



Iatreia

ISSN: 0121-0793

revistaiatreia@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Molina, Gloria; Oquendo, Tatiana; Bastidas, Diego; Rodríguez, Sergio; Flórez, Merly
Georreferenciación de la oferta de programas de salud pública en cuatro ciudades en el
contexto del mercado competitivo del sistema de salud, Colombia 2014

Iatreia, vol. 28, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 223-239

Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180539917001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Georreferenciación de la oferta de programas de salud pública en cuatro ciudades en el contexto del mercado competitivo del sistema de salud, Colombia 2014

Gloria Molina¹, Tatiana Oquendo², Diego Bastidas³, Sergio Rodríguez⁴, Merly Flórez⁵

RESUMEN

Objetivo: georreferenciar la oferta de programas de salud pública de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas en cuatro ciudades colombianas.

Metodología: estudio descriptivo de corte transversal, desarrollado a partir de la base de datos de IPS habilitadas del Ministerio de Salud y Protección Social, que ofrecen programas de salud pública.

Resultados: es mayor el número de IPS privadas que ofrecen programas de salud pública; sin embargo, estas se concentran en atender a la población y las zonas de la ciudad con mejor nivel socioeconómico. La población de las zonas más pobres está siendo atendida casi exclusivamente por las IPS del sector público.

Conclusión: en un sistema de mercado competitivo la población y las zonas de la ciudad se segmentan según su nivel socioeconómico y no es atractivo para el sector privado proveer servicios de salud pública a las poblaciones más pobres.

PALABRAS CLAVE

Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud Pública; Reforma de la Atención de Salud; Ubicaciones Geográficas

SUMMARY

Georeferencing provision of public health programs in four Colombian cities within the context of the competitive market of the health system, 2014

¹ Docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Administradora en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Gerente en Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁴ Estudiante, Gerencia en Sistema de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁵ Profesional en gestión de proyectos, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Gloria Molina; gloria.molina60@gmail.com

Recibido: julio 10 de 2014

Aceptado: enero 13 de 2015

Cómo citar: Molina G, Oquendo T, Bastidas D, Rodríguez S, Flórez M. Georreferenciación de la oferta de programas de salud pública en cuatro ciudades en el contexto del mercado competitivo del sistema de salud, Colombia 2014. *Iatreia*. 2015 Jul-Sep;28(3): 223-239. DOI 10.17533/udea.iatreia.v28n3a01.

Objective: To describe the geographical location of public health programs offered by public and private institutions providing health services in four Colombian cities.

Methodology: Descriptive cross-sectional study based on information from the Ministry of Health of institutions that provide public health programs.

Results: More private than public institutions offer public health programs, but the former are concentrated on the population and zones with better socioeconomic conditions. In contrast, poor population depends almost exclusively on public sector institutions.

Conclusion: In a competitive market system, population and city zones are segmented according to their socioeconomic level, and it is not attractive for the private sector to provide public health services to poorer populations.

KEY WORDS

Geographic Locations; Health Care Reform; Health Services Accessibility; Public Health

RESUMO

Georreferenciamento da oferta de programas de saúde pública em quatro cidades no contexto do mercado competitivo do sistema de saúde, Colômbia 2014

Objetivo: georreferenciar a oferta de programas de saúde pública das instituições prestadoras de serviços de saúde (IPS) públicas e privadas em quatro cidades colombianas.

Metodologia: estudo descritivo de corte transversal, desenvolvido a partir da base de dados de IPS habilitadas do Ministério de Saúde e Proteção Social, que oferecem programas de saúde pública.

Resultados: é maior o número de IPS privadas que oferecem programas de saúde pública; no entanto, estas se concentram em atender à população e as zonas da cidade com melhor nível socioeconômico. A população das zonas mais pobres está sendo atendida quase exclusivamente pelas IPS do setor público.

Conclusão: num sistema de mercado competitivo a população e as zonas da cidade se segmentam

segundo seu nível socioeconômico e não é atraente para o setor privado prover serviços de saúde pública às populações mais pobres.

PALAVRAS CHAVE

Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Localizações Geográficas; Reforma do Atendimento de Saúde

INTRODUCCIÓN

En los sistemas de salud se vienen implementando diferentes modelos de gestión que buscan mejorar la racionalidad en el uso de los recursos, el equilibrio entre la oferta y la demanda, la relación entre equidad y eficiencia (1) y la calidad (2). Uno de estos modelos es la atención gestionada (*managed care*), que surgió en Estados Unidos con el objetivo de controlar los costos de los servicios. La atención gestionada se constituyó en uno de los ejes de las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos (3); es un modelo que dirige y controla la prestación de servicios de salud en términos de calidad, costo y acceso mediante el monitoreo y la vigilancia del gasto; plantea, además, la intermediación entre prestadores y usuarios para separar la financiación de la prestación de servicios. En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado mediante la Ley 100 de 1993, incorporó un modelo de mercado y de atención gestionada lo que generó cambios institucionales y la configuración de un mercado competitivo en la prestación de servicios en general. Como parte del paquete de beneficios o Plan Obligatorio de Salud (POS), el SGSSS incorporó un componente de salud pública que incluye actividades individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de los riesgos y enfermedades, en cuyo desarrollo participan las secretarías de salud, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas.

El SGSSS en Colombia, basado en el aseguramiento obligatorio, incorporó, del modelo de atención gestionada, los mecanismos de intermediación, de control del acceso a los servicios mediante la figura de los terceros pagadores (EPS), la implantación de mecanismos obligatorios de calidad entre los prestadores de servicios y un precio fijo tanto para el seguro como

para el paquete de beneficios y cada una de las prestaciones individuales y colectivas. Este modelo ha llevado a la segmentación de la población por tipos de aseguramiento, a una fragmentación de los servicios ligada a las diferentes formas de contratación entre las EPS y las IPS y a los incentivos financieros para los actores de dicho mercado.

El mejoramiento del acceso a los servicios de salud constituye uno de los aspectos más importantes del desempeño del sistema de salud y, por lo tanto, es un factor que requiere ser fortalecido (4). Por lo general, el acceso implica la ausencia de barreras que impidan a las personas usar los servicios de salud; barreras que pueden ser físicas o geográficas, constituidas por la disponibilidad, la oferta y la distancia a la que se encuentran los establecimientos de salud; económicas, representadas en los costos en que incurren las personas para obtener atención médica; administrativas, referidas a las normas institucionales de organización y provisión de servicios –tales como documentos requeridos, horarios de atención, mecanismos para la obtención de citas, entre otros (5).

Aday y Andersen (6) describen el proceso de búsqueda y atención en salud a través de tres niveles de acceso, relacionados entre sí por determinantes individuales, organizacionales y sociales. El proceso se inicia cuando el usuario tiene: a) la percepción de la necesidad de atención, b) la existencia de los servicios en un área cercana, c) la confianza en que los servicios resolverán la necesidad percibida, y d) las “habilidades” representadas en información y conocimiento, ingresos, aseguramiento y tiempo. A continuación distinguen, en el interior de la política de salud diseñada por el Estado, dos categorías de acceso: el potencial y el real. El primero se entiende como el conjunto de características del sistema y de los individuos que interactúan entre sí; el acceso real, por su parte, es la percepción del usuario sobre la eficacia de la atención, es decir, sobre la capacidad del sistema para resolver sus necesidades en salud (6,7).

En cuanto a la percepción de la necesidad de atención en salud mencionada antes, por lo general la población busca ser atendida principalmente cuando detecta alguna alteración de la salud física, manifestada en signos o síntomas que causan inquietud o molestia. En general, la comunidad percibe poco la necesidad de atención preventiva, de ahí que sea

necesaria una acción fundamental del sistema de salud para promocionarla y facilitarla mediante diferentes mecanismos, como la eliminación de barreras de acceso, entre otros.

Restrepo y colaboradores (8) proponen una clasificación de las barreras de acceso que interfieren en la búsqueda y consecución de la atención de salud (tabla 1).

Colombia adoptó el esquema de aseguramiento obligatorio en salud como medio para mejorar la problemática de acceso a los servicios de salud, en particular de las poblaciones más pobres y vulnerables, y enfrentar los problemas de financiamiento y eficiencia en dicha prestación (7).

Este artículo describe la oferta de programas de salud pública, según su ubicación geográfica, en cuatro ciudades colombianas: Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto. La ubicación y distribución geográfica de la oferta de programas y servicios de salud pública se relaciona con el acceso a los mismos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, que se desarrolló mediante la selección y filtro de información de las bases de datos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS habilitadas en cada una de las cuatro ciudades, las cuales se descargaron de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en junio del 2013; para el caso de Medellín, se solicitó directamente a la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (SSSA), entidad habilitadora y se comparó y complementó con la del Ministerio de Salud y Protección Social. Este estudio es parte de una investigación titulada “Decisiones en la Política y la Gestión en la Salud Pública en el ámbito municipal. Un análisis en seis ciudades colombianas en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2012-2014”, cofinanciado por Colciencias, la Universidad de Antioquia, la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad Santo Tomás -sede Medellín- y la Universidad de Illinois -Chicago-, cuyos resultados están publicados en un libro titulado “Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano. El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares” (9,10).

Tabla 1. Clasificación de las barreras al acceso a los programas de salud pública

Barreras
1. Del lado de la oferta a) Variables relacionadas con el contacto inicial: <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de viaje - Medio de transporte - Distancia entre la residencia y el punto de atención b) Dificultades para obtener el servicio una vez se llega al lugar de atención <ul style="list-style-type: none"> - Horarios de atención - Trámites y requisitos para obtener la cita - Tiempos de espera c) Aspectos de la estructura del sistema de la institución que provee los servicios y los horarios que dificultan la continuidad
2. Del lado de la demanda a) Predisposición <ul style="list-style-type: none"> - Características demográficas: edad, sexo, estado civil, enfermedades pasadas - Estructura social: tamaño familiar, ocupación, educación, etnicidad y religión - Cultura b) Habilidad <p>Dotaciones que tienen los individuos para demandar servicios tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingresos - Seguro de salud - Información y conocimiento c) Necesidades <p>Episodios de enfermedad que a juicio del usuario requieren atención en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud percibido - Presencia y frecuencia del dolor - Número y tipo de síntomas - Días de incapacidad d) Utilización <p>Relacionadas con las características propias de la oferta de servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de servicio: hospitalización, médico, medicamentos, odontológico, entre otros - Propósito: preventivo, curativo - Unidad de análisis: visitas de primera vez y número de servicios recibidos e) Satisfacción <p>Percepción de las características, prácticas de los proveedores y satisfacción con el sistema, lo cual podría afectar la continuidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibir poca información sobre su enfermedad - No informar claramente sobre las formas de pago - Percibir actitudes poco favorables de los profesionales (médicos) - Duración de la cita médica - Calidad de las salas de espera - Tamaño de los consultorios y habitaciones - Tiempos de espera

Fuente: Restrepo y colaboradores (8)

La georreferenciación es un proceso que se hace por medio de las herramientas de los sistemas de información geográfica (SIG), el cual, con base en la dirección de cada IPS, divide el tramo (calle, carrera) en tantos intervalos como el recorrido que tenga la numeración y sitúa un punto en la mitad de cada intervalo; de este modo le incorpora el atributo de localización en el espacio y le asigna coordenadas geográficas. Teniendo en cuenta dicho proceso, se deduce que se trata de una dirección aproximada, ya que en la realidad la distribución de los números no es equidistante ni regular en las ciudades de Colombia. Por tanto, la aplicación de esta técnica tiene implícito un error aproximado de 4 metros (11).

La georreferenciación de la oferta de programas de salud pública se llevó a cabo en cuatro de las seis ciudades del proyecto macro: Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto. Para ello se verificó la información telefónicamente y mediante búsquedas electrónicas para confirmar la existencia de cada IPS registrada en la base de datos del Ministerio. Se confirmaron las siguientes variables: nombre de la institución o persona, teléfono, código de la sede, servicios ofertados de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, correo electrónico y dirección; esta última como insumo principal para la georreferenciación (11). El objetivo de georreferenciar es mostrar en un mapa las IPS públicas y privadas que ofrecen programas de salud pública y visualizar las posibilidades de acceso geográfico que la población tiene a estos programas en las diferentes zonas de la ciudad.

Para la ciudad de Medellín, se georreferenciaron las direcciones registradas de las IPS por medio del geoportal del municipio MapGis®, mientras que para Bucaramanga, Leticia y Pasto, se procedió, mediante el servicio geográfico de Google Maps, a buscar las direcciones de las instituciones y a registrar las coordenadas geográficas donde estaban localizadas. Este trabajo permitió visualizar en un buen porcentaje la ubicación geográfica de las IPS habilitadas, excepto en Pasto; sin embargo, se debe aclarar que en esta ciudad tal situación se presentó porque la mayoría de sus IPS públicas se encuentran ubicadas en zona rural, factor limitante en la georreferenciación porque en aquellos sitios no hay una malla vial que permita efectuar el proceso.

Posterior a la georreferenciación de las IPS en el mapa, y con base en la información de modelos y propuestas urbanísticas que determinan distancias máximas hasta de 1.000 metros de recorrido a pie para acceder a los equipamientos de la ciudad, se calcularon tres anillos de influencia de 500 metros alrededor de cada IPS hasta los 1.500 metros inclusive, para determinar las coberturas geográficas del territorio y su población y así garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud (8).

RESULTADOS

Proceso de verificación telefónica de la oferta de servicios

Al hacer las llamadas telefónicas a las IPS habilitadas que ofrecen programas de salud pública, registradas en la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2013), se encontró lo siguiente:

- Algunas instituciones ya no existían, el número de teléfono estaba desactualizado, sonaba siempre ocupado o no contestaban; por ejemplo, en Medellín no se pudo obtener respuesta en el 17,8% (43 de 241) de las instituciones a las cuales se llamó. En Leticia y Pasto se presentó mucha interferencia.

- Se evidenciaron inconsistencias y desactualización de la información registrada; por ejemplo, en algunas instituciones no estaban habilitados los servicios y programas de salud pública que prestaban, y en otros casos, los servicios habilitados ya no se prestaban. En Bucaramanga, el 14,4% de las 97 instituciones de las que se obtuvo respuesta no ofrecían programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el 34% proveían otros servicios que no estaban registrados en la base de datos; en 7,2% de estas instituciones la información fue confusa o duplicada, dado que por un lado reportaban tener el servicio de salud sexual y reproductiva, y por otro, en forma separada, informaban los de planificación familiar y prevención del cáncer de cérvix como servicios independientes (tabla 2).
- Se encontró falta de claridad en la denominación y clasificación de algunos servicios según las bases de datos; por ejemplo, no fue claro a qué se refiere el servicio denominado “otras”. En Pasto, 26,3% de las 19 IPS de las que se obtuvo respuesta tenían en la base de datos el servicio “otras” y en 15,8% la información era confusa; en algunas IPS el término “promoción de la salud” se refiere a la realización de charlas educativas y enseñanza del autocuidado y en otras no es claro a qué se refiere dicho término (tabla 2).

Tabla 2. Respuestas obtenidas mediante verificación telefónica de las instituciones habilitadas con programas en salud pública en cuatro ciudades colombianas, 2014

	Medellín	B/manga	Pasto	Leticia
Total de IPS (n)	241	97	19	5
Respuesta a llamadas de verificación de servicios (%)				
No es clara la información	-	7,2	15,8	-
Sin servicios de promoción y prevención	5,4	14,4	26,3	-
Otros servicios	30,6	34,0	36,8	80,0
Desconocimiento total	13,5	6,2	-	-
Odontología general	1,8	17,5	21,1	-
Cobertura de población específica	18,9	4,1	5,3	-
En proceso de cierre /ya no existe	0,9	2,1	-	-
Servicio “OTRA” (base de datos)	42,3	3,1	26,3	-

- En Medellín y Bucaramanga se evidenció que en 6,2% y 13,5% de las IPS, respectivamente, el personal que contestaba la llamada desconocía los programas de salud pública que dicha institución ofrecía. En Bucaramanga el 4,1% de las instituciones contactadas ofrecen programas de salud pública a una población específica, como estudiantes de la universidad o empleados de Ecopetrol; en Medellín esta situación se encontró en 18,9% de las IPS contactadas (tabla 2). A este respecto, algunas clínicas ofrecen sus programas preventivos en salud ocupacional solo para sus empleados y no para otras empresas; en Medellín esto ocurre en 6,3% de las instituciones que ofrecen estos programas. Además, este servicio no aparece registrado en las bases de datos del Ministerio.

- Algunos consultorios odontológicos verificados, que registran la atención preventiva salud/higiene oral, se dedican solo a la atención curativa; en Pasto, el 21,1% de las IPS contactadas prestaban solo servicios curativos de odontología general (tabla 2).

La oferta de programas y servicios de salud pública según el tipo de institución se presenta en la tabla 3, en la que se observan proporciones superiores al 75% de instituciones privadas respecto a las públicas en Medellín, Bucaramanga y Leticia. En Pasto se reportan 36 instituciones y es ligeramente mayor el porcentaje de las de carácter público (52,8%) con respecto al privado (42,2%).

Tabla 3. Distribución de las IPS que ofrecen programas de salud pública, según su naturaleza jurídica y ciudad

Número de IPS							
Ciudad	Pública		Privada		Mixta		Total
	n	%	n	%	n	%	
Medellín	57	23,6	183	75,9	1	0,41	241
Bucaramanga	15	15,5	81	83,5	1	1,0	97
Leticia	1	20,0	4	80,0	-	-	5
Pasto	19	52,8	17	47,2	-	-	36

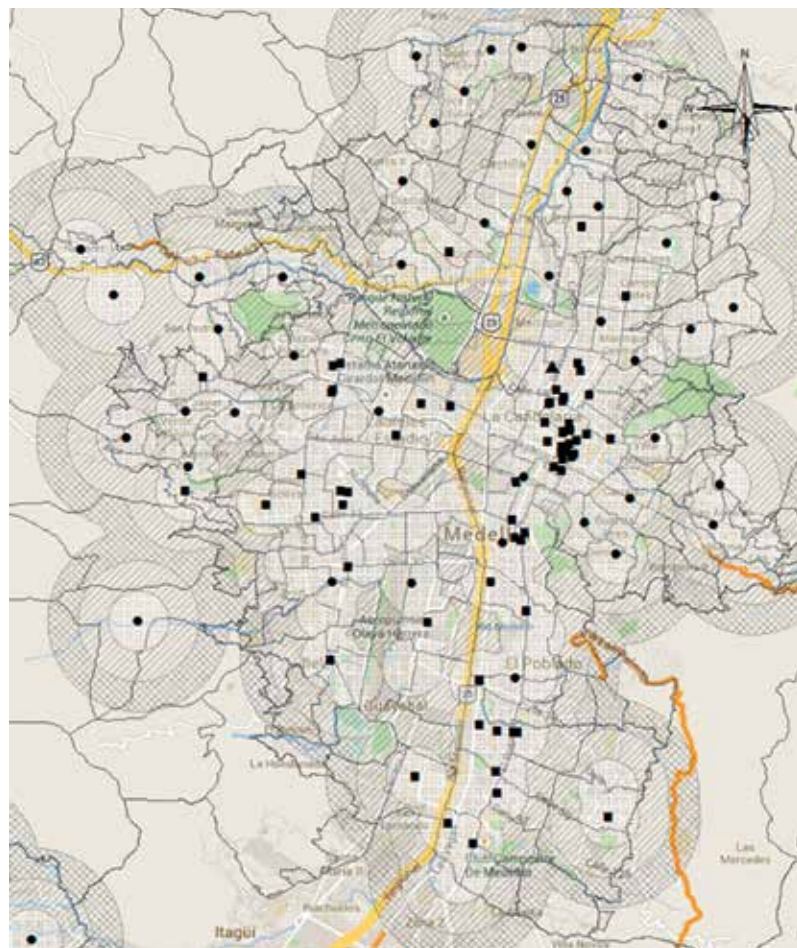
IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Al georreferenciar la ubicación de las IPS para determinar cómo se distribuían en las ciudades se halló lo siguiente: en Medellín y Leticia se georreferenció el 100%; en Bucaramanga, el 80% de las públicas, el 98,7% de las privadas y el 100% de las mixtas; en Pasto se georreferenció el 94,1% de las privadas y el 31,6% de las públicas, dado que las restantes están ubicadas en zonas rurales (veredas) donde la nomenclatura aún no está definida (figuras 1-4).

En Medellín y Bucaramanga, un número mayor de instituciones privadas que públicas ofrece programas de salud pública; sin embargo, en las zonas de menor condición socioeconómica (estratos 1 a 3), estos programas los ofrecen principalmente las instituciones

públicas, mientras que las de carácter privado los brindan en las zonas de la ciudad con mejor nivel socioeconómico (estratos 4 a 6) (tablas 4 y 5, figuras 1 y 2).

En Pasto, las instituciones públicas y privadas ofrecen programas de salud pública en las zonas de estratos 2 y 3; en las de estrato 1 solo hay una institución de carácter público que ofrece dichos programas; en los estratos 5 y 6 no se registra ninguna oferta de programas de salud pública (tabla 6, figura 3). En Leticia, los programas de salud pública de las instituciones públicas y privadas atienden la población de todos los estratos socioeconómicos (figura 4).



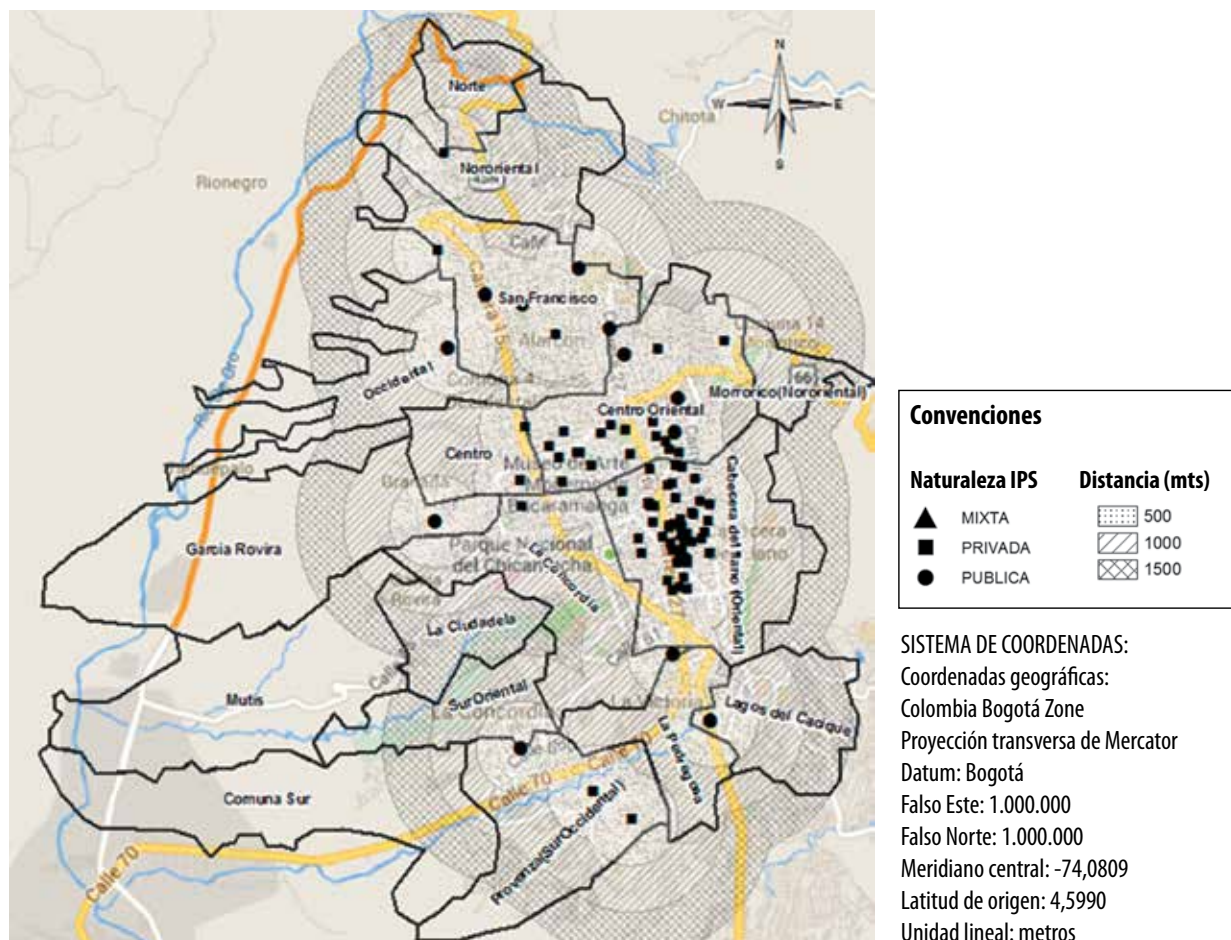
Convenciones

Naturaleza IPS	Distancia (mts)
▲ MIXTA	500
■ PRIVADA	1000
● PUBLICA	1500

SISTEMA DE COORDENADAS:
 Coordenadas geográficas: GCS_MAGNA
 Proyección transversa de Mercator
 Datum: Magna, origen Medellín
 Falso Este: 835.378,64
 Falso Norte: 1.180.816,87
 Meridiano central: -75,5649
 Latitud de origen: 6,2292
 Unidad lineal: metros

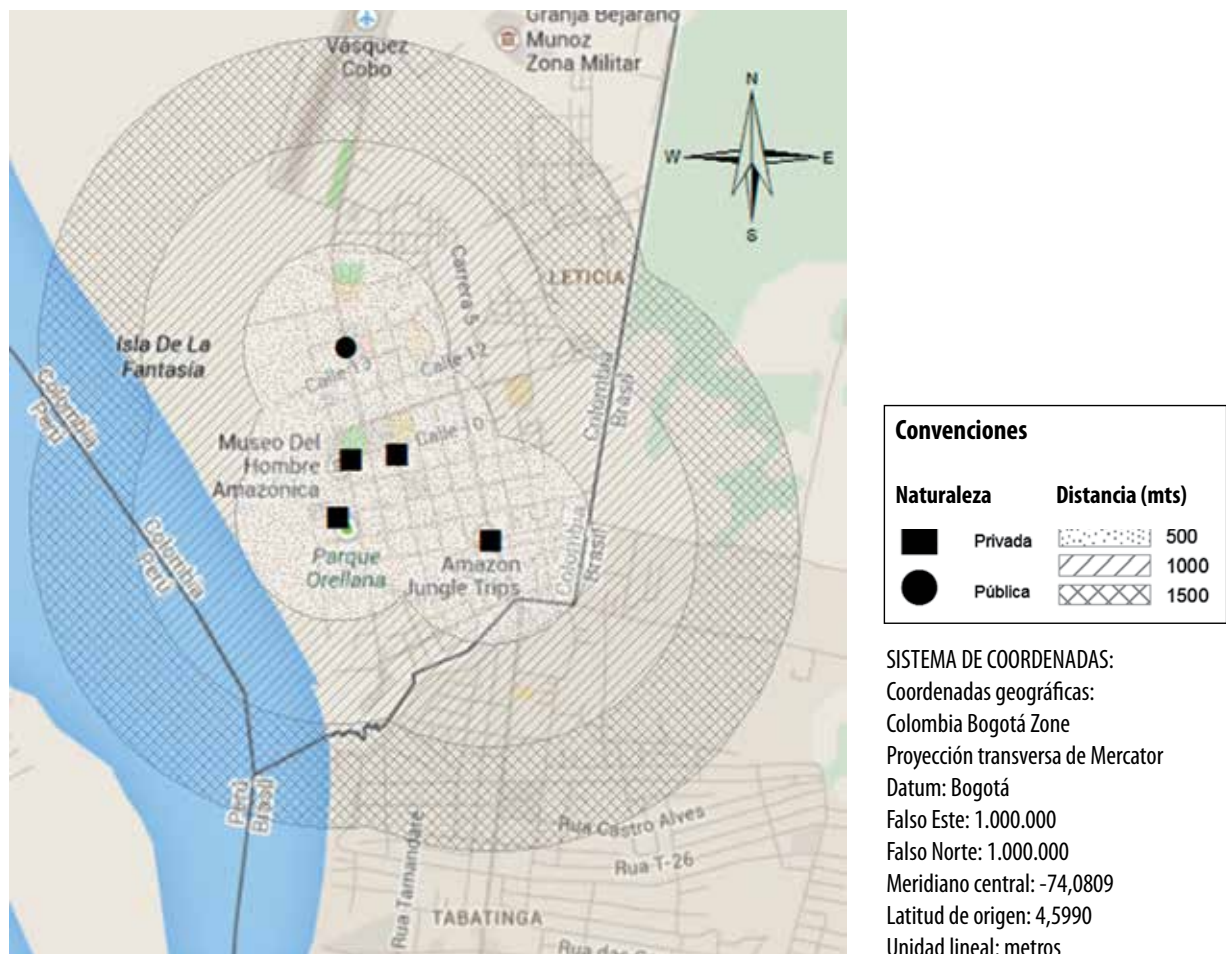
Fuente: DSSA. Sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud, 2013.
 Elaborado por Diego Bastidas. Esp. SIG
 Fecha de elaboración: enero 2014

Figura 1. Mapa de distribución y distancia de los programas de salud pública ofrecidos por los prestadores de servicios de salud públicos y privados. Medellín. 2013



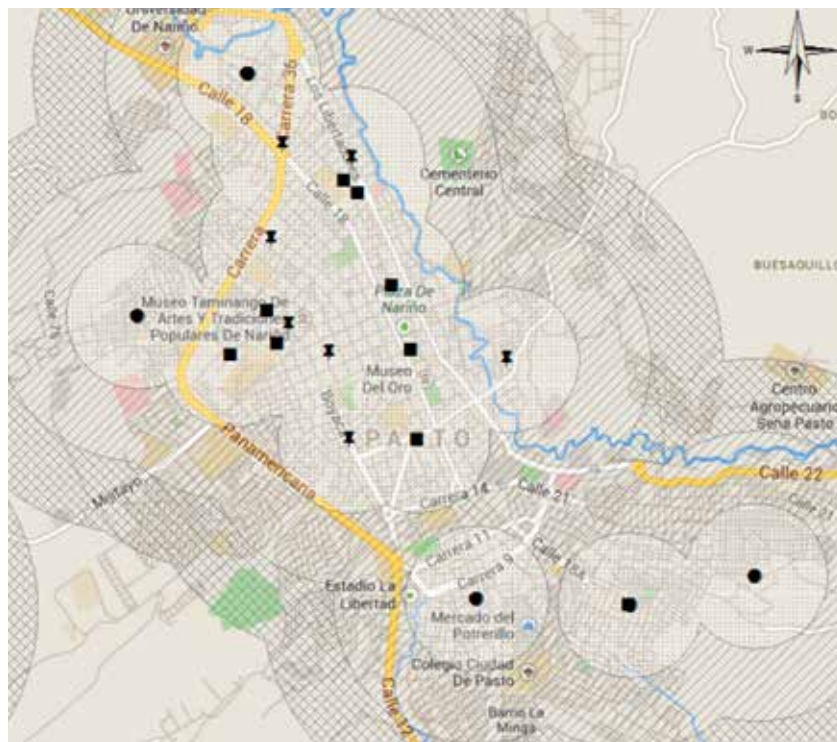
Fuente: Ministerio de Salud. Sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud, 2013
 Elaborado por Diego Bastidas. Esp. SIG
 Fecha de elaboración: enero 2014

Figura 2. Mapa de distribución y distancia de los programas de salud pública ofrecidos por los prestadores de servicios de salud públicos y privados. Bucaramanga, 2013



Fuente: Ministerio de Salud. Sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud, 2013
 Elaborado por Diego Bastidas. Esp. SIG.
 Fecha de elaboración: enero 2014

Figura 3. Mapa de distribución y distancia de los programas de salud pública ofrecidos por los prestadores de servicios de salud públicos y privados. Leticia, 2013



Convenciones	
Naturaleza	Distancia (mts)
✂ Sin definicion	500
■ Privada	1000
● Pública	1500

SISTEMA DE COORDENADAS:
 Coordenadas geográficas: GCS_MAGNA
 Proyección transversa de Mercator
 Datum: D_MAGNA
 Falso Este: 1.000.000
 Falso Norte: 1.000.000
 Meridiano central: -74,0775
 Latitud de origen: 4,5962
 Unidad lineal: metros

Fuente: Ministerio de Salud. Sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud, 2013
 Elaborado por Diego Bastidas. Esp. SIG.
 Fecha de elaboración: enero 2014

Figura 4. Mapa de distribución y distancia de los programas de salud pública ofrecidos por los prestadores de servicios de salud públicos y privados. Pasto, 2013

Tabla 4. Distribución de las instituciones que ofrecen programas de salud pública según el estrato socioeconómico y la naturaleza jurídica, Medellín 2013

Estrato	Mixta		Privada		Pública		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	-	-		0,0	8	3,3	8	3,3
2	-	-	4	1,7	15	6,2	19	7,9
3	1	0,4	26	10,8	14	5,8	41	17,0
4	-	-	96	39,8	4	1,7	100	41,5
5	-	-	19	7,9		0,0	19	7,9
6	-	-	28	11,6		0,0	28	11,6
Sin dato*	-	-	11	4,6	15	6,2	26	10,8
Total	1	0,4	184	76,3	56	23,2	241	100,0

* Corresponde a las instituciones de las cuales no se tenía información el estrato socioeconómico

Tabla 5. Distribución de las instituciones que ofrecen programas de salud pública según el estrato socioeconómico y la naturaleza jurídica, Bucaramanga 2013

Estrato	Mixta		Privada		Pública		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	-	-	2	2,5	-	-	2	2,1
2	-	-	2	2,5	8	53,3	10	10,3
3	-	-	10	12,3	4	26,7	14	14,4
4	-	-	15	18,5	3	20,0	18	18,6
5	-	-	15	18,5	-	-	15	15,5
6	1	1,0	37	45,7	-	-	38	39,2
Total	1	1,0	81	83,5	15	15,5%	97	100,0

En Medellín, varios programas de salud pública los ofrecen principalmente IPS privadas (tabla 7) que, como se mostró en la tabla 4, están ubicadas principalmente en los estratos 4 a 6.

Los programas de prevención y manejo de enfermedades crónicas, higiene oral, promoción de la salud, salud ocupacional y salud sexual y reproductiva los ofrecen en mayor proporción IPS privadas (tabla 8).

En Pasto, solo una IPS pública reporta que tiene un programa de prevención y control de enfermedades crónicas. Los programas habilitados de higiene oral, crecimiento y desarrollo de niños, promoción de la salud, salud sexual y reproductiva los ofrecen principalmente IPS públicas. Se observa una menor proporción de la oferta de estos programas en el sector privado, algunos de los cuales no están habilitados (tabla 9).

Tabla 6. Distribución de las instituciones que ofrecen programas de salud pública según el estrato socioeconómico y la naturaleza jurídica, Pasto 2013

Estrato	Privada		Privada		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	-	-	1	2,8	1	2,8
2	3	8,3	2	5,6	5	13,9
3	5	13,9	1	2,8	6	16,7
4	3	8,3	-	-	3	8,3
5	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-
Corregimiento	-	-	10	27,8	10	27,8
Sin dato*	6	16,7	5	13,9	11	30,6
Total	17	47,2	19	52,8	36	100,0

* Corresponde a las instituciones de las cuales no se tenía información el estrato socioeconómico

Tabla 7. Distribución de los programas de salud pública según la naturaleza jurídica de la institución, Medellín 2013

Programas ofrecidos	Mixta Habilitación					Privada Habilitación					Pública Habilitación				
	Sí	SD*		No		Sí	SD		No		No	Sí			
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Cardiovascular	-	-	-	-	-	-	3	1,6	-	-	-	-	-	-	-
Higiene oral	-	-	7	3,8	6	3,3	77	42,1	1	1,8	-	-	50	87,7	
Infecciosas	-	-	-	-	-	-	3	1,6	-	-	-	-	-	-	-
Jóvenes y adultos	1	100	2	1,1	4	2,2	35	19,1	-	-	-	-	53	93,0	
Niños	1	100	15	8,2	9	4,9	75	41,0	-	-	1	1,8	55	96,5	
Promoción de la salud	1	100	19	10,4	5	2,7	60	32,8	1	1,8	-	-	52	91,2	
Salud sexual y reproductiva	1	100	9	4,9	5	2,7	63	34,4	1	1,8	-	-	53	93,0	
Consulta médica preventiva del adulto	-	-	3	1,6	4	2,2	12	6,6	-	-	-	-	1	1,8	
Control prenatal	-	-	2	1,1	4	2,2	6	3,3	-	-	-	-	1	1,8	
Salud mental	-	-	-	-	-	-	1	0,5	-	-	-	-	-	-	
Salud visual	-	-	2	1,1	4	2,2	8	4,4	-	-	-	-	-	-	
No especificada	-	-	12	6,6	3	1,6	10	5,5	1	1,8	-	-	-	-	
Total	1	100	34	18,6	16	8,7	133	72,7	1	1,8	1	1,8	55	96,5	

* Sin dato

Tabla 8. Distribución de los programas de salud pública según la naturaleza jurídica de la institución, Bucaramanga 2013

Programas de salud pública	Mixta				Privada				Pública				Total			
	Habilitados				Habilitados				Habilitados				Habilitados			
	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%
Crónicas y cardiovasculares	-	-	-	-	-	-	6	7,4	-	-	3	20,0	-	-	9	9,3
Consulta médica preventiva del adulto	-	-	-	-	-	-	6	7,4	-	-	1	6,7	-	-	7	7,2
Higiene oral	-	-	1	100	-	-	39	48,1	-	-	4	26,7	-	-	44	45,4
Infecciosas	-	-	-	-	-	-	4	4,9	-	-	2	13,3	-	-	6	6,2
Programas para jóvenes y adultos	-	-	-	-	-	-	6	7,4	-	-	6	40,0	-	-	12	12,4
Niños	-	-	-	-	4	4,9	21	25,9	-	-	15	100	4	4,1	36	37,1
Promoción de la salud	-	-	-	-	6	7,4	18	22,2	-	-	6	40,0	6	6,2	24	24,7
Salud ocupacional	-	-	-	-	-	-	10	12,3	-	-	6	40,0	-	-	16	16,5
Salud sexual y reproductiva	-	-	-	-	3	3,7	19	23,5	-	-	9	60,0	3	3,1	28	28,9
TOTAL			1	100	13	16,0	68	84,0			15	100	13	13,4	84	86,6

Tabla 9. Distribución de los programas de salud pública según la naturaleza jurídica de la institución, Pasto 2013

Programas de salud pública	Privada				Pública				Total			
	Habilitados				Habilitados				Habilitados			
	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%
Crónicas y cardiovasculares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,8
Higiene oral	2	11,8	7	41,2	1	5,3	18	94,7	3	8,3	25	69,4
Niños	1	5,9	1	5,9	-	-	17	89,5	1	2,8	18	50,0
Promoción de la salud	4	23,5	1	5,9	-	-	17	89,5	4	11,1	18	50,0
Salud sexual y reproductiva	1	5,9	-	-	-	-	17	89,5	1	2,8	17	47,2
Otro	2	11,8	1	5,9	-	-	-	-	2	5,6	1	2,8
TOTAL	13	16,0	68	84,0			15	100	13	13,4	84	86,6

En Leticia, una mayor proporción de los programas de salud pública como higiene oral, crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva los ofrecen IPS privadas (tabla 10).

Tabla 10. Distribución de los programas de salud pública según la naturaleza jurídica de la institución, Leticia 2013

Programas de salud pública	Privada		Pública		Total	
	n	%	n	%	n	%
Higiene oral	2	50	1	100	3	60
Niños (crecimiento y desarrollo, vacunación)	2	50	1	100	3	60
Promoción de la salud	3	75	1	100	4	80
Salud sexual y reproductiva	2	50	1	100	3	60
Otro	0	0	1	100	1	20
Total	4	80	1	20	5	100

DISCUSIÓN

Las reformas del sector salud emprendidas en Latinoamérica en los años 90 se motivaron, entre otras razones, en la búsqueda de mecanismos para mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios a la población, especialmente a la más vulnerable y en condiciones socioeconómicas más desfavorables. En Colombia se creó en 1993 el SGSSS, paralelo con el proceso de descentralización mediante el cual se transfirieron competencias y recursos para la salud a los entes territoriales (Colombia, Congreso de la República: Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 60 de 1993, Ley 715 de 2001). Esto creó un complejo sistema de relaciones entre la nación, los departamentos, los municipios, las IPS y las EPS. También se modificó el papel rector de la autoridad sanitaria nacional y los entes territoriales debieron desarrollar mecanismos de rectoría y de mercado en salud (12-15).

Se buscaba mejorar la capacidad de gestión en salud pública de las autoridades municipales de salud, la adopción de guías y normas técnicas de promoción y prevención con estrategias de demanda inducida, y la obligación para las EPS de destinar una proporción

fija de los recursos de la Unidad de Pago por Capitalización (UPC) para financiar dichas acciones (9). Con la expedición de la Ley 1122 de 2007, la formulación del Plan Nacional de Salud Pública - PNSP (Acuerdo 3039 de 2007) y el Plan Decenal de Salud Pública (8), se definieron las líneas de acción y los compromisos para todos los actores involucrados en el SGSSS.

Sin embargo, a pesar de estos lineamientos, los hallazgos de este estudio sugieren que los mecanismos de mercado y la búsqueda de rentabilidad que motiva a los diferentes actores del SGSSS, como se ha evidenciado en otros estudios (16-20), han generado diferentes roles de los sectores público y privado en la provisión de programas de salud pública, y segmentación del mercado y de la población que atiende cada uno. El sector privado ofrece los programas de salud pública en las zonas y poblaciones de mejores condiciones socioeconómicas, mientras que el sector público es casi el único proveedor de estos programas en las zonas y poblaciones más pobres. Es visible la escasa o nula presencia del sector privado en las comunidades con mayores necesidades en salud. Esta realidad contradice uno de los propósitos: la ampliación de la participación del sector privado a través de las reformas de salud impulsadas por el Banco Mundial (21,22). Si se tiene en cuenta que paralelamente con el incremento del sector privado se generó restricción del crecimiento o reducción de la infraestructura pública, se entiende por qué la población más pobre tiene menores posibilidades de acceso a estos programas, lo cual se evidencia en los hallazgos presentados. Similares resultados se obtuvieron en un estudio efectuado en la ciudad de Cali donde la población más pobre tiene dificultades para el acceso a los programas de salud pública (23). Knowles y colaboradores (4), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE (24), Costa y Sato (25) afirman que para mejorar el acceso a servicios que generan altas externalidades, como es el caso de los programas de salud pública, es recomendable diseñar incentivos como la provisión de dichos servicios en el lugar de residencia de los beneficiarios para reducir los costos de transporte y los tiempos de desplazamiento.

Algunos estudios señalan que con la reforma colombiana a la salud el Estado delegó parte de las acciones de salud pública en las EPS públicas y privadas, lo que

se tradujo en problemas de cobertura y de acceso a estos programas debido a los siguientes factores: 1) en el régimen contributivo, el período de aseguramiento está en función del vínculo laboral, que es muy inestable en virtud de las políticas de flexibilidad laboral imperantes en el país; 2) en el régimen subsidiado dicho período es de un año lo que afecta la planeación a mediano y largo plazo; 3) las acciones de salud pública no generan rentabilidad financiera a corto plazo para los agentes de mercado lo cual los desincentiva para llevarlas a cabo; 4) la oferta de programas de salud pública está supeditada al mercado de la contratación entre aseguradores y prestadores con fines de lucro; 5) hay graves problemas de idoneidad en salud pública del personal auxiliar, técnico y profesional vinculado a estos programas (10). Adicionalmente, Restrepo (13) ha mostrado cómo la falta de conocimiento de las personas sobre sus condiciones, riesgos y determinantes de su salud, y de la atención necesaria para mantenerla o recuperarla, constituye una falla del mercado desde el punto de vista de la demanda. Para subsanar esta deficiencia, el SGSSS propuso la demanda inducida a la oferta de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como mecanismos para promover el acceso a los programas de salud pública; sin embargo, la ausencia de incentivos suficientes, aunada a la fragmentación de los planes de beneficios, la segmentación de la población a través del aseguramiento, la dispersión de responsabilidades entre varios agentes y la prevalencia del ánimo de lucro de las aseguradoras en salud y las prestadoras de servicios no generó los resultados previstos en materia de cobertura. Basada en el subsidio a la demanda, la reforma debilitó la oferta pública de los programas en salud pública y el sector privado no se interesó en proveerlos. Teniendo en cuenta los hallazgos sobre la distribución geográfica de la oferta de programas de salud pública, es posible suponer que las poblaciones de mayor pobreza y más carencias en salud están teniendo dificultades para acceder a estos programas.

CONCLUSIONES

La oferta de programas de salud pública ha sido inestable; varias IPS con estos servicios habilitados ya no los ofrecen, lo cual está posiblemente ligado a la

dinámica del mercado y a los procesos de contratación. Algunas IPS ofrecen programas de salud pública que no han sido habilitados. Las IPS privadas ofrecen programas de salud pública en las zonas de la ciudad con mejores condiciones socioeconómicas, mientras que en las de mayor pobreza (estratos 1, 2 y 3) la oferta es casi exclusivamente del sector público, con una ausencia casi completa del sector privado; ello puede indicar que en un sistema de mercado competitivo las acciones en salud pública para la población pobre y vulnerable no son atractivas para el sector privado.

AGRADECIMIENTOS

A Colciencias, la Universidad de Antioquia, la Universidad de Illinois, la Universidad Santo Tomás, sede Medellín, y la Universidad Nacional de Colombia por el apoyo a la investigación titulada "Decisiones en la Política y la Gestión en la Salud Pública en el ámbito municipal. Un análisis en seis ciudades colombianas en el contexto del Sistema de Salud colombiano, 2012-2014", en la cual se anida este estudio. También se agradece al Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia, por el apoyo al grupo de investigación en Gestión y Políticas de Salud con la estrategia de Sostenibilidad 2013-2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enthoven AC. The history and principles of managed competition. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12 Suppl:24-48.
2. Pääkkönen J, Seppälä T. Dimensions of health care system quality in Finland. [Internet]. Helsinki: VATT Government Institute for Economic Research; 2012. (Working Papers 31) [cited 2014 Mayo 24]. Available from: http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/wp31.pdf
3. riart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saúde Públ*. 2000;16(1):95-105.
4. Knowles JC, Leighton C, Stinson W. Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators. Special Initiatives Report No. 1 [Internet]. Bethesda, MD: Partnerships for Health

- Reform; 1997 [cited 2014 Jul 1]. Available from: <http://kdid.org/sites/kdid/files/resource/files/MeasuringResultsofHSReform.pdf>
5. Rodríguez S, Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Revista Economía del Caribe*. 2008;(2):106-29.
 6. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974 Fall;9(3):208-20.
 7. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res*. 1983 Spring;18(1):49-74.
 8. Restrepo Zea JH, Rodríguez Acosta S, Vásquez Velásquez J, Echeverri López E. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.
 9. Agudelo Calderón CA, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc Saúde Colet*. 2011 Jun;16(6):2817-28.
 10. Molina Marín G, Ramírez Gómez A, Ruiz Gutiérrez A, editores. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra; 2013.
 11. Moreno Jiménez A, coordinador. Georreferenciación de direcciones postales. En: *Sistemas y Análisis de la Información Geográfica. Manual de autoaprendizaje con ArcGIS*. 2ª ed. Madrid: RA-MA; 2008. p. 361-77.
 12. De Pietri D, Dietrich P, Mayo P, Carcagno A, de Titto E. Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;34(6):452-60.
 13. Restrepo Zea JH. ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2004;3(6):8-34.
 14. Flórez CE, Soto VE. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Documento de trabajo No.15. Bogotá: Fundación Corona; 2007.
 15. Restrepo JH, Lopera JF, Rodríguez SM. La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Rev Econ Inst*. 2007;9(17):279-308.
 16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
 17. Silvia L, Herrera V, Agudelo C. Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud en siete municipios de Colombia. *Rev Salud Pública*. 2002;4(1):36-58.
 18. Chávez B, Sierra O, Lopera M, Montoya P. El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2004; 22(2):77-99.
 19. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;24(3):210-6.
 20. Molina G, Muñoz I, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud. Universidad de Antioquia. Medellín: La Carreta; 2011.
 21. Molina G. An examination of the process of decentralization of the health sector in Colombia. [tesis doctoral]. England: University of Birmingham; 2003.
 22. Yepes Luján F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Ottawa: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; 2010.
 23. Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, Aristizábal Grisales J. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2011 Jul-Dic;10(21):153-75.
 24. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Por un sistema sanitario eficaz: proyecto de salud de la OCDE. [Internet]. París: OCDE; 2004 [consultado junio 20 2014]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/31828501.pdf>
 25. Costa Font J, Sato A. Health systems futures: The challenges of technology, prevention and insurance. *Futures*. 2012 Sep;44(7):696-703.

Normas referenciadas

Colombia. Congreso de la República (1986). Acto legislativo 01 por el cual se reforma la Constitución Política (Elección popular de alcaldes). *Diario Oficial*, n° 37304 (Ene. 10 de 1986).

Colombia. Congreso de la República. Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, n° 39137 (Ene. 10 1990).

Colombia. Congreso de la República. Ley 60 de 1993 por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la

Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, n° 40987.

Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, n° 41.148 (Dic. 23 1993).

Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se distribuyen los recursos fiscales. Diario Oficial, n° 44506 (Ago. 1 2001).

Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, n° 46506 (Ene. 9 2007).

Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, n° 47957 (Ene. 19 2011).

Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998 por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: Secretaría General de la Alcaldía Mayor; 1998.

Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 0412 de 2000 por la cual 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. Bogotá: Ministerio de Salud; 200.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Diario Oficial, n° 46716 (Ago. 10 2007).

Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, n° 46230 (Abr. 3 2006).

