes		treponema, toxoplasma y hepatitis para que por lo menos tengamos la certeza que no cursas ningún proceso infeccioso, no se los damos por consulta externa por
--	--	---	---	--	--	--	--	---

						por esta razón		que se sabe que no van a poder tener acceso de esta forma aprovechamo s la urgencia para hacer una especie de control prenatal también se les brinda información sobre signos
--	--	--	--	--	--	-------------------	--	---

									de alarma y el inicio de controles prenatales ya cosas más allá si no alcanzamos a hacerlo por urgencia.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

profesional 10	creo	las	no, no	no,	sí, se	Dem	un poco	es
	que es lo	rutas están	percibo	la	ha	ora en la	más de	difícil decirle
	mismo de la	creadas a	ningún	institución	modificado	asignación	infraestructura,	por qué están
	integración	partir de	proceso, se	no me ha	las guías de	de citas,	el lugar de	buscando
	de las	gestantes	mantiene lo	capacitado	sífilis y de	ecografías y	ecografía se	sacar el
	subredes para	adultos	de canalizar	en las rutas	repente se	controles	hace en sala de	servicio de
	mejorar el	mayores y	las pacientes,		actualizo	con	parto y se quitan	ginecología
	acceso a los	niñez	garantizar		cosas con	especialistas	espacios para la	de acá de
	servicios de		controles		enfermedade		atención a las	simón bolívar
	salud		prenatales, sé		s infecto		pacientes y	es difícil
		que por salud		contagiosa		también el	decir que se	
		pública se		por ejemplo		acceso a las citas	enfocan a	
		canalizan		ahora no se		por consulta	PYD si no	
		para que		tiene que		externa	tienen la	
		tengan		esperar			oportunidad	

			<p>atención en salud, pero no siento un cambio verídico y real</p>		<p>prueba confirmatoria, sino que se inicia de una vez tratamiento con medicación, se identifica se canaliza y hasta que no se tenga certeza del diagnóstico</p>		<p>de citas no se habré otro espacio ya está ocupado ese espacio y no se habré cosas nuevas para suplir esa necesidad de oportunidad y eso sí no se asignan citas con la especialidad</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

					no se da egreso			que no es. Ya ha pasado
--	--	--	--	--	--------------------	--	--	----------------------------

ANEXO 4 ENTREVISTAS A GESTANTES

	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 8
	¿ha tenido cumplimiento en la asistencia a sus controles prenatales?	¿Cómo ha sentido la atención prestada por la institución de salud?	¿Qué piensa acerca de los servicios de salud que le ha brindado durante su embarazo?	¿Qué educación le han brindado durante su embarazo?	¿cree usted que los servicios de salud se han modificado para brindar una mejor atención?	¿Cuál es su pensamiento frente a la atención que le han brindado los profesionales de la salud durante su embarazo?	¿Qué limitaciones ha tenido frente a los servicios de salud durante su embarazo?

gestante 1	Si, he ido a 3 controles con la enfermera y uno con el médico, más o menos voy cada mes	excelente no he tenido ningún problema y los doctores son muy buenos	bueno todo muy bien, mi bebe está muy bien y así deben seguir	lactancia, baño al bebe y lo que en los cursos le enseñan a uno	no siento que han cambiado	muy buena la atención de los profesionales, sin ningún problema	los primeros meses como cumplí los 18 años me sacaron de todo y no me dieron Sisbén, tuve un sangrado y no me atendieron, me toco pagar para poder asimilarme y que me atendieran
------------	---	--	---	---	----------------------------	---	---

gestante 2	he	es buena,	al	lo de	la	la	me
	sido juiciosa	lo atienden a uno	principio era	nutrición, me	atención ha	ginecóloga y	mandaron una
	con los	bien, si uno	buena porque	dicen como	sido igual, lo	la enfermera	ecografía de
	controles	pregunta le dicen	me quedaban	comer para mi	único es que	que me han	urgencia
	prenatales	las cosas	los controles	embarazo para	me dan las	visto me han	porque me
	hasta la fecha		aquí cerquita	hacerle bien al	citas muy tarde	tratado bien,	dicen que el
	llevo 4		a mi casa y	bebe y lo que	el doctor ha	están	niño viene muy
			me están	necesita	sido buena	pendientes de	grande y
			mandando		gente, le	mi	sentado y que
			ahora muy		explican a uno		tengo el cuello
		lejos para los		todo		uterino muy	
		controles y en				alto, la	
		cualquier				ecografía me la	
		parte				mandaron hasta	
						el 24 de	

							Septiembre y me preocupa por que tengo cita hasta el 4 con la doctora para que me mire la ecografía
gestante 3	he ido a todos desde que supe que estaba embarazada	bien pues la verdad normal	a mí me han gustado por que aprendí acerca de mi embarazo y para el	no fui a los cursos aprendí por el trabajo, yo trabajo en un jardín cuidado con niños	sí, cuando uno factura es más rápido	he tenido problemas con la enfermera jefe, es grosera en la	todas las ecografías que llevo hasta el momento me ha tocado hacerlas particular

			cuidado después del bebe			forma en que dice las cosas, no me quiso atender porque la cita era a las 12:00 pm con ella y me dijo que no me atendía por que se tenía que ir a almorzar, yo no tenía la culpa y para	porque nunca había agenda para eso
--	--	--	--------------------------------	--	--	---	--

						eso se piden las citas	
gestante 4	si llevo 4 controls	bien me gusta cómo me atienden allá	bien, ninguna queja o problema y las doctoras están siempre pendientes, me preguntan si me ha dolido algo, o si he sentido	no he asistido a los cursos, lo que me han brindado en las consultas con la enfermera que ha sido como en los cuidados para el niño, cuando	sí, la demora de las citas, los controles son más pronto y la facturación antes era de dos horas	a mí me atendieron bien, solo una vez me tomaron la tensión me la encontraron alta y me mandaron a	no tuve nada de problemas ni para mis citas ni para los exámenes que mandan

			al bebe y pues para mí eso es agradable	uno debe ir a urgencias y cosas así		Engativá en ambulancia, allá me encontraron bien y creo que ella no sabe tomar tensión, pero de resto bien	
gestante 5	si el próximo me toca a finales de este mes	bien pues recién empecé con esa EPS, pero no tengo queja	en lo personal pienso que muy bien, donde me	en el hospital no me han dado educación, no he hecho los cursos porque no podía	no llevo mucho con esta EPS, antes era mala la atención, acá es mejor la	bien en general, los que me atienden son personas que	no he tenido ningún problema por el momento

			atienden es muy chévere	asistir, me dieron una hoja donde me decía cuando ir a urgencias	atención, me dan más facilidad a la cita	saben hacer su trabajo	
gestante 6	sí, desde que empecé no he faltado a ninguno	excelente porque lo consienten a uno y están muy pendientes	bien pues hasta el momento yo sigo bien y bebe también entonces pues bien	aprendí con otros grupos diferentes a los cursos del hospital mi hermana me enseño muchas cosas ya para cuando tenga uno él bebe	sí, da como igual por que a uno le dan preferencia por estar embarazados	la atención de los profesionales buena en general y como ya dije están pendientes de mí y eso me	ninguna limitación se ha presentado en mi embarazo

						hace sentir tranquila	
gestante 7	no, no he tenido a veces la plata para ir por allá la vez pasada me toco no ir porque no tenía para el bus	realmente es buena la atención porque me toco una doctora muy pila y me enseña cosas	bien pues son los adecuados de personas que estudiaron para estar ahí	no me dieron educación lo que yo sé, lo aprendí por otro grupo de bienestar familiar	no me parece, las citas se demoran uno llama y no le contestan los teléfonos, hay demoras en los procesos y antes eso no se veía	muy bien la doctora es muy bien, ella me explica las cosas que le pregunto n y pues como yo pregunto todo a veces ella es antes muy	no tuve problema alguno todo fue muy bien

						paciente conmigo	
--	--	--	--	--	--	---------------------	--

gestante 8	de las	pienso	no sé,	no ha	pues sí,	para	lo único
	25 semanas	seguir pidiendo	deberían	sido más la	mis citas son	mí como que	así fue lo de la
	que tengo me	la cita con la	prestar mejor	atención, hasta	cumplidas no	no son	historia clínica
	ha ido	misma doctora	atención al	ahorita que	tan lejanas y	profesionales,	que no quedo
	maluco, he	porque me	paciente, a	empecé con esa	con los	o que no allá	en sistema de
	dado con	atendió bien	atenderlos	doctora, me ha	exámenes bien	estudiado	resto los tiempo
	unos doctores		bien por	dicho que él		bien porque	y cosas así es
	que, mejor		ejemplo mi	bebe viene bien		no están	bien lo único
	dicho, no me		cuñada que	y todo va muy		prestando una	fue una
	explican nada		está en otra	bien, la última si		buena	ecografía que
	por ejemplo		EPS me decía	me hablo de		atención, no	toco repetir que
	hace un mes		que por qué	cuando ir a		me	si no me
	atrás tuve un		no le dijeron	urgencias,		informaron	llamaban a los
	control y no		esto o le	incluso me dio		de cuando ir	8 días me
me habían		enseñaron	unas hojitas con		a urgencias lo	tocaba a mi	

llenado historia clínica ni nada, entonces fue terrible, inicie a las 10 semanas no inicie antes porque no sabía que estaba embarazada. ahorita que cambie de		esto otro, que no funcionaba bien las cosas con mis controles, cada nada cambiaba de doctor y lo mismo, con la primer cita que tuve con enfermería fue la que no me lleno historia	eso yo había tenido una amenaza de aborto cuando tenía 3 meses, supuestamente tenía un hematoma que se había creado ahí que estaba por fuera del bebe, el sagrado que tuve duro como 8 días y que si seguía		único fue que me mandaron exámenes de sangre y de orina, pero pues así de resto no, no me explicaron bien las cosas	autorizar de resto nada mas
---	--	--	---	--	---	-----------------------------

<p>doctor bien, me atendió la doctora bien y me mandaron una ecografía y me había salido como mal él bebe no se dejó ver bien y me mandaron otra</p>		<p>clínica la primera vez y me toco volver a hacer todo con otra cita que pedí</p>	<p>con sangrado ya era aborto, no me vio ginecología, me mandaron una ecografía transvaginal y me la vio el doctor de urgencias pero pues no pasó nada mas</p>			
--	--	--	--	--	--	--

gestante 9	al	muy	no me	sí una va	pues en	no	pues la
	principio no	complicado,	siento	a enfermería que	los anteriores	han sido	principal fue
	me fue muy	especialmente	satisfecha, en	es con quien	embarazos me	todos y la	esa del traslado
	bien porque	cuando hay	el primer	más se demora,	fue mejor, las	mayoría me	de localidad,
	me cambie de	cambio de	control me	de pronto como	personas que	han tratado	me demore 3
	localidad y	localidad porque	toco con una	uno tiene que	lo atienden a	bien, pero esa	meses para que
	fue terrible,	si no te suben al	doctora muy	cuidarse y las	uno eran mejor	primera	me atendieran,
	yo vivía en el	sistema toca	brava, no me	alertas del	el trato era	doctora fue la	eso me toco
	sur, llevo 2	sacar	valió la	embarazo	muy diferente,	que me trato	mandar una
	controles con	autorizaciones	prueba de		había más	feo, ese día	carta para que
	24 semanas y	no importa que	embarazo y		dedicación	yo le dije que	me pusieran
	empecé como	estés	eso que ya		para hacer las	me había	más atención,
	a las 10	embarazado hay	llevaba 3		cosas hoy en	retirado del	esos 3 meses
semanas por	que hacer fila	meses de		día te atienden	trabajo	fueron perdidos	
que me	normal y eso es	embarazo, y		5 minutos y no	porque me	para los	

	<p>cambie de localidad, no me valieron el primer control por el traslado con capital salud</p>	<p>tremendo, eso lo he vivido en las dos localidades, me he demorado hasta 45 minutos o una hora</p>	<p>me toco hacer otra prueba por eso se retrasó todo, y las autorizaciones han sido un problema porque le dan mal las cosas y me ha tocado otra vez y a hacer la fila para</p>		<p>te explican las cosas ni nada bien.</p>	<p>había enfermado y me dijo es que “usted es boba es estúpida por que se retiró no ve que usted le podían pagar la incapacidad del embarazo y después le pagaban los 4</p>	<p>controles, pero ahoritica me subieron en el sistema estoy más tranquila</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

			volver a sacar todo,			meses para estar con su bebe”, entonces me pareció abusiva porque eso es mi vida persona, yo puse la queja pero no pusieron mayor atención me dijeron que	
--	--	--	-------------------------	--	--	---	--

						es que ella era así. otro día llegue tarde y no me quisieron atender, como le decía venia de otra localidad de acá de chapinero y me tocaba ir al sur y pues ellos no me	
--	--	--	--	--	--	---	--

						quisieron atender	
--	--	--	--	--	--	----------------------	--

gestante 10	he	super	super	hasta el	siempre	no he	ninguna,
	asistido a 3	bien, le explican	bien porque a	momento me	he estado en	tenido ningún	todo ha sido
	controles,	todo, me dicen	todas las citas	explican cada	ese centro y	pensamiento	muy bien
	tenía como 10	felicidades vas a	que voy me	vez más del	siempre me	malo, no he	incluso me han
	semanas de	ser mama, y lo	explican	embarazo por	han atendido	tenido así	hablado de
	embarazo	hacen sentir a	cosas distintas	ejemplo me	bien me parece	problemas ni	planificación
	cuando inicié,	uno alegre y		dicen este mes	que todo ha	se han	para elegir algo
	empecé tarde	pues chévere		voy a tener	estado igual	retrasado las	para cuando
	porque no			controles tales		consultas,	nazca él bebe
	sabía que			días, ahorita voy		siempre hay	
estaba			a empezar mis		citas para		
embarazada			cursos		cuando se		
			prenatales allá,		necesitan ni		
			voy a asistir de		siquiera con		
			2 a 4 para saber		el ginecólogo		

				cómo reaccionar cuando valla a tener él bebe, son 6 sesiones para alcanzar		que se supone es más difícil	
--	--	--	--	--	--	------------------------------------	--

ANEXO 5 ANALISIS DE ENTREVISTAS A PROFESIONALES

Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8
¿Qué conoce usted del nuevo modelo de atención en salud MIAS?	¿Qué conocimiento tiene acerca de las rutas integrales de atención en salud?	¿Qué sabe usted de los nuevos procesos de atención en salud para las gestantes que se han están implementando?	¿Ha recibido capacitación de parte de la institución donde labora a cerca de las rutas de atención integrada en salud para maternas?	¿Percibe usted algún tipo de cambio con relación a los protocolos establecidos para la atención de gestantes? En caso de ser afirmativo,	¿Las gestantes han manifestado algún tipo de inconveniente en relación con su proceso de atención?	¿Percibe usted algún proceso que se deba tener en cuenta para el mejoramiento de la atención integral del servicio que presta la institución	Dentro de su práctica clínica, ¿siente que hay algún tipo de enfoque temático tratado últimamente por la

				¿cuál es el cambio percibido?		para las usuarias en proceso de gestación?	institución donde labora para la atención de maternas?
en cuanto al reconocimiento del modelo de atención 8 de cada 10 afirman reconocer el modelo sin	aunque todos tienen una definición de ruta maso menos uniforme, se identifica un desconocimiento al momento	2 de los 10 profesionales manifiestan que no existe cambio alguno de los protocolos establecidos	6 de los 10 profesionales manifiestan que no han tenido capacitación alguna por parte de la	2 de los 10 entrevistados manifiestan cambios relacionados con la atención por consulta	las referencias a inconvenientes se pueden catalogar en 2 grandes procesos, el primero está relacionado	en su mayoría se trata el tema de infraestructura y mejoramiento de equipos e insumos,	7 de los 10 profesionales reconocen que se ha intentado enfocar la atención de las gestantes

embargo su	de preguntar	versus la que	institución	externa ya	con la	llama la	de una
definición está	por rutas,	propone la	para el	que se amplió	oportunidad en	atención que	manera
ligada más con	puesto que la	nueva ruta	conocimiento	la inscripción	consultas,	los	preventiva
la unificación	respuesta se	materno	y posterior	prenatal en	exámenes y	profesionales	lo
de hospitales	centra a partir	perinatal para	implementaci	tiempo donde	controles con	identifican	que iría de
públicos para	de la	atención a	ón de las rutas	se busca	especialistas	barreras de	la mano con
la creación de	especialidad	gestantes, los	materno-	indagar	que se	acceso	el modelo
las 4 subredes,	de la cual se	profesionales	perinatales,	antecedentes,	mantienen	administrativa	MIAS, tan
no se tiene un	labora,	evidencian un	los cuatro	otro cambio	siendo una	s y piden de	solo 1
conocimiento	entonces los	cambio	restantes	importante es	queja	alguna forma	profesional
muy profundo	profesionales	significativo	dicen haber	relacionado	constante y es	realizar de	refiere que
del modelo y	de la salud	en la atención	tomado un	con las	referido al	una forma	el modelo
la definición	reconocen la	por consulta	curso virtual	pruebas	profesional de	más simple	sigue siendo
que dan apunta	existencia de	externa donde	sin embargo	rápidas de	la salud donde	los procesos	enfocado a
a uno de sus	las rutas	refieren 3 de	existe un	VIH y Sífilis	muy	de	la atención

objetivos que es garantizar la atención en salud a partir de disminución de barreras de accesos, pero hay un desconocimiento total sobre el MIAS	materno perinatal pero no identifican la existencia de otras rutas, tan solo dos personas identifican la existencia de otras rutas de atención a lo que en general los profesionales entienden las	ellos la importancia de que la gestante inicie oportunamente su método de planificación casi desde el egreso hospitalario post parto, muy importante la educación en	comentario donde se manifiesta que a la gente no le interesa	donde se toman acciones rápidas según resultado y esto podrá tener un impacto importante a los indicadores infección del neonato, resulta alarmante que	probablemente se sobre entiende la importancia del cumplimiento dentro de unos tiempos establecido pero la excesiva demanda desencadena un bloqueo en el	autorización y solicitud de citas o exámenes lo que refleja que el sistema de salud no es acorde con el modelo de salud por que en el camino resulta contradictorio y no se ha podido	clínica justificando que las rutas no han dado solución a las barreras de acceso que presentan las gestantes a la hora de ingresar a controles prenatales, y esto es
--	--	--	--	---	--	---	--

<p>rutas como "una nueva forma de ingresar a los servicios de salud" pero se desconoce el proceso en si, los instantes de atención denominado como "hitos" la integración de los protocolos</p>	<p>sentencia C355 referida por una profesional de la salud siendo este un cambio de gran impacto para las mujeres protegiendo sus derechos sexuales y reproductivos y finalmente</p>		<p>8 profesionales no refieran ningún cambio por lo que se infiere que la implementaci ón no se está cumpliendo a cabalidad por parte de la institución, las capacitacione</p>	<p>cumplimiento por un muy cerrado acceso oportuno y esto conlleva a inicio de controles prenatales tardíos donde se ha perdido tiempo y se traduce a un riesgo el desconocimien to mismo de la</p>	<p>homologar los procesos para dar cumplimiento a los dos de una forma alterna, cosas tan simples como la facturación resultan un proceso dispendioso que puede conllevar al</p>	<p>apoyado por otro profesional que refiere sentir un espíritu de cambio pero que el mismo modelo de salud interfiere en su propio accionar manifestand</p>
---	--	--	--	---	--	---

anteriores y la conformación de nuevas estrategias 1 de los 10 entrevistados definido adecuadament e a las RIAS evidenciando un desconocimien to a profundidad de los procesos	dos de los profesionales nombran la centralización de los servicios al referirse de la migración medica que han tenido las gestantes hacia el hospital de Suba quienes son		s son virtuales por lo que y esto no permite una interacción humana que este encaminada a explicar nuevamente los conceptos según necesidad o resolver dudas	evolución del embarazo. la segunda es relacionada con los problemas administrativo s que están siendo víctimas las gestantes, según refieren algunos profesionales la	incumplimien to de los controles prenatales por ser procesos engorrosos donde fácilmente se termina desistiendo	o que se intenta asimilar modelos de otros países pero que no se tiene en cuenta el contexto poblacional ni la realidad de las entidades públicas para que una
--	--	--	--	---	--	--

	<p>planeados por parte de ministerio de salud para la atención de sus propios pacientes</p>	<p>reconocidos como el centro bandera para la atención a gestantes dando cumplimiento a una de las propuestas del MIAS</p>		<p>encontradas por parte de los profesionales ante las rutas materno perinatal, un entrevistado reconoce que hay un espíritu de cambio pero que la forma de accionar no está siendo</p>	<p>implementación del modelo ha sido un obstáculo más para que las gestantes puesto que la centralización de los servicios interfiere negativamente conllevando a reprocesos donde el</p>		<p>sola institución sea sobresaliente y especializada en la atención a las gestantes</p>
--	---	--	--	---	---	--	--

				<p>asertiva para que dichos cambios se puedan llevar a cabo, en resumen parece que la atención a maternas a pesar de la creación de las rutas sigue siendo muy similar a lo que se viene</p>	<p>tiempo llega a ser un factor determinante a la hora de atender una necesidad especial como lo es una gestante de alto riesgo por los traslados a una institución de nivel dos que no cuenta con las sub</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>manejando salvo por los cambios anteriormente mencionados pero los profesionales inmersos en la parte clínica de la atención son quienes no sienten un cambio real a la hora de evaluar lo que</p>	<p>especialidades requeridas, ni los equipos necesarios al momento de atender un parto complicado. otra cosa que me llama la atención es la negación de la atención de una gestante por procesos</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--

				se venía haciendo relacionado con la atención a gestantes versus con lo que propone las RIAS maternas.	documentales a lo que el sistema de salud entra a competir insanamente contra la ley estatutaria negando un derecho que ahora es fundamental y constitucional		
--	--	--	--	---	---	--	--

Pregunt	Pregunt	Pregunt	Pregunt	Pregunt	Pregunt	Pregunt
a 1	a 2	a 3	a 4	a 5	a 6	a 7
El cumplimiento se evidencia en 8 de las 10 gestantes, se observa una barrera de acceso al cambio de IPS con la entrevistada numero 9 quien	las gestantes relacionan la calidad de la atención con el trato de los profesionales donde el rigor científico pasa a un segundo plano a la hora de evaluar	7 de 10 gestantes manifiestan sentirse bien con los servicios de salud prestados, asociándolo al momento de la cita médica y tal vez a la educación y/o recomendacione	es muy importante comprender que la educación a las gestantes no solo es brindada por personal de salud e instituciones de salud, sino que en el proceso se vinculan otros	resulta algo ambiguo el análisis, algunas gestantes refieren demora en los procesos y otras una mayor celeridad al momento de alguna solicitud. Hay que tener en cuenta que las	8 de cada 10 gestantes refieren un buen trato de parte de los profesionales, lo que mejora su percepción de atención por parte de los trabajadores de la salud, 1 de las	el 50% de las entrevistadas manifiestan algún tipo de problemática presentada durante la atención, todas concuerdan que son de tipo administrativo

refiere un problema por cambio de localidad lo que le conlleva a que la atención no fuera oportuna, y se puede determinar que el carácter económico influye con la asistencia a los controles	cualitativamente la atención, 9 de las 10 gestantes sienten satisfacción con la atención prestada refiriéndose a los profesionales de salud de una manera positiva, mientras que una manifiesta inconformismo no por la	s dadas por los profesionales, de alguna manera sienten provechoso ese espacio y adquieren conocimientos que son de su interés en el momento; las 3 restantes manifiestan barreras de acceso en tres	entes territoriales como ICBF, secretaria de integración social y los familiares. sin embargo me parece prudente afirmar que las gestantes deben reconocer a las entidades de salud a la hora de preguntar por	entrevistas estuvieron repartidas en las localidades de Suba, chapinero, barrios unidos y Engativá por lo que los procesos pueden variar según localidad, sin embargo, el modelo MIAS plantea la creación de 4 subredes para la	entrevistadas reflejan violencia obstétrica marcada tildando a la gestante de estúpida y se pierde toda ética profesional al incluir un vocabulario nada asertivo con la usuaria. la segunda	de las cuales reflejan barreras de acceso para la prestación y continuidad de los servicios lo que estaría en contra del objetivo de las RIAS materno perinatal, y demoras en los tiempos de atención inclusive al
---	---	--	--	---	--	--

prenatales como se evidencia con las gestantes 7 quien manifiesta no tener dinero siempre para el transporte	atención profesional sino por actos administrativos que entorpecen la atención oportuna y con calidad	formas distintas, la primera se relaciona con una información dada por el profesional donde la oportunidad de cita prima sobre la comodidad del paciente y para ayudar de alguna forma a los usuarios se les programan	sus saberes, en algunas entrevistas referían no haber aprendido nada por parte del personal de salud, siendo la educación una herramienta inmersa dentro de la consulta externa y un deber de los profesionales	atención en salud, al ser una sub red integrada no debería presentarse esta situación ya que se busca un equilibrio en lo relacionado con la atención y oportunidad, sin embargo las gestantes no reflejan un	entrevistada manifiesta inconformismo frente a la atención prestada refiriendo que no le dieron una adecuada educación durante su primer control siendo más objetiva con la respuesta	punto de la no atención en una g estante por temas administrativos el cumplir la mayoría de edad refleja una falencia en el sistema que puede conllevar a una complicación riesgosa por no tener acceso a
--	---	--	---	---	---	---

		<p>citas en distintas localidades que tengan la subred para garantizar oportunidad pero se ve afectada la usuaria en su desplazamiento que muy probablemente será en transporte público; la segunda se relaciona con</p>	<p>trasmitir conocimientos y resolver las dudas presentadas</p>	<p>cambio si se compara con el embarazo inmediatamente anterior más allá de la oportunidad de las citas. por último sale a relucir nuevamente problemas con el call center donde es un tema a tener</p>	<p>reluciendo al profesional como una persona no apta para ejercer con este tipo de población,</p>	<p>servicios en pro de prevención de situaciones que puedan desencadenar en mortalidad materno perinatal, el principal problema reflejado en las entrevistas con profesionales y evidenciado en 2 entrevistadas a</p>
--	--	--	---	---	--	---

		<p>otra información dada por los profesionales los cuales refieren que las la personas del call center encargadas de agendar las citas no son idóneos puesto que se incurre en demasiados errores a la hora de asignar citas</p>		<p>muy en cuenta ya que desenlace una serie de eventos que pueden llevar a la demora en los procesos de atención en gestantes</p>		<p>gestantes tiene que ver con la oportunidad a los medios diagnósticos específicamente a las imágenes diagnosticas donde una de ellas manifiesta incluso que tuvo que pagar de su propio bolsillo todas las ecografías que</p>
--	--	--	--	---	--	---

		<p>o exámenes retrasando muchos procesos en el camino porque muchas usuarias deben cambiar la autorización o re programar citas lo que puede retrasar más de un mes todo el proceso de tiempos durante la gestación; por</p>				<p>llevaba hasta el momento no había encontrado agenda disponible</p>
--	--	--	--	--	--	---

		último, los reprocesos de exámenes que no son propios de la institución que se toman de manera particular y el medico dentro de su criterio ve la necesidad de realizar una toma con laboratorios propios de la				
--	--	---	--	--	--	--

		institución o simplemente por una directriz misma de la institución quienes no validan resultados de otros laboratorios				
--	--	---	--	--	--	--

Bibliografía

ASIS. (mayo de 2017). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

Daniels, N. (2001). En N. Daniels, *Health Care Justice* .

decreto 3202. (julio de 2016). *ministerio de salud y proteccion social*. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf

ECUADOR, M. D. (2013). *Manual del modelo de atención integral de salud - MAIS*. Obtenido de Secretaria Nacional de la

Gobernanza de la salud publica :

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AkZNzZTVq44J:https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php%3Fid%3D16516+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co&client=firefox-b-ab>

Franco-Giraldo. (2011). Atención primaria en salud ¿de regreso al pasado? *revista facultad nacional de salud publica*, 83-94.

Hernandez, A. M. (2000). El Derecho a la Salud en Colombia: obstaculos estructurales para su realizacion. *salud publica universidad nacional*, 121-144.

Instituto Nacional de Salud. (2016). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 28 de Enero de 2018, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/vigilancia-salud-publica-maternidad-segura.pdf>

Ley 100. (23 de 12 de 1993). <http://www.alcaldiabogota.gov.co>. Recuperado el 20 de 3 de 2018, de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Ley 1122. (9 de Enero de 2007). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 21 de Marzo de 2018, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ley 1438. (19 de Enero de 2011). <http://www.alcaldiabogota.gov.co>. Recuperado el 24 de Marzo de 2018, de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Ley 1751. (16 de Febrero de 2015). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 25 de Marzo de 2018, de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ley 1753. (9 de Junio de 2015). <http://www.alcaldiabogota.gov.co>. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=61933>

Ministerio de Salud. (4 de 10 de 1993). www.minsalud.gov.co. Recuperado el 18 de 4 de 2018, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2016). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 28 de Enero de 2018, de

<https://www.minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

Moreno, G. (2016). el nuevo modelo de atencion integral en salud MIAS para Colombia ¿la solucion a los problemas del sistema?
revista medica Risaraldas.

MSPS. (01 de 11 de 2015). Obtenido de MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jMhaXcArN8EJ:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co&client=firefox-b-ab>

Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. *Scielo*, 10. Obtenido de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200010

Resolucion 0429. (17 de Febrero de 2016). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Resolucion 1841. (28 de Mayo de 2013). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 24 de Marzo de 2018, de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Resolucion 3202. (25 de Julio de 2016). <http://gpc.minsalud.gov.co>. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de
<http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Resolucion 412. (25 de Febrero de 2000). <http://www.ins.gov.co>. Recuperado el 2018 de Marzo de 20, de
<http://www.ins.gov.co/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%200412%20DE%202000.pdf?Mobile=1&Source=%2Fnor>

matividad%2F_layouts%2Fmobile%2Fview%2Easpx%3FList%3Dcd8e9ace%252Da894%252D4549%252D881d%252Deb05c834961c%26View%3Dd96f3ca8%252D3243%252D4dac%252Da961%

Ruiz-Rodriguez. (2011). experiencia de implementacion de un modelo de atencion primaria. *revista de salud publica*, 885-896.

Salud, S. D. (2016). Mortalidad Materna. *Generalidades Mortalidad Materno*, 7.

Secretaria Distrital de Salud. (2017). *informe de vigilancia en salud publica I trimestre 2017*. Bogota: Subdireccion de Vigilancia en Salud Publica.

sentencia T760. (2008). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>

Thagard, P. (2008). La Mente. En P. Thagard, *La Mente*. Buenos Aires: Katz Editores.

WMA. (Septiembre de 1989). *www.wma.net*. Recuperado el 15 de 4 de 2018, de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Paul Thagard, *La Mente*, Buenos Aires, Katz, 2008. Prefacio, págs. 11-13. Capítulo 1, enfoque de las Ciencias Cognitivas, págs. 17-45.

Ley 100. (23 de 12 de 1993). <http://www.alcaldiabogota.gov.co>. Recuperado el 20 de 3 de 2018, de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=5248>

Ley 1751. (16 de Febrero de 2015). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 25 de Marzo de 2018, de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Resolucion 3202. (25 de Julio de 2016). <http://gpc.minsalud.gov.co>. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de

<http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Paul Thagard, La Mente, Buenos Aires, Katz, 2008. Prefacio, págs. 11-13. Capítulo 1, enfoque de las Ciencias Cognitivas, págs. 17-45.

Ley 100. (23 de 12 de 1993). <http://www.alcaldiabogota.gov.co>. Recuperado el 20 de 3 de 2018, de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Ley 1751. (16 de Febrero de 2015). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 25 de Marzo de 2018, de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Resolucion 3202. (25 de Julio de 2016). <http://gpc.minsalud.gov.co>. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de

<http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/resolucion-3202-de-2016.pdf>