

ABSTRACT

Introduction: In recent years there have come into existence the so-called “recreational drugs” which are related to a night entertainment context such as discotheques and bars, as well as the simultaneous presence of certain types of music; besides the increasing consumption, the number of reports about adverse effects related to its consumption has also increased. **Objective:** To identify the demographic and “recreational substances” consumption characteristics of people attending night clubs in some of the municipalities of the Aburrá Valley. **Methods:** We designed a cross-sectional study. The population was made-up of adult males and females that attended night clubs in the Aburrá Valley. We used the SONAR 98 modified survey adapted to the researchers. **Results:** We studied 17 night clubs, 789 people participated, 57.7% were female, mean age was 23 years; with some labor activity (39%) and students (61%); the frequency for socioeconomic stratum 4 was (31%), 3 was (30%) and 5 (22%). Most of the surveyed population had consumed at some point of their lives alcohol (95%), cigarette (46%), cannabis (25%), amyl nitrite or “Popper” (10%), “designed drugs” such as amphetamines and methamphetamines (9%), sedatives and hypnotics (10%). Consumption first started early in life with the so-called social drugs: alcohol (14 years of age), and cigarette smoking (15 years of age). **Conclusions:** Unlike results shown worldwide, our study showed that recreational drugs consumption started with socially accepted substances such as alcohol and cigarette smoking, whereas designed drugs and other drugs have a more restricted use, and its consumption is left for older ages. *Salud UIS 2011; 43(1): 72-73*

Keyword: Psychoactive agents, consumption, party

Configuración y características de las redes de servicios de salud en Colombia

Configuration and characteristics of health service networks in Colombia

Natalia Morales¹, Amparo Mogollón¹, Virginia García¹, Luis Fernando Rodríguez¹, Ana María Barragán¹, Sandra Liliana López¹, Sandra Carolina Valencia¹, Mónica Pinilla¹, Ingrid Vargas², Jean Pierre Unger³, Pierre de Paepe³, Rejane Maria Ferreira^{4,5}, María Luisa Vázquez².

-
1. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.
 2. Consorcio de Salud y Social de Cataluña, España.
 3. Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo, ITM , Bélgica.
 4. Fundacao Universidade de Pernambuco, UPE.
 5. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes, FIOCRUZ, Recife (Brasil)

Correspondencia: Amparo Mogollón. Fisioterapeuta, PhD. Salud Pública. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario Bogotá, Colombia. E-mail: amparo.mogollon@urosario.edu.co Carrera 24 N° 63C-69, Bogotá, Colombia, teléfono: 3474570 Extensión: 394

Recibido: 1 de mayo de 2010 - **Aceptado:** 30 de junio de 2010

Resúmenes del Congreso

RESUMEN

Objetivo: Describir opiniones de formuladores de políticas y gestores sobre las características y configuración de redes integradas de servicios de salud (RISS) en Colombia. **Metodología:** Estudio cualitativo-descriptivo, basado en 21 entrevistas semiestructuradas a formuladores de políticas y gestores. Se utilizó la técnica de análisis narrativo de contenido. **Resultados:** Existen tres aproximaciones al concepto de redes: configuración de prestadores de servicios por niveles de complejidad, articulación de aseguradores con prestadores de servicios y oferta de servicios con criterios de geo-referenciación. Aunque las normativas posibilitan al asegurador garantizar la prestación de servicios mediante redes propias o subcontratadas existen diferencias atribuidas a: la oferta de servicios, las formas de contratación y procesos de integración, que impactan el acceso, la coordinación asistencial y la eficiencia en la prestación de los servicios. **Conclusión:** La introducción del modelo de competencia gestionada genera dificultades para articular el trabajo en red y la sostenibilidad de los prestadores principalmente públicos. *Salud UIS 2011; 43(1): 73-77*

Palabras clave: Servicios de salud, investigación sobre servicios de salud, políticas públicas de salud, Colombia, investigación cualitativa

ABSTRACT

Objective: To describe stakeholders' opinions related to Integrated Health Care Networks (IHN) organizations in Colombia. **Methodology:** Descriptive qualitative research based on 21 semi-structured interviews were conducted to policy makers and IHN organization managers. Narrative content analysis was carried out. **Results:** There are three approximation to the network concept: health service providers configuration by levels of complexity, coordination of insurance organization with health care providers and service offerings with georeferenciation criteria. Although the policies allowing the health insurer guarantee the health care provision, through their own networks or outsourced networks exist differences due to: the service offer, the ways of hiring and integration processes which impact the access, the coordination of care and efficiency in health care provision. **Conclusion:** The introduction of managed competition model make difficult the network configuration and sustainability of public health care providers. *Salud UIS 2011; 43(1): 73-77*

Keywords: Health services, health services research, health public policy, Colombia, qualitative research

INTRODUCCIÓN

Como respuesta a los objetivos planteados de mejorar la equidad y la eficiencia, muchos países en Latinoamérica llevaron a cabo reformas de sus estructuras financieras y de provisión durante las dos últimas décadas. Estas incluyeron propuestas para efectuar una distribución más eficiente de los recursos basadas en la introducción de mecanismos de mercado y el fortalecimiento de la capacidad institucional de los sistemas de salud por medio de la descentralización de la responsabilidad, la gestión y la introducción de

distintas formas de organización en el sector^{1,2}. Uno de los principales componentes de las reformas de los sistemas de salud introducidos en Latinoamérica^{3,4}, lo constituyen las redes integradas de servicios de salud (RISS), también conocidas como sistemas integrados de servicios de salud u organizaciones sanitarias integradas^{5,6}. Este tipo de instituciones han sido definidas como una red de organizaciones de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población⁵. Las

Resúmenes del Congreso

evaluaciones realizadas no son concluyentes sobre la relación entre los tipos de RISS y sus logros, aunque existe un consenso respecto a las características que influyen en el grado de coordinación que alcanzan estas organizaciones.

El objetivo de la investigación es describir las opiniones de formuladores de políticas y gestores sobre las características y mecanismos de configuración de las redes de servicios de salud en Colombia.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio cualitativo de tipo descriptivo. Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a 14 formuladores de política pública (2 del ámbito nacional, 2 del ámbito departamental, 5 distrital y 5 municipal) y a 7 gestores (de una EPS del régimen subsidiado y de su red de prestadores de servicios de salud). Para el análisis de datos se utilizó la técnica de análisis narrativo de contenido que se soportó en el software Atlas-ti V6.0. Los datos fueron segmentados por categorías y grupos de informantes.

RESULTADOS

Desde el punto de vista de los formuladores de política y de los gestores de EPS y su red de prestadores, se evidencian diferentes aproximaciones al concepto de redes. Un grupo las define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud configurados por niveles de complejidad. Otros las entienden como el conjunto de instituciones de prestadores de servicios de salud que actúan de manera articulada con los aseguradores y que pueden ser públicas o privadas y finalmente para un tercer grupo de informantes, las Redes son un conjunto de instituciones que proveen una oferta de servicios de acuerdo a criterios de georeferenciación, que buscan dar respuesta a las necesidades en salud de la población.

En lo relativo a la configuración de redes en los regímenes contributivos y subsidiado, aunque las normativas posibilitan al asegurador garantizar la

prestación de servicios a través de redes propias o subcontratadas, existen diferencias atribuidas a la oferta de servicios en los territorios de operación, a las formas de contratación y a los procesos de integración desarrollados, que impactan el acceso a los servicios de salud.

En el caso público, aunque las normativas regulan la descentralización de los entes territoriales y su autonomía para la configuración de las redes, éstas se encuentran limitadas en el ámbito municipal, existiendo una mayor posibilidad para su implementación a nivel distrital y departamental.

En cuanto al impacto de las políticas en el acceso, los informantes destacan algunos avances en la configuración de las redes por la aplicación de criterios de georeferenciación de las instituciones prestadoras, teniendo en cuenta el tamaño de la población y la densidad de centros de atención, aunque coexisten ciertas debilidades en la distribución de las instituciones prestadoras en las regiones del país, con concentración en los cascos urbanos. Los informantes identifican la oferta de servicios como punto clave para la optimización de los recursos a partir del conocimiento de las necesidades de la población.

En relación con el impacto que las políticas generan sobre la coordinación asistencial, los participantes señalan que existe superposición de funciones entre los distintos niveles de complejidad, lo cual incide negativamente en la eficiencia de las redes y la prestación de los servicios. De igual manera, se destacó que en los lineamientos gubernamentales se privilegia la rentabilidad económica de las organizaciones (competencia del mercado) sobre la equidad en el acceso y la calidad en la prestación de los servicios.

Otra problemática identificada por los informantes para la configuración de redes se relaciona con los procesos y formas de contratación de las aseguradoras, con la red de prestadores; así como la demora en los pagos de las EPS a las IPS.

DISCUSIÓN

La introducción de redes integradas de servicios de salud, se basan en el “nuevo paradigma” de reorganización de los sistemas de salud⁷, que para el caso Colombiano corresponde al tipo basado en la afiliación voluntaria, caracterizado por el establecimiento de un mercado para el aseguramiento de la salud (modelos de competencia gestionada) en los que aparece la figura intermediadora de las aseguradoras, las cuales compiten entre sí y cubren un paquete de prestaciones básicas a la población a cambio de una asignación per cápita⁸. Este modelo de competencia gestionada es cuestionado por formuladores de política y gestores, pues no facilita la configuración de redes por las características de las relaciones existentes entre las aseguradoras y los proveedores de los servicios; en este sentido, no se pueden identificar y definir RISS en sentido estricto.

La implantación del modelo de competencia gestionada, implicó la aparición de nuevos actores y funciones, que según la visión de los informantes, hacen más compleja la configuración de redes integradas de servicios de salud, por la diversidad de intereses y la falta de claridad sobre la competencia de cada actor en el logro de ese propósito. En su conjunto, el modelo presenta problemas relacionados la equidad de acceso y la eficiencia, dejando ver un panorama sombrío especialmente al sector público.

En cuanto a las características de las redes de servicios de salud, estas involucran aspectos internos y externos que influyen en la eficacia de las mismas; los aspectos internos se relacionan con la visión y las estrategias de las redes alineadas con los objetivos del sistema, que para el caso Colombiano presentan falta de coherencia por la defensa de intereses particulares de los actores involucrados. En los aspectos externos se evidencian debilidades en las políticas de regulación para desarrollar las RISS.

Elementos estructurales de las redes de servicios de salud⁹ como son la amplitud, la profundidad de la integración, la concentración geográfica y las formas de relación son algunos de los términos que independientemente describen los informantes como una red de servicios de salud sin establecer relaciones entre ellas.

El impacto de las políticas por demás es bajo en su contribución a la adecuada configuración de las redes beneficiando los intereses económicos del sistema y de quienes lo administran; de lo cual se desprende con justa lógica la desprotección y desfavorecimiento de los recursos a los prestadores y la red pública, que son los actores que tienen mayor contacto con los usuarios, sus problemáticas y la resolución de éstas.

CONCLUSIÓN

La introducción del modelo de competencia gestionada, ha generado serios obstáculos para la implementación de redes integradas de servicios de salud, al privilegiar la rentabilidad económica sobre el acceso a los servicios, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios

AGRADECIMIENTOS

Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea (Grant Agreement N° 223123) por la financiación del proyecto “Impacto sobre la equidad de acceso y eficiencia de redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil” del cual hace parte el presente estudio. Se agradece a las entidades y sujetos que participaron en el estudio.

CONFLICTOS DE INTERES

Los autores declaran que no existieron conflictos de Intereses en la realización del presente trabajo

REFERENCIAS

1. WHO. Integration of health care delivery. 861 ed. Geneva: WHO; 1996. WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva:WHO; 2000.
2. Medici AC, Londoño J L, Coelo O, Saxenian H. Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. In Schieber G.J. Innovations in health care financing, vol. 365 World Bank, Washington, pp. 215-233.
3. OPS. La salud en las Américas. Washington, DC.: OPS; 2002.

4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5): 46-64.
 5. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de caso. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC; 2007.
 6. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71: 83-96.
 7. Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona (Bogotá) 1999.
 8. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* 1993; 38(4): 447-466.
-

Factores que dificultan la coordinación entre niveles asistenciales: Un estudio de caso en Colombia

Factors that difficult coordination among care levels: A case study in Colombia

Ana María Barragán¹, Amparo Mogollón¹, Sandra Liliana López¹, Sandra Carolina Valencia¹, Natalia Morales¹, Mónica Pinilla¹, Virginia García¹, Luis Fernando Rodríguez¹, Ingrid Vargas², María Rejane Ferreira³, Jean Pierre Unger⁴, Pierre de Paepe⁴, María Luisa Vázquez²

RESUMEN

La coordinación asistencial es la concertación de diferentes actividades que son requeridas para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial. Se desarrolló un estudio cualitativo para identificar los principales factores que dificultan la coordinación asistencial. Se realizó análisis narrativo del contenido de 32 entrevistas semiestructuradas, desarrolladas a informantes clave de una Empresa Promotora de Salud del régimen Subsidiado. A nivel interno surgen como barreras, las fallas en la comunicación y bajo nivel de colaboración entre profesionales, inadecuadas condiciones de trabajo y problemas para implementar mecanismos de programación. A nivel externo, se destacan fallas en las políticas de regulación de los procesos de contratación asegurador-prestador, de los mecanismos de coordinación y una pobre visión de la atención integral en salud. La existencia de estas barreras desarrollan pérdida de continuidad en la prestación de servicios de salud, requiriéndose la implementación efectiva de mecanismos de coordinación entre los niveles asistenciales. *Salud UIS* 2011; 43(1): 77-79

Palabras clave: Prestación integrada de atención de salud, investigación sobre servicios de salud, niveles de atención de salud, investigación cualitativa

1. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

2. Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud, Consorcio de Salud y Social de Cataluña, Barcelona, España.

3. Universidade de Pernambuco (UPE) y el Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Brasil.

4. Unidad de Gestión y Política Pública, Departamento de Salud Pública, Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Bélgica.

Correspondencia: Amparo Mogollón, Fisioterapeuta, PhD. Salud Pública, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario, Carrera 24 N° 63 C-69, Bogotá, Colombia, Teléfono: 3474570 Extensión 394, E-mail: amparo.mogollon@urosario.edu.co

Recibido: 1 de mayo de 2010 - **Aceptado:** 30 de junio de 2010