

**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN
SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE SAN GIL – SANTANDER**

**ADRIANA DEL CARMEN AGUDELO ESTUPIÑAN
PAULO CÉSAR GÓMEZ AMAYA
JACKELINE MONTES GONZALEZ
GILMA BERTHA PELAYO**

MARIO ALBERTO ZAPATA VANEGAS

Asesor

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
BUCARAMANGA**

2013

**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN
SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE SAN GIL – SANTANDER**

**ADRIANA DEL CARMEN AGUDELO ESTUPIÑAN
PAULO CÉSAR GÓMEZ AMAYA
JACKELINE MONTES GONZALEZ
GILMA BERTHA PELAYO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Especialistas en Gerencia de la Seguridad Social**

MARIO ALBERTO ZAPATA VANEGAS

Asesor

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

BUCARAMANGA

2013

INDICE DE CONTENIDO

Resumen	8
Abstract	9
Glosario	11
Lista de Tablas	12
1. Formulación del Problema	13
1.1 Planteamiento del Problema	13
1.2 Justificación de la Propuesta	15
1.3 Pregunta de Investigación	17
2. Marco Teórico	18
2.1 El Derecho a la Seguridad Social en Colombia	18
2.2 El Sistema General de Seguridad Social en Salud	19
2.2.1 Régimen Subsidiado	20
2.2.2 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	22
2.2.2.1 Ejes de la Política	22
2.2.2.1.1 Accesibilidad	22
2.3 Barreras de Acceso	30
2.4 Características del Municipio de San Gil-Santander	33
2.4.1 Ubicación	33
2.4.2 Aspectos Demográficos	33
2.4.3 Estado Actual de Aseguramiento al Régimen Subsidiado	34
2.4.3.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	35
2.4.4 Morbilidad por Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización y Mortalidad de la provincia Guanentina	35
3. Hipótesis	38

4. Objetivos	39
4.1 General	39
4.2 Específicos	39
5. Metodología	40
5.1 Tipo de Estudio	40
5.2 Población	40
5.2.1 Población Blanco	40
5.2.2 Población Estudio	40
5.2.3 Criterios de Inclusión	40
5.2.4 Criterios de Exclusión	40
5.3 Diseño Muestra	40
5.3.1 Tamaño de Muestra	40
5.3.2 Muestreo	41
5.4 Descripción de Variables	41
5.5 Técnicas de Recolección de Información	43
5.5.1 Fuentes de Información	43
5.5.2 Instrumento de Recolección de la Información	43
5.5.3 Proceso de Obtención de la Información	43
5.6 Control de Errores y Sesgos	44
5.7 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	45
6. Consideraciones Éticas	46
7. Resultados	47
7.1 Prevalencia de Barreras de Acceso a los Servicios en Salud en San Gil-Santander	

7.2 barreras del lado de la demanda	48
7.3. Barreas del lado de la Oferta	52
7.4. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por edad	53
7.5. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Sexo	55
7.6. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Procedencia	57
7.7 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Escolaridad	59
7.8. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por EPSS	62
8. Discusión	64
9. Conclusiones	71
10. Bibliografía	76
11. Anexos	82

RESÚMEN

TÍTULO: BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE SAN GIL-SANTANDER* .

El enfoque metodológico del presente estudio garantizó la obtención de información para el cumplimiento del objetivo principal, permitió caracterizar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado de San Gil, analizarlas desde la estratificación por edad, procedencia, escolaridad y EPSS; describir características sociodemográficas, establecer prevalencia de barreras según su origen y evaluar la accesibilidad, oportunidad y atención humanizada.

Se realizó un estudio analítico de corte transversal, la población de estudio fueron personas afiliadas al régimen subsidiado. Se incluyeron los afiliados al régimen subsidiado que solicitaron el servicio al menos una vez durante el último año. Se excluyeron personas con alteración en la esfera mental, alteraciones crónicas o graves que no le permitían responder la entrevista estructurada y con limitaciones de comunicación sin intérprete.

Los resultados tuvieron mayor prevalencia en los siguientes aspectos: Oportunidad en atención de medicina general y odontología mayor a tres días, mientras que para medicina especializada fue superior a quince días.

Mala atención de funcionarios, inoportunidad al entregar medicamentos, inoportunidad al prestar el servicio y falta de equipos por parte de la IPS. Del lado de la EPSS la barrera asociada fue la tramitología, por demora y negación de autorizaciones.

*tesis de gradp

No se pudo demostrar que la principal barrera, tuvo su origen en inconsistencias de registro de la afiliación en la base de datos, pero se logró identificar barreras como la inoportunidad en la asignación de la cita y la tramitología en autorizaciones, con mayor prevalencia y significancia

Palabras claves: Barreras, acceso, subsidiado, salud, Colombia

ABSTRACT

The methodological approach of this study to obtain information guaranteed to fulfill the primary objective, allowed to characterize the main barriers to access to health services of the population affiliated to the subsidized San Gil, analyze them from stratification by age, origin, schooling and EPSS; describe sociodemographic characteristics, prevalence of barriers set by source and evaluate the accessibility, timeliness and humane care

We performed a cross-sectional analytical study, the study population were people affiliated to the subsidized. We included subsidized regime that requested the service at least once during the past year. We excluded persons with impaired mental sphere, chronic or severe alterations not allowed answering the structured interview and communication limitations without an interpreter.

The results were more prevalent in the following aspects: Opportunity in general medical care and dentistry more than three days, while for specialized medicine was more than fifteen days.

Poor attention of officials to deliver drugs irrelevance, inappropriateness to provide the service and lack of equipment by the IPS. EPSS side associated barrier was the paperwork, for delay and denial of permits.

No evidence was that the main barrier, inconsistencies arose from membership registration in the database but were identified as barriers inappropriateness in allocating the quote and tape in authorizations, with higher prevalence and significance

Key words: Barriers, access, subsidized health Colombia

GLOSARIO DE SIGLAS Y TÉRMINOS

AFILIACION: Procedimiento en el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud

ARS: Administradora de régimen subsidiado.

BDUA: Base de datos única de afiliados. Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (R S, Régimen Contributivo y Regímenes especiales).

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CRES: Comisión de Regulación en Salud.

COPAGO: Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los casos establecidos por la Ley 1122 de 2007 y el acuerdo 260 del 2004 del CNSSS

DANE: Departamento administrativo nacional de estadística.

EPSC: Entidad promotora de salud del régimen contributivo.

EPSS: Entidad promotora de salud del régimen subsidiado.

ESE: Empresa social del estado.

IPS: Institución prestadora de

FOSYGA: Fondo de solidaridad y garantía.

OMS: Organización mundial de la salud.

POS: Plan obligatorio de salud.

POS-S: Plan obligatorio de salud subsidiado.

RC: Régimen contributivo.

RS: Régimen subsidiado.

SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud.

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales.

UPC: Unidad de pago por capitación.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Barreras al Acceso Potencial y Real	31
Tabla 2. Distribución de la población urbana y rural de San Gil, año 2011	34
Tabla 3. Población Afiliada al Régimen Subsidiado, San Gil-Santander 2.011	34
Tabla 4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al Régimen Subsidiado en San Gil-Santander	35
Tabla 5. Morbilidad Consulta Externa del Municipio de San Gil- Santander primer semestre 2013	36
Tabla 6. Morbilidad de urgencias del Municipio de San Gil- Santander primer semestre 2013	36
Tabla 7. Morbilidad Hospitalaria del Municipio de San Gil- Santander primer semestre 2013	37
Tabla 8. Mortalidad provincia Guanentina: (Aratoca, Barichara, Cabrera, Charalá, Curtí, Encino, Mogotes, Ocamonte, Onzaga, Páramo, Pinchote, San Gil, Soledad, Valle de san José, Villanueva) primer semestre de 2013	37
Tabla 9. Operacionalización de las Variables	41
Tabla 10. Prevalencia de Barreras de acceso a los servicios en salud en San Gil Santander	48
Tabla 11. Barreras del Lado de la Demanda	49
Tabla 12. Barreras Relacionadas Del Lado de la Oferta	52
Tabla 13. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Edad	54
Tabla 14. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Sexo	56
Tabla 15. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Procedencia	58
Tabla 16. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Escolaridad	60
Tabla 17. Barrera de Acceso a los Servicio de Salud Estratificando por EPSS	62

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los primeros autores que desarrolla el concepto de accesibilidad es Donabedian. La define como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud. También, distingue dos dimensiones de la accesibilidad que se interrelacionan: la geográfica, que se puede medir a través de la distancia, el tiempo y costo del desplazamiento, etc.; y la socio-organizativa que incluye todas las demás características de la oferta de servicios¹.

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la accesibilidad es definida como la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad. La atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos².

A pesar de que la igualdad en el derecho a la salud, al acceso y uso de los servicios de salud figura como principio rector de la mayoría de las reformas de los países de América Latina, sólo algunos países de la región (Chile, Costa Rica y Cuba) han alcanzado tasas universales (o casi universales) de cobertura de salud³.

¹VARGAS L. Ingrid, VASQUEZ N, María Luisa. MARTIN M, Miguel. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Medicina. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva. Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica. Bellaterra, 2009

² GULZAR I. Access to health care. Journal of nursing scholarship. 1993; 31(1, First Quarter): 13-9

³ VARGAS, Ingrid. VASQUEZ María Luisa. JANÉ Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Equity and health systems reform in Latin America. Cad. Saúde Pública vol.18 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2002)

En diversos estudios se evidencia el inconformismo de la población frente a los sistemas de salud, específicamente el acceso real, refiriéndose a las oportunidades de uso y capacidad resolutive de la oferta, su adecuación a las necesidades poblacionales, y a la percepción de satisfacción y resolución de las mismas por parte de la demanda.

Hernández en el artículo "el derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización", describe el acceso a los servicios de salud como un componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población, porque aun cuando en la legislación internacional el derecho a la salud abarca otros contenidos asociados con la calidad de vida, más allá de la atención asistencial, está ligado a la resolución concreta de una necesidad de los seres humanos⁴.

En Colombia, la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 por medio de la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y una gran diversidad de normas, consideran la salud como un derecho básico y como un servicio público a cargo del Estado, el cual se debe garantizar a todos los habitantes del territorio Nacional en condiciones de acceso efectivo, calidad, oportunidad, suficiencia, continuidad, pertinencia e integralidad⁵.

No obstante la percepción real, es la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, relacionadas con diferentes factores del sistema de salud y de sus integrantes, las cuales afectan especialmente a la población más pobre y vulnerable, creando una brecha entre el derecho adquirido y su materialización.

⁴ HERNÁNDEZ M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Rev Salud Pública 2000; (2): 121-144).

⁵ Presidencia de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C.

Los objetivos establecidos en la Ley 100, en cuanto a ampliación de recursos y cambios institucionales, estaban dirigidos a lograr que a partir del año 2000 toda la población del país estuviera vinculada al sistema y a unificar de manera progresiva los planes de beneficios para que toda la población recibiera la misma atención. Para alcanzar la cobertura universal, las acciones de política se dirigieron por una parte a incorporar las familias y a aumentar el número de cotizantes dentro del régimen contributivo, y por la otra, a afiliarse la población pobre y vulnerable a lo que se denominó régimen subsidiado⁶.

El acceso real a los servicios de salud enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades; situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud de la población, especialmente en la más pobre y vulnerable, con incremento en la prevalencia de patologías crónicas y de alto costo.

La problemática de salud en Colombia, está ligada directamente con el acceso a la prestación de los servicios, pues el aseguramiento y el aumento de la cobertura, por sí mismos, no han garantizado el acceso efectivo a estos; de otro lado, el sistema de salud en Colombia se encuentra basado en un modelo de seguros, donde el predominio del mercado y la rentabilidad han primado sobre el derecho a la salud.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Teniendo en cuenta que los estudios sobre acceso a los servicios de salud adelantados en Colombia, evaluaron prioritariamente indicadores diseñados a partir

⁶ RESTREPO Zea, ECHEVERRI LÓPEZ, VÁSQUEZ VELÁSQUEZ, RODRÍGUEZ ACOSTA. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto Colombiano y experiencia en Antioquía. Editorial: Centro de Investigaciones Económicas - Universidad de Antioquia; 2006.

de las necesidades de salud percibidas, demanda insatisfecha y necesidades finales atendidas se ha encontrado que pese a la reforma adoptada, existen significativas limitantes en los servicios, que indican no solo la persistencia de ciertas barreras de acceso a los mismos, sino también la aparición de nuevas⁶.

Algunas de estas barreras están ligadas a condiciones socio-económicas, accesibilidad geográfica, elementos organizacionales como trámites administrativos, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios. Además, los resultados de los estudios han planteado una discusión entre la cobertura del aseguramiento, el acceso efectivo a los servicios y la evaluación de algunos aspectos de la ley 100 de 1993 como política pública, donde se resalta la fisura que existe entre estos.

Actualmente en nuestro País no solo se ha logrado una cobertura casi universal, sino que además, se ha avanzado en la unificación de los planes de beneficios, estos factores por si solos, al parecer, no han garantizado el acceso efectivo a los servicios ni la atención adecuada; por lo que toma relevancia el hecho de que el acceso trasciende solamente a la afiliación, e incluso el paquete de servicios al que se tenga derecho. En este sentido, el análisis del acceso a servicios de salud del régimen subsidiado, cobra importancia, teniendo en cuenta la necesidad de evaluar su eficacia en la solución a los problemas de salud de sus beneficiarios.

En nuestro país se han realizado algunos estudios al respecto, pero su orientación hacia determinadas zonas geográficas imposibilita la extrapolación de hallazgos y caracterización generalizada de la problemática; el municipio de San Gil-Santander no cuenta con estudios previos ni literatura al respecto, razón por la cual este puede convertirse en un indicador para evaluar el cumplimiento del principio de accesibilidad contemplado en el SGSSS, y constituirse en una fuente de información para caracterizar la problemática local.

Finalmente, éste estudio permitió determinar las barreras de accesibilidad en el régimen subsidiado del municipio de San Gil-Santander, información que será de gran utilidad para los diferentes entes gubernamentales locales, ya que a partir de estos resultados se pueden planear y desarrollar acciones correctivas o estrategias tendientes a mejorar las condiciones de acceso efectivo a los servicios de salud del municipio.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud que afectan a los afiliados del régimen subsidiado en el municipio de San Gil-Santander?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.

El capítulo II de los derechos sociales, económicos y culturales de la Constitución Política de Colombia Artículo 48, establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante⁷.

El Artículo 49. Determina que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado; garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; así como, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos

⁷ Presidencia de la República de Colombia. Constitución política de Colombia. 1991. Artículo 48.

y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de Atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria; toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad⁸.

2.2 EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

La reforma del sistema de salud en Colombia, que se plasmó en la Ley 100 de 1993, sigue los principios básicos impuestos en toda el área latinoamericana por las instituciones financieras internacionales: universalidad, equidad, solidaridad, efectividad, eficiencia, calidad y sostenibilidad⁸.

Las reformas, guiadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, se basan en criterios de racionalidad financiera y se apoyan en los procesos de "modernización" del Estado, que implican una descarga de sus funciones y una reducción del peso de las instituciones⁹. Una de las reformas de los sistemas de salud que las agencias multilaterales y gobiernos han promovido en Latinoamérica con el objetivo de mejorar el acceso a la atención es el modelo de "*managed competition*" (competencia gestionada).

Se caracteriza por la introducción de un mercado regulado en el que numerosas aseguradoras compiten por la afiliación de la población. Colombia ha sido uno de los primeros países de la región en adoptar este tipo de modelos organizativos con la reforma introducida por la Ley 100 de 1993, convirtiéndose en su ejemplo paradigmático¹⁰. El sistema se organizó de tal forma que la población afiliada al

⁸Presidencia de la República de Colombia. Constitución política de Colombia. 1991. Artículo 49.

⁹QUINTANA, Stella. El acceso a la salud en Colombia. Médicos sin fronteras. España, 2002.

sistema a través de cotizaciones se agrupará en el régimen contributivo (RC), y la población afiliada gracias a los subsidios estatales se agrupará en el régimen subsidiado (RS)¹¹.

Se establecieron dos regímenes de aseguramiento para cuya gestión introdujeron administradoras de fondos públicos o aseguradoras, Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) que debían garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen de aseguramiento, a cambio de un pago per cápita. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento para evaluar los resultados sobre el acceso se centran en la afiliación al seguro y los determinantes personales de la utilización de los servicios¹⁰.

2.2.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO

Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al SGSSS, el Estado colombiano definió el régimen subsidiado en salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud. Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el régimen (recursos de esfuerzo propio, recursos de la nación (SGP) y del FOSYGA). Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPSS, por parte de la

¹⁰ VARGAS L. Ingrid. VASQUEZ N. María Luisa. MOGOLLÓN P. Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública. 12 (5): 701-712, 2010

¹¹ PEREIRA ARANA, Marta Isabel. El médico es médico, no financiero, Ficha No. 15 20/12/2007.

población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPSS¹².

El Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) actúa como mecanismo de selección de la población que requiere del subsidio estatal o subsidiado; es una encuesta que sirve para identificar y clasificar a las personas que no pueden cubrir sus necesidades básicas para que el estado pueda darles derechos fundamentales, subsidios que les permitan tener vivienda, educación y salud, entre otros¹³.

El Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente en Colombia, se refiere a un conjunto básico de servicios de atención en salud al que tienen derecho todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados y que para el día de hoy se encuentra unificado tanto para el régimen contributivo, como para el subsidiado. A través del POS, se desarrollan un conjunto de 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades¹⁴.

Para la atención en salud, se crearon las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), que pueden ser de carácter público, privado, o mixto. Se permite a las EPS tener sus propias IPS para garantizar a sus afiliados diferentes opciones para acceder al servicio.

Es claro que el sistema de salud en Colombia presenta desafíos para los ciudadanos, en tanto hay un sobre-diseño técnico que el ciudadano muchas veces

¹² <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/RégimenSubsidiado.aspx>

¹³ <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html>

¹⁴ Congreso de la República de Colombia. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 029 de 2011. Diciembre 28. Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Diario oficial. Bogotá, D.C.

no comprende, y hace que los trámites burocráticos para el acceso a la salud se conviertan en obstáculos para la efectiva atención¹⁵.

2.2.2 POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas¹⁶.

2.2.2.1 EJES DE LA POLÍTICA

2.2.2.1.1 ACCESIBILIDAD

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer.

Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista).

Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos.

¹⁵ PEREIRA ARANA, Marta Isabel. Entre médicos, aseguradoras, y estado: La complejidad institucional de la salud en Colombia Ficha No. 13-20/12/2007.

¹⁶ República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005

Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso.

Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.

El análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud requiere de una articulación con el análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas. Es necesario plantear la complejidad que se entreteje en los saberes y prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud a la hora de hacer ejercicio de un derecho.

El problema de analizar la accesibilidad, únicamente desde la oferta, traería como consecuencia una respuesta que no implica subjetivamente a aquellos que necesitan los servicios asistenciales. Cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios¹⁷.

¹⁷ COMES, YAMILA; SOLITARIO, ROMINA; GARBUS, PAMELA; MAURO, MIRTA; CZERNIECKI, SILVINA; VÁZQUEZ, ANDREA; SOTELO, ROMELIA; STOLKINER, ALICIA. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XIV / Año 2006

El aseguramiento adoptado por la Ley 100, reconoce al afiliado el derecho a ser atendido mediante un paquete de servicios cuando lo requiera. Sin embargo, en la práctica, la población enfrenta múltiples barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta para acceder a los servicios.

Es común imponer a los sistemas la obligación de ser asequibles, equitativos, accesibles, sostenibles y de buena calidad, y en ocasiones también que exhiban muchas otras virtudes. Sin embargo, bajo la visión de la OMS (2000) ciertos objetivos deseados, como la accesibilidad son en realidad un medio para alcanzar un fin, son metas instrumentales. Cuanto más accesible sea un sistema, mas debería utilizarlo la gente para mejorar su salud¹⁸.

Algunas evidencias indican que los sistemas de salud no están funcionando como deberían. La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas.¹⁹ Las crisis económicas y políticas plantean a los mecanismos estatales e institucionales el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud y la prestación y financiación de esta.

La reforma colombiana ha sido considerada como una experiencia exitosa en la mejora del acceso por el incremento de la cobertura de la afiliación. No obstante, la afiliación a un seguro no es equivalente a acceso adecuado¹⁰.

¹⁸ RODRIGUEZ A. Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada Universitat Autònoma de Barcelona. Junio de 2010.

¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 1. Salud mundial - tendencias. 2. Atención primaria de salud - tendencias. 3. Prestación de atención de salud. 4. Política de salud. ISBN 978 92 4 356373 2 (Clasificación NLM: W 84.6) ISSN 1020-6760.

A pesar de que el acceso a la atención es una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, se trata de un concepto mal definido, que se confunde con términos como accesibilidad, disponibilidad o búsqueda de atención. Se observan dos tendencias: aquellos autores que definen el acceso como el ajuste entre las características de los servicios y de la población y los que lo equiparan con la utilización de los servicios¹⁰.

Dentro de este enfoque, una de las propuestas teóricas más utilizada es la desarrollada por Aday y Andersen¹⁰, que distingue entre acceso realizado, utilización efectiva de servicios y factores potenciales que predisponen y capacitan el uso de servicios. Entre los pocos marcos teóricos de acceso adaptados al modelo de competencia regulada destaca el desarrollado por Gold²⁰, que incorpora algunos elementos relacionados con las aseguradoras que influyen en el acceso (mecanismos de control de la atención, tamaño de proveedores, etc).

El sistema establece otras limitaciones al acceso determinadas entre otros por barreras administrativas para la afiliación, períodos de carencia, atención solo de urgencias en el primer mes, esperas prolongadas para procedimientos no pos, interpretación a conveniencia por las EPS del plan de beneficios, retrasos en las autorizaciones y barreras para acceder a medicamentos.

La tramitomanía como estrategia de contención de costos atraviesa el sistema y adquiere connotaciones variadas en los actores institucionales, en lo cual se destaca los excesivos controles de las EPS para autorizar servicios, la fragmentación de la responsabilidad frente al pago, las trabas en contratación y la transferencia del riesgo financiero a los prestadores¹⁰.

²⁰ GOLD M., Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. Health Serv Res, 1998. p.33

En el acceso a los servicios de salud se dan matices importantes. Según Mejía y otros²¹ ante la necesidad de buscar atención, no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí con los no afiliados; las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para acceder a servicios de salud para los más pobres; el acceso a servicios preventivos favorece a los de mejor situación económica. Las limitaciones para el acceso denotan consecuencias en la atención en salud, sobre los distintos actores, a saber: los pacientes sufren la cronicidad y complicaciones de las patologías, el abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y obstétrica por barreras económicas de acceso ante la inoperancia de las entidades de control²².

Una investigación de la Universidad Javeriana y la Universidad Católica de Manizales²³ sobre las razones de no uso de los servicios, resalta que el 64,7% de los casos adujeron “razones” asociadas con problemas en calidad y acceso. Destacan las geográficas, económicas y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”). Echeverri y Vega²², sustentan que la puesta en marcha de la Ley 100 no solo profundizó las inequidades, sino que generó nuevas desigualdades injustas y regresivas. Proponen avanzar en una tarea política: la construcción colectiva de la salud como un asunto de interés público, condición necesaria para la refundación del sistema de salud, en una perspectiva incluyente y equitativa. Vega²², expresa además que las relaciones de mercado y los valores comerciales que orientan la racionalidad política del sistema penetran el conjunto de este y sus organizaciones y la relación entre médicos y pacientes, perjudicando la salud de los pacientes y su libertad. Por su parte, Hernández²⁴ manifiesta que en

²¹ MEJÍA A, SÁNCHEZ AF, TAMAYO JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública 2007; p. 26-38

²² VARGAS J, MOLINA G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. RevFacNac Salud Pública 2009; p. 121-130

²³ VELANDIA F, ARDÓN N, CÁRDENAS JM, JARA MI, PÉREZ N. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Colombia Médica, 2001;32: 4-9

Colombia se ha acumulado una frustración colectiva en la garantía del derecho a la salud. Las limitaciones del Sistema Nacional de Salud en términos de la capacidad de pago de las personas, atención a los pobres, trabajadores formales y ricos, y los problemas de oportunidad y calidad, no se superaron con el SGSSS. Por el contrario, en el sistema la fragmentación es estructural, y la confianza depositada en que el mercado podría distribuir de la mejor manera los servicios en salud, fracasó.

Los hallazgos interesan a las instancias de planificación y dirección del SGSSS para la definición de políticas de atención; a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los profesionales, para comprender las dinámicas del acceso y plantear acciones que lo faciliten; a los usuarios, para comprender sus deberes y derechos e impulsar las acciones legales hacia el acceso efectivo a los servicios; y a las entidades de control para implementar mecanismos efectivos que faciliten las garantías del derecho fundamental a la salud²⁴.

Gran parte de los estudios realizados centran su atención en el análisis de las características de la oferta de servicios, el tiempo empleado en llegar a la consulta, la distancia recorrida para acceder al servicio de salud o con las características de la población, la cobertura en el aseguramiento, etc.

La mayoría de los estudios, también en Colombia se refieren al contacto inicial de los usuarios con los servicios, sin considerar que ocurre con el acceso tras la entrada en el sistema. No obstante, para evaluar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada no es suficiente con centrarse exclusivamente en la capacidad de entrar en el sistema sino que también es importante evaluar si los

²⁴ HERNÁNDEZ M. Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *CadSaudePublica* 2002; 18(4):991-1001.

individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema²⁵.

Las IPS reciben el impacto de los problemas de acceso al ver congestionados sus servicios de urgencias como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas y los trámites para acceder a consulta externa, además del insuficiente recurso humano para atender la demanda de urgencias.

Hay pérdida de calidad en la atención, dado que los profesionales asumen responsabilidades superiores a sus capacidades y recursos, lo cual lleva a disminuir la calidad del acto médico y genera desconcierto laboral entre los servidores de la salud²².

Las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada. En ambos regímenes y áreas surgen cuatro tipos de barreras que se retroalimentan relacionadas con: las políticas de aseguramiento, dificultades en la extensión y continuidad de la afiliación, y prestaciones cubiertas, los instrumentos de control de la utilización y compra de servicios que emplean las aseguradoras, las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores, y características socioeconómicas de la población que atienden. La búsqueda de la rentabilidad económica por parte de aseguradoras y proveedores emerge directamente como una barrera al acceso, que influye además en los obstáculos anteriores. Se aprecian diferencias en la intensidad con la que las barreras aparecen en el discurso de los informantes según régimen y área. Las diferencias entre áreas geográficas se observan en el régimen subsidiado. En la red urbana, emergen con fuerza barreras relacionadas con el funcionamiento de un mercado con múltiples aseguradoras y proveedores, cambios frecuentes de prestadores,

²⁵ GOLD M. Stevens B. Synopsis and priorities for future efforts. Health Service Research. 2008; 33(3): 611-21

conflicto entre entidades para eludir el pago de servicios y rechazo de pacientes y fragmentación de la atención en múltiples proveedores. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades estructurales acceso geográfico y oferta disponible²⁶.

Según Paredes, investigadora del tema de la salud del CINEP (Centro de Investigación y Educación Popular), un primer aspecto a considerar consiste en la transformación de los hospitales públicos en ESE, que, conjugado con la aplicación de la Ley 344 de 1996, puso en riesgo la viabilidad de los hospitales que atienden a la población más vulnerable de la sociedad²⁷.

Como nos explica Azuero (2006), investigador de la Facultad de Administración de la Universidad de los Andes, la raíz de lo anterior esta en parte en que la salud, siendo un bien especial, dadas sus características negativas como la asimetría en la información, las externalidades y la incertidumbre, genera contratos incompletos²⁸. Lo que sucede cuando un contrato es incompleto, es que la racionalidad de cada una de las partes no es siempre conducente al cumplimiento del mismo, pues no se cuenta con la información suficiente. Teniendo esto en mente, las partes de los contratos de salud (usuarios, EPS, ARS, IPS, etc.) no siempre tienen incentivos para cumplir con su parte. Los estudios muestran que las EPSs no cuentan con ningún incentivo para cumplir con arreglos extrajudiciales, o en general para prevenir la tutela, puesto que ella no le representa costos a la empresa, y es igual para ellos pagar antes o después de la demanda. Por el otro

²⁶ PAREDES Natalia. Transformaciones recientes en el sector salud en Colombia y en el Distrito. Controversia, N° 170, Cinep, Bogotá, Mayo, 1997. p.125-150

²⁷ PAREDES Natalia. El deterioro de los derechos económicos y sociales a finales de los noventa en Colombia. Controversia, N° 176, Cinep, Bogotá, Abril, 2000. p.105-129

²⁸ AZUERO, Francisco. La tutela y la provisión de la salud en Colombia. Una explicación institucional. Galerías de Administración. # 9. Bogotá, 2006, Universidad de los Andes.

lado, el ciudadano cuenta con incentivos muy claros para presentar la demanda ante el incumplimiento de alguna de las instituciones. Dado que la Constitución del 1991 propone que la tutela sea un mecanismo de defensa de derechos fundamentales accesible y de bajo costo, el usuario no se encuentra con muchos obstáculos para presentar la demanda en contraposición con los beneficios que puede recibir de ella.

Finalmente, se han publicado numerosos estudios que demuestran la crisis general del Sistema en toda clase de aspectos, incluyendo el más crítico, su incapacidad de responder decente y humanamente a las necesidades de los ciudadanos en salud, su gran capacidad para hacer nugatorios los derechos, incluso en los que respecta a los servicios especificados en el Plan Obligatorio de Salud.

2.3 BARRERAS DE ACCESO.

Entendiendo el acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente"⁹, se pueden distinguir tres dominios o alcances para su estudio: 1) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta; 2) intermedio, que además de lo anterior, adiciona la continuación de la atención; 3) amplio, que agrega el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto²⁹.

²⁹ MEJÍA A, SÁNCHEZ AF, TAMAYO JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública 2007; 9(1):26-38

Completando esta concepción, Aday y Andersen distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales: 1) Político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; 2) Acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes; y 3) Acceso real: relaciona determinantes objetivos, cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios, satisfacción³⁰.

Tabla 1. BARRERAS AL ACCESO POTENCIAL Y REAL

Barreras	Barreras Definición y Medición
I. Del lado de la oferta	
A la entrada	Variables relacionadas con el contacto inicial: - Tiempo de viaje - Medio transporte - Distancia desde la residencia hasta el lugar de atención - Horarios de atención
Al interior	Dificultades para obtener el servicio una vez se llega al lugar de atención: - Muchos trámites para la cita - Tiempos de espera
A la Salida	Aspectos de la estructura del sistema de entrega de servicios, relacionados con la fuente regular de servicios y los horarios que dificultan la continuidad

³⁰ ADAY, LU ANN Y ANDERSEN, RONALD (1974). "A Theoretical framework for the study of access to medical care". Health Services Research, Vol. 9, No. 3

II. Del lado de la demanda	
Predisposición	Características demográficas (edad, género, estado civil y enfermedades pasadas). <ul style="list-style-type: none"> - Estructura social (tamaño familiar, ocupación, educación, etnicidad y religión). - Cultura
Habilidad	Dotaciones que tienen los individuos para demandar servicios, tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Ingresos (falta de dinero) - Seguro de salud
Necesidades	Episodios de enfermedad que a su juicio necesita atención médica: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud percibido - Frecuencia de dolor - Número de síntomas - Días de incapacidad
Utilización	Relacionadas con las características propias de los recursos como: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de servicio (hospitalización, médico, medicamentos, odontólogo entre otros) - Propósito (preventivo o curativo) - Unidad de análisis (visitas por primera vez y número de servicios recibidos)
Satisfacción	Percepción de las características y prácticas de los proveedores y satisfacción con el sistema, lo cual podría limitar la continuidad <ul style="list-style-type: none"> - Recibir poca información sobre su enfermedad - No informar claramente sobre las formas de pago - Perciben actitudes poco favorables desde los profesionales (médicos) - Duración de la cita médica. - Calidad de las salas de espera - Tamaño de los consultorios y habitaciones - Tiempos de espera (consulta y asignación de cita)

Tomado: RODRIGUEZ A. Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada Universitat Autònoma de Barcelona. Junio de 2010.

2.4 CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE SAN GIL- SANTANDER

2.4.1 Ubicación.

El municipio de San Gil, es capital de la provincia de Guantán y capital turística del Departamento de Santander, se encuentra ubicado a los 060 33' 34" de latitud Norte y 730 06' 10" de longitud Oeste. San Gil posee una extensión aproximada de 145.9 kilómetros cuadrados, equivalentes a 14.950 hectáreas en terrenos con topografía en un 30% plano, 65% ondulado y fuertemente ondulado y un 5% de suelos escarpados de difícil uso para la ganadería y agricultura.

San Gil tiene una posición estratégica en el sistema de comunicaciones de Santander, lo que le ha permitido un notable desarrollo y una actividad económica destacada. Se encuentra a una distancia de Bogotá de 327 km y a 96 km de Bucaramanga sobre la vía primaria que conecta a estas dos ciudades. San Gil presenta la condición de territorio geoestratégico, pues es uno de los centros de actividad más importantes de la Región Andina Santandereana, conforma conjuntamente con el municipio de Barbosa dos nodos conurbados y uno de los ejes de actividad (la vía 45A) con mayor densidad de casco urbanos, densidad poblacional y de actividades. Además, concentra en su casco urbano una serie de instituciones de nivel nacional, departamental y provincial, que lo hacen un centro administrativo comercial prestador de servicios a la región.

2.4.2 Aspectos Demográficos.

El municipio de San Gil cuenta con 45.956 habitantes aproximadamente, de los cuales 38.603 habitantes el 84% se encuentran en la cabecera municipal y 7.352 habitantes el 16% se hallan en el sector rural. La densidad poblacional se encuentra alrededor de los 308 habitantes por kilómetro cuadrado (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población urbana y rural de San Gil, año 2011.

Municipio de San Gil	Rural	Urbana	Total
Población	7.352	38.603	45.956
Distribución Porcentual	16	84	100%

Fuente: Proyecciones DANE para el año 2011 y Secretaria Salud de Santander

2.4.3 Estado actual de Aseguramiento al Régimen Subsidiado.

El Municipio de San Gil cuenta con una población de 45.956 habitantes, de los cuales 16.866 se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en Salud, Régimen Subsidiado; distribuida en las cinco (5) Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S) que operan en el Municipio de San Gil (Tabla 3).

Tabla 3. Población Afiliada al Régimen Subsidiado, San Gil-Santander 2.011

Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas	Número de Personas Afiliadas	% de Personas Afiliadas
EPSS-1	1.126	7
EPSS-2	2.106	12
EPSS-3	4.044	24
EPSS-4	7.724	46
EPSS-5	1.866	11
Total	16.866	100

Fuente: Secretaria Local de Salud San Gil – Estadística.

2.4.3.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud.

En el Municipio de San Gil se encuentran básicamente dos (2) Instituciones prestadoras de servicios de Salud con niveles de atención I y II los afiliados al régimen subsidiado (Tabla 4)³¹.

Tabla 4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al Régimen Subsidiado en San Gil-Santander

Nivel de Atención	Institución
Primer nivel	IPS Guanentá y Hospital San Juan de Dios de San Gil
Segundo nivel	Hospital San Juan de Dios de San Gil
Tercer nivel	Ninguna
Dispensarios de Salud en Veredas	Tres ubicadas en las veredas Cañaveral, Ojo de Agua y San José, las cuales no se encuentran en funcionamiento
Entidades adaptadas	Cajasán, Comfenalco

Fuente: Secretaría Local de Salud San Gil – Estadística.

2.4.4 Morbilidad por Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización y Mortalidad de la provincia Guanentina

Se presenta la relación de las primeras diez (10) causas de morbilidad por consulta Externa, Urgencias y Hospitalización atendida en el Hospital San Juan del Dios del Municipio del primer semestre 2013. (Tablas 5, 6 y 7). Así como la Mortalidad de la provincia Guanentina primer semestre de 2013 (tabla 8)

³¹Alcaldía de San Gil. Plan de Desarrollo 2012-2015. Por el San Gil que merecemos.

Tabla 5. Morbilidad Consulta Externa del Municipio de San Gil- Santander primer semestre 2013

No	Evento	N	%
1	Hipertensión esencial (primaria)	2.041	16.5
2	Hiperlipidemia no especificada	551	4.4
3	Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación	388	3.1
4	Gastritis, no especificada	369	3.0
5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	351	2.8
6	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	267	2.2
7	Lumbago no especificado	168	1.4
8	Dolor en articulación	154	1.2
9	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	145	1.2
10	Hipotiroidismo, no especificado	123	1.0

Fuente: <http://hregionalsangil.gov.co>

Tabla 6. Morbilidad de urgencias del Municipio de San Gil- Santander primer semestre 2013

No	Evento	N	%
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	662	8
2	Estado asmático	311	3.7
3	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	222	2.7
4	Traumatismo, no especificado	174	2.1
5	Bronquitis aguda, no especificada	151	1.8
6	Lumbago no especificado	105	1.3
7	Amigdalitis aguda, no especificada	95	1.1
8	Hipertensión esencial (primaria)	89	1.1
9	Gastritis no especificada	85	1.0
10	Infección intestinal viral, sin otra especificación	81	1.0

Fuente: <http://hregionalsangil.gov.co>

Tabla 7. Morbilidad Hospitalaria del Municipio de San Gil- Santander primer semestre 2013

No	Evento	N	%
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	152	5.1
2	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	122	4.1
3	Otros partos únicos por cesárea	86	2.9
4	Parto por cesárea, sin otra especificación	71	2.4
5	Apendicitis aguda, no especificada	65	2.2
6	Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice	63	2.1
7	Estado asmático	53	1.8
8	Insuficiencia cardiaca congestiva	50	1.7
9	Hipertensión esencial (primaria)	49	1.6
10	Fiebre del dengue [dengue clásico]	47	1.4

Fuente: <http://hregionalsangil.gov.co>

Tabla 8. Mortalidad provincia Guanentina: (Aratoca, Barichara, Cabrera, Charalá, Curití, Encino, Mogotes, Ocamonte, Onzaga, Páramo, Pinchote, San Gil, Soledad, Valle de san José, Villanueva) primer semestre de 2013

No	Causa	n	%
1	Infarto agudo de miocardio	21	17
2	Cirrosis hepática (alcohólica)	13	10
3	Enfermedad cerebrovascular	9	7
4	Cáncer (mama, cuello, vesícula, pulmón y riñón)	7	6
5	Enfermedad renal crónica	7	6
6	Sepsis (abdominal, tejido blando, urinaria, septicemia)	7	6
7	Insuficiencia cardiaca	5	4
8	Hemorragia de vías digestivas	4	3
9	Tromboembolismo pulmonar	4	3
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4	3

Fuente: <http://hregionalsangil.gov.co>

3. HIPÓTESIS

La principal barrera de acceso a los servicios de salud en la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de San Gil-Santander, tiene su origen en inconsistencias de registro de la afiliación en la base de datos única de afiliados (BDUA).

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

- Caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander.

4.2. ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población estudio.
- Establecer la prevalencia de barreras de acceso en la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de San Gil Santander de acuerdo al origen de las mismas.
- Evaluar la accesibilidad, oportunidad y atención humanizada como atributos de la calidad del servicio.
- Analizar las barreras de acceso estratificando por edad, procedencia, escolaridad y EPS

5. METODOLOGÍA

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio analítico de corte transversal.

5.3 POBLACIÓN

5.3.1 Población Blanco. Personas afiliadas al régimen subsidiado en el municipio de San Gil Santander.

5.3.2 Población Estudio. Personas afiliadas al régimen subsidiado en el municipio de San Gil Santander a febrero 28 de 2013.

5.3.3 Criterios de Inclusión. Se incluyeron todos los afiliados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en salud que habían solicitado el servicio al menos una vez durante el último año.

5.3.4 Criterios de exclusión. Se excluyeron personas con alteración en la esfera mental, con alteraciones crónicas o graves que no le permitan responder a la entrevista estructurada y con limitaciones de la comunicación sin intérprete o acudiente.

5.4 DISEÑO MUESTRA

5.4.1 Tamaño de Muestra. Se realizó el cálculo del tamaño de muestra en el programa OpenEpi teniendo en cuenta los siguientes criterios: un error máximo aceptable del 5%, un porcentaje estimado de la muestra del 50% y un nivel

deseado de confianza del 95%, efecto de diseño 1, precisión 5%, obteniéndose un tamaño de muestra de trescientos setenta y ocho individuos (378)³².

5.4.2 Muestreo. Se realizó un muestreo por conveniencia teniendo en cuenta el fácil acceso a la población. Se invitaron a participar a los usuarios que cumplieron los criterios de inclusión y que se encontraban en las salas de espera del Hospital San Juan de Dios de San Gil y las diferentes EPS subsidiadas, la plaza de mercado principal del pueblo y el Centro de Bienestar del Anciano San Pedro Claver.

5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Se estudiaron las siguientes variables ver tabla 6.

Tabla 9. Operacionalización de las Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Nivel de Medición
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento de un ser vivo	Número de días, meses, años cumplidos referidos por el usuario al momento de la entrevista.	Razón
Sexo	Se refiere simplemente a la división del sexo humano en dos grupos distintos: hombre y mujer	Condición biológica referida por el paciente	Nominal
Escolaridad	Grado de preparación académica de una persona	El referido por el entrevistado	Nominal
Nivel de SISBEN	Clasificación en el sistema de identificación de beneficiarios de acuerdo con el puntaje obtenido por cada usuario en la aplicación de la encuesta que evalúa aspectos de calidad de vida para determinar la necesidad del subsidio, realizada por el departamento de planeación	Clasificación del nivel I y II del SISBEN registrada en la base de datos de afiliados del municipio de San Gil.	Ordinal

³² http://www.openepi.com/v37/Menu/OE_Menu.htm

Condición física	Estado de la capacidad de rendimiento psico-físico de una persona en un momento dado	El referido por la persona entrevistada	Nominal
Tipos de discapacidad	Discapacidad física: desventaja resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada Discapacidad Cognitiva: adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente Discapacidad sensorial: El concepto de discapacidad sensorial engloba a personas con deficiencia visual y a personas con deficiencia auditiva	La percibida por el entrevistador y referida por el entrevistado o acompañante	Nominal
Grupo étnico	Aquel que se diferencia en el conjunto de la sociedad nacional o hegemónica por sus prácticas socioculturales, las cuales pueden ser visibles a través de sus costumbres y tradiciones	La percibida visualmente por el entrevistador y referida por el entrevistado	Nominal
EPSS	Entidad promotora de salud.	Entidad promotora de salud a la cual se encontraba vinculo el individuo	Nominal
Inconvenientes en bases de datos	Inconsistencias de registro de la afiliación en la base de datos única de afiliados BDUA.	La referida por La persona entrevistada	Nominal
Dificultad en la atención en la IPS	Situaciones que dificultan el proceso de prestación de los servicios de salud en la IPS	Los referidos por la persona entrevistada	Nominal
Dificultades en la atención en la EPSS	Situaciones que alteran la atención en la EPSS	Los referidos por la persona entrevistada	Nominal
Tiempo de espera para recibir la atención en la IPS	Magnitud física de duración previa a la ocurrencia de la atención en salud en la IPS	Los referidos por la persona entrevistada	Nominal
Oportunidad en la atención solicitada	El tiempo de espera en la asignación de una cita	Referido por la persona entrevistada	Nominal
Procedencia del usuario	Zona geográfica urbana o rural donde reside actualmente el usuario	Referido por la persona entrevistada y	Nominal

		registrada en la base de datos de la secretaría de salud de San Gil	
Medio de transporte	Sistema ó mecanismo utilizado por el usuario para trasladarse de un sitio a otro	El referido por el entrevistado	Nominal
Tiempo de desplazamiento hacia el sitio de atención IPS	Magnitud física de duración del desplazamiento del usuario desde su lugar de residencia hasta el sitio de consulta	El referido por el entrevistado	Nominal
Limitaciones para cumplir una cita por falta de recursos económicos	Escasos recursos monetarios como factor limitante del acceso a la atención	El referido por el entrevistado	Nominal

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.6.1 Fuentes de Información. La información se obtuvo por medio de la aplicación de una encuesta y revisión de la base de datos de afiliados del municipio de San Gil.

5.6.2 Instrumento de Recolección de la Información. Se elaboró un formulario basado en la revisión de la literatura relacionada con el acceso a los servicios de salud (Anexo A).

5.6.3 Proceso de Obtención de la Información. Para la obtención de los datos se realizó entrenamiento a la encuestadora sobre la aplicación de la encuesta y la recolección de la información. Adicionalmente, se realizó supervisión del trabajo de campo y verificación de los datos registrados en la encuesta. Las encuestas fueron recolectadas durante el periodo comprendido entre el 10 y el 24 de Agosto de 2013, la persona encargada de esta labor invitaba a participar a los usuarios que cumplieran los criterios de inclusión y se encontraban en las salas de espera del Hospital San Juan de Dios de San Gil y las diferentes EPS subsidiadas, la plaza de

mercado principal del pueblo y el Centro de Bienestar del Anciano San Pedro Claver.

5.7 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

El estudio presentó algunas fuentes potenciales de sesgo, las cuales se trataron de controlar de la siguiente manera:

Sesgo de selección: Se controló permitiendo que todos los usuarios que se encontraban en las instituciones anteriormente mencionadas tuvieran la misma oportunidad de participar, todos fueron invitados a participar.

Sesgo de información: El sesgo de memoria se considera que puede estar presente, ya que la encuesta contiene preguntas que tiene que ver con el recuerdo o tiempo pasado anterior a un año. Sin embargo cabe resaltar que las experiencias negativas que se relacionan con las barreras en el acceso a los servicios de salud son más fáciles de recordar por los usuarios. También, a todas las personas se le aplicó la encuesta y se le formularon las preguntas de la misma manera.

5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se construyó en el programa Excel una base de datos a partir del formulario original y luego fue exportada para realizar el análisis de la información en el programa estadístico Stata v13.

Se realizó un análisis descriptivo caracterizando las barreras al acceso en salud por demanda y oferta. Las variables en escala de medición cualitativa se describieron con frecuencias absolutas y relativas; las variables continuas se reportaron con medidas de tendencia central y de dispersión según sus características; para las continuas con distribución normal se resumieron con promedio y desviación

estándar y aquellas que no presentaron una distribución normal se describió la mediana y los cuartiles

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se realizó de acuerdo a la resolución No. 08430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud³³. La investigación se consideró sin riesgo porque fue un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio

Se respetó el derecho de confidencialidad, protegiendo la privacidad de la persona, sujeto de investigación, no identificándola. El estudio contó con la revisión y aprobación del Comité de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad CES de Medellín. Se realizó consentimiento informado verbalmente. Para el reporte de los resultados del presente estudio se mantuvo igualmente la confidencialidad del nombre de las EPSS reemplazándolo por EPSS-1 hasta EPSS-4, teniendo en cuenta que ningún usuario encuestado reportó afiliación a la EPSS-5

³³ República de Colombia, Ministerio de Salud y de la protección social, Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 11, Capítulo I, Título II, Colombia, 1993.

7. RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis descriptivo para el total de usuarios encuestados (382 personas).

Se identificaron cuatro EPSS a las cuales los usuarios se encontraban afiliados; 40.05% (n=153) EPSS-1, 4.19% (n=16) EPSS-2, 29.84% (n=114) EPSS-3 y 25.92% (n=99) EPSS-4.

El 95.55% (n=365) de los usuarios había tenido un tratamiento médico en el último año y recibieron atención de urgencias el 39.27% (n=150).

7.1 PREVALENCIA DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS EN SALUD EN SAN GIL- SANTANDER

La principal barrera de acceso a los servicios de salud en San Gil fue la oportunidad en la atención solicitada con un 81.26% (n=308), dentro de ellas la de mayor frecuencia fue la solicitud de la consulta de mediana general la cual fue mayor a 3 días. La siguiente barrera de acceso con mayor prevalencia fueron las dificultades en la atención en la EPSS con 29.32% (n=112); de ellas la de mayor frecuencia la tramitología con 86.4% (n=108). Las limitaciones para cumplir una cita por falta de recursos económicos también tuvo una prevalencia importante con un 11.52% (n=44) y otras las cuales se pueden observar en la tabla 10.

Tabla 10. PREVALENCIA DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS EN SALUD EN SAN GIL- SANTANDER

BARRERA	N	%
Oportunidad en la atención solicitada	308	81.26
Dificultades en la atención en la EPSS	112	29.32
Limitaciones para cumplir una cita por falta de recursos económicos	44	11.52
Dificultad en la atención en la IPS	24	6.28
Tiempo de espera para recibir la atención en la IPS mayor a 30 minutos	9	2.36
Tiempo de desplazamiento hacia el sitio de atención IPS mayor a 60 minutos	4	1.05

7.2 BARRERAS DEL LADO DE LA DEMANDA

La mediana de edad de los participantes fue de 50 años con un rango entre 1 y 94 años; el 71.99% (n=275) pertenecían al sexo femenino; el 55.24% (n=211) tenían primaria incompleta y completa; el 74.61% (n=285) provenían del área urbana; el 98.69% (n=377) su clasificación SISBEN era nivel I; el 4.97% (n=19) era población

vulnerable; el 8.38% (n=32) de los usuarios tenían alguna discapacidad; el 56.25% (n=18) el tipo de discapacidad era física; el 11.52% (n=44) de los usuarios refirieron limitaciones para cumplir la cita por falta de recursos económicos para el pago del transporte (tabla 11).

En cuanto a la oportunidad en la atención solicitada el 100% (n=5) de los usuarios que requirieron del servicio de laboratorio clínico, su atención fue mayor a un día; en medicina general el 81.47% (n=211) fue mayor a 3 días; en odontología el 91.7% (n=22) fue mayor a 3 días; en rayos x el 100% (n=9) fue mayor a 3 días; en terapias 100% (n=1) fue mayor a 3 días y en el 74.1% (n=60) la atención de medicina especializada fue superior a 5 días (tabla 11).

Tabla 11. Barreras del Lado de la Demanda

Variable	n	%
Predisposición		
Edad		
≤ 18 años	39	10.21
19 a 38 años	87	22.77
39 a 58 años	106	27.75
59 a 78 años	107	28.01
≥ 79 años	43	11.26
Sexo		
Mujer	275	71.99
Hombre	107	28.01
Procedencia		
Urbana	285	74.61
Rural	97	25.39

Variable	n	%
Nivel de SISBEN		
Nivel I	377	98.69
Nivel II	5	1.31
Escolaridad		
Ninguno	65	17.02
Primaria incompleta	138	36.13
Primaria completa	73	19.11
Secundaria incompleta	51	13.35
Secundaria completa	51	13.35
Técnico o profesional	4	1.05
Población vulnerable		
Si	19	4.97
No	363	95.03
Discapacidad		
Si	32	8.38
No	350	91.62
Tipo de discapacidad		
Física	18	56.25
Cognitiva	7	21.87
Sensorial	7	21.87
Habilidad		
Limitaciones para cumplir una cita por falta de recursos económicos		
Si	44	11.52
No	338	88.48
Satisfacción		
Oportunidad en la Atención Solicitada		

Variable	n	%
Laboratorio > 1 días	5	100
Laboratorio ≤ 1 días	0	0.00
Medicina general > 3 días	211	81.47
Medicina general ≤ 3 días	48	18.53
Odontología > 3 días	22	91.7
Odontología ≤ 3 días	2	8.3
Rayos x > 3 días	9	100
Rayos x ≤ 3 días	0	0.00
Terapias > 3 días	1	100
Terapias ≤ 3 días	0	0.00
Medicina especializada > 5 días	60	74.1
Medicina especializada ≤ 5 días	21	25.9

7.3 BARRERAS DEL LADO DE LA OFERTA

El tiempo de desplazamiento hacia el sitio de atención (IPS) fue menor o igual a 30 minutos en el 83.35% (n=318) de los usuarios; el tiempo de espera para recibir la atención en la IPS estuvo entre 5 y 30 minutos para el 97.38% (n=371); el 29.32% (n=112) de los usuarios reportaron dificultades en la atención en la EPSS, de las cuales la más frecuente fue la tramitología con un 86.4% (n=108), entendiendo como tramitología la demora en el proceso de autorización de servicios; el 6.28% (n=24) de los usuarios refirieron dificultades en la atención en la IPS, siendo la mala atención de los funcionarios la más frecuente con un 61.54% (n=16) (tabla 12).

Tabla 12. Barreras Relacionadas Del Lado de la Oferta

Variable	n	%
A la Entrada		
Tiempo de desplazamiento hacia el sitio de atención IPS		
≤ 30 minutos	318	83.25
31 a 60 minutos	60	15.70
61 a 180 minutos	4	1.05
Al Interior		
Tiempo de espera para recibir la atención en la IPS		
< 5 minutos	1	0.26
5 a 30 minutos	371	97.38
30 a 60 minutos	8	2.10
1 a 2 horas	0	0.00
2 a 4 horas	1	0.26
>4 horas	0	0.00

Variable	n	%
Dificultades en la atención en la EPSS		
Si	112	29.32
No	270	70.68
Tipo de dificultad en la atención en la EPSS		
Portabilidad	2	1.60
Multiafiliación	3	2.40
Mala atención de los funcionarios	4	3.20
Afiliación	8	6.40
Tramitología	108	86.4
Dificultad en la atención en la IPS		
Si	24	6.28
No	358	93.72
Tipo de dificultad en la atención en la IPS		
Mala atención de los funcionarios	16	61.54
Falta de equipos	2	7.70
Inoportunidad en la entrega de medicamentos	6	23.07
Inoportunidad en la prestación del servicio	2	7.70

EPSS= Entidad promotora de salud subsidiada; **IPS**=Institución prestadora de servicios.

7.4 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ESTRATIFICANDO POR EDAD

Al realizar el análisis de las barreras de acceso estratificando por edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas con dificultades en la atención de la EPSS ($p=0.008$), tramitología ($p=0.006$) y mala atención de los funcionarios de la IPS ($p=0.003$). No encontramos asociación estadísticamente

significativa con dificultades en la atención de la IPS ($p=0.764$) ni con limitaciones para cumplir una cita ($p=0.161$) (tabla 13).

Se puede observar un gradiente en las dificultades de la atención de la EPSS, a mayor edad mayor dificultad, igualmente ocurre con la tramitología.

Tabla 13. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Edad

Edad	Dificultades en la atención de la EPSS	No dificultades en la atención de la EPSS	Valor p
< 18 años	7	32	0.008**
19 a 38 años	17	70	
39 a 58 años	31	75	
>59 años	57	93	
Edad	Tramitología en EPSS	No tramitología EPSS	Valor p
< 18 años	6	33	0.006**
19 a 38 años	17	70	
39 a 58 años	29	77	
>59 años	56	94	
Edad	Dificultades en la atención de la IPS	No dificultades en la atención de la IPS	Valor p
< 18 años	2	30	0.764
19 a 38 años	6	68	
39 a 58 años	4	91	

>59 años	8	11	
Edad	Mala atención de los funcionarios de la IPS	No mala atención de los funcionarios de la IPS	Valor p
< 18 años	1	38	0.003**
19 a 38 años	9	78	
39 a 58 años	5	101	
>59 años	1	149	
Edad	Limitaciones para cumplir una cita	No limitaciones para cumplir una cita	Valor p
< 18 años	3	36	0.161
19 a 38 años	6	81	
39 a 58 años	18	88	
>59 años	17	133	

**valores de $p < 0.05$.

7.5 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ESTRATIFICANDO POR SEXO

En cuanto al análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud estratificando por sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 14).

Tabla 14. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Sexo

Sexo	Dificultades en la atención de la EPSS	No dificultades en la atención de la EPSS	Valor de p
Mujer	82	193	0.731
Hombre	30	77	
Sexo	Dificultades en la atención de la IPS	No dificultades en la atención de la IPS	Valor p
Mujer	13	216	0.502
Hombre	7	84	
Sexo	Mala atención de los funcionarios de la IPS	No mala atención de los funcionarios de la IPS	Valor p
Mujer	13	262	0.572
Hombre	3	104	
Sexo	Falta de equipos en la IPS	No falta de equipos en la IPS	Valor p
Mujer	1	274	0.482
Hombre	1	106	
Sexo	Inoportunidad en la entrega de medicamentos	Oportunidad en la entrega de medicamentos	Valor p
Mujer	3	272	0.355

Hombre	3	104	
Sexo	Inoportunidad en la prestación de un servicio la IPS	Oportunidad en la prestación de un servicio la IPS	Valor p
Mujer	1	274	0.482
Hombre	1	106	
Sexo	Limitaciones para cumplir una cita	No limitaciones para cumplir una cita	Valor p
Mujer	32	243	0.908
Hombre	12	95	

7.6 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ESTRATIFICANDO POR PROCEDENCIA

Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas según la procedencia con las dificultades en la atención en la IPS ($p=0.004$) y con limitaciones para cumplir una cita ($p=0.012$). No se encontró asociación estadísticamente con: dificultades en la atención de la EPSS, dificultades en la afiliación en la EPSS, mala atención de los funcionarios de la IPS y con la oportunidad en la entrega de los medicamentos en la IPS (tabla 15).

Tabla 15. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Procedencia

Procedencia	Dificultades en la atención de la EPSS	No dificultades en la atención de la EPSS	Valor de p
Rural	30	67	0.687
Urbana	82	203	
Procedencia	Dificultades en la afiliación a la EPSS	No dificultades en la afiliación a la EPSS	Valor p
Rural	2	95	1.000
Urbana	6	279	
Procedencia	Tramitología en la EPSS	No tramitología en la EPSS	Valor p
Rural	29	68	0.681
Urbana	79	206	
Procedencia	Dificultades en la atención en la IPS	No dificultades en la atención en la IPS	Valor p
Rural	10	86	0.044**
Urbana	10	214	
Procedencia	Mala atención de los funcionarios de la IPS	No mala atención de los funcionarios de la IPS	Valor p
Rural	3	94	0.770

Urbana	13	272	
Procedencia	Inoportunidad en la entrega de medicamentos en la IPS	Oportunidad en la entrega de medicamentos en la IPS	Valor p
Rural	1	96	1.000
Urbano	5	280	
Procedencia	Limitaciones para cumplir una cita	No limitaciones para cumplir una cita	Valor p
Rural	18	79	0.012**
Urbana	26	259	

7.7 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ESTRATIFICANDO POR ESCOLARIDAD

Se observaron diferencias estadísticamente significativas según la escolaridad con las dificultades en la atención en la EPSS ($p=0.041$) y tramitología en la EPSS ($p=0.019$). Se evidencia a menor nivel educativo mayor dificultad. No se encontró asociación estadísticamente significativa con las dificultades en la atención en la IPS y las limitaciones para cumplir una cita (tabla 16).

Tabla 16. Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Estratificando por Escolaridad

Escolaridad	Dificultades en la atención en la EPSS	No dificultades en la atención en la EPSS	Valor p
Ninguno	24	41	0.041**
Primaria incompleta	47	91	
Primaria completa	21	52	
Secundaria incompleta	9	42	
Secundario completa	9	42	
Técnico o profesional	2	2	
Escolaridad	Tramitología en la EPSS	No tramitología en la EPSS	Valor p
Ninguno	23	42	0.019**
Primaria incompleta	46	92	
Primaria completa	21	52	
Secundaria	7	44	

incompleta			
Secundario completa	9	42	
Técnico o profesional	2	2	
Escolaridad	Dificultades en la atención en la IPS	No dificultades en la atención en la IPS	Valor p
Ninguno	5	47	0.357
Primaria incompleta	6	109	
Primaria completa	5	58	
Secundaria incompleta	1	38	
Secundario completa	2	45	
Técnico o profesional	1	3	
Escolaridad	Limitaciones para cumplir una cita	No limitaciones para cumplir una cita	Valor p
Ninguno	8	57	0.349
Primaria incompleta	21	117	

Primaria completa	7	66	
Secundaria incompleta	4	47	
Secundario completa	3	48	
Técnico o profesional	1	3	

7.8 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ESTRATIFICANDO POR EPSS

Se encontró diferencia estadísticamente significativa según la EPSS con tramitología ($p=0.000$), no encontró asociación con dificultades en la atención en la EPSS, dificultad en la afiliación de la EPSS y dificultades en la atención en la IPS (tabla 17).

Tabla 17. Barrera de Acceso a los Servicio de Salud Estratificando por EPSS

EPSS	Dificultades en la atención en la EPSS	No dificultades en la atención en la EPSS	Valor p
EPSS-1	6	126	0.135
EPSS-2	1	15	
EPSS-3	4	94	
EPSS-4	9	65	

EPSS	Dificultad en la afiliación de la EPSS	No dificultad en la afiliación de la EPSS	Valor p
EPSS-1	1	152	0.072
EPSS-2	1	15	
EPSS-3	5	109	
EPSS-4	1	98	
EPSS	Tramitología en la EPSS	No tramitología en la EPSS	Valor p
EPSS-1	74	79	0.000**
EPSS-2	4	12	
EPSS-3	12	102	
EPSS-4	18	81	
EPSS	Dificultades en la atención en la IPS	No dificultades en la atención en la IPS	Valor p
EPSS-1	6	126	0.135
EPSS-2	1	15	
EPSS-3	4	94	
EPSS-4	9	65	

8. DISCUSIÓN

Una revisión de la literatura sobre las investigaciones realizadas en Colombia respecto a la identificación de las barreras de acceso a los servicios de salud, muestra que aunque existen diferentes estudios, los mismos, en su mayoría han sido orientados hacia determinadas zonas geográficas y clasificados de acuerdo con el tipo de atención, perfiles epidemiológicos y grupos poblacionales específicos. No se encontró estudio alguno para la provincia Guantánamo ni para el municipio de San Gil; por lo que no se evidenció la existencia de literatura previa a la presente investigación, a partir de la cual se pueda identificar la problemática de acceso a los servicios de salud en esta localidad.

También se encontró que la mayoría de las investigaciones se basan en el análisis y medición de dimensiones concretas relacionadas con las características de la oferta de servicios, el tiempo invertido en llegar a la consulta, la distancia a recorrer para acceder al servicio de salud o con las características de la población y la cobertura en el aseguramiento³⁴.

Para identificar y establecer la prevalencia de barreras de acceso a los servicios de salud que afectan a los afiliados del régimen subsidiado en el municipio de San Gil-Santander, fue necesario desarrollar un estudio analítico que permitió tipificar las características socio-demográficas de la población estudio y evaluar desde la perspectiva de la calidad en la prestación del servicio, atributos como la accesibilidad, la oportunidad y la atención humanizada.

El enfoque metodológico del presente estudio garantizó la obtención de información valiosa para el cumplimiento de su objetivo principal; los datos presentados en éste

³⁴ MOGOLLÓN AS, VAZQUEZ ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *CadSaude Publica* 2008;24:745-54

trabajo, nos permitieron analizar aspectos de la prestación de los servicios de salud para los usuarios del régimen subsidiado del municipio de San Gil, desde el punto de vista de la articulación entre cobertura y accesibilidad.

Tomando una muestra de 382 afiliados al régimen subsidiado, se determinó la mediana de edad de 50 años, donde el 71.99% de los individuos eran principalmente mujeres; el 74.61% provenían del área urbana; el 98.69% estaban clasificados en nivel I del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), el 55.24% tenía un nivel educativo básico o primaria incompleta y el 8,38% presentaba alguna discapacidad.

Los resultados del estudio mostraron la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud, tanto del lado de la demanda, como del lado de la oferta, encontrando resultados significativos y mayor prevalencia en los siguientes aspectos:

1. Del lado de la demanda

La oportunidad en la atención solicitada por los usuarios que requirieron los servicios de medicina general y odontología fue mayor a tres días, con un 81,47% y 91,7% respectivamente; mientras que la atención en medicina especializada fue superior a quince días en un 74,1%. Resultados coherentes con los referidos en la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, realizada por la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social³⁵, en la cual para el régimen subsidiado, se encontró que solo el 55% de los encuestados, que utilizaron los servicios de medicina general y medicina especializada, lograron obtener su cita dentro de los 3 primeros días, para medicina general y de los primeros 15 días para medicina especializada.

³⁵ República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. Bogotá D.C., Noviembre de 2012. <http://www.minsalud.gov.co>

Estos resultados también coinciden con el trabajo de investigación realizado en el año 2010 por Rodríguez. A¹⁸, sobre barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia, en donde se concluyó que para las personas afiliadas a la seguridad social, la principal barrera la constituyen los excesivos trámites para conseguir una cita. En el régimen subsidiado emerge, además, la solicitud presencial de las citas médicas, que desincentivan a los pacientes a la búsqueda de atención o a continuar con el proceso de derivación al nivel especializado. Aun cuando la persona cuenta con la afiliación, no obtiene el servicio porque la entidad aseguradora o la institución prestadora establecen mecanismos que terminan por impedir su uso. Sobre los aseguradores y prestadores recae la carga de la atención diligente; la oportunidad en la atención se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.³⁶

Si bien la Superintendencia Nacional de Salud mediante la circular 056 de 2009³⁷ estableció el sistema de indicadores de alerta temprana, señalando el tiempo máximo aceptable para la prestación de servicios y el decreto 019 Ley anti trámites del 2012³⁸, estableció los tiempos oportunos de atención para la asignación de citas de consulta médica general y odontológica no superior a los tres días hábiles contados a partir de la solicitud, se observa un incumplimiento respecto a estas disposiciones normativas, aun cuando la oportunidad constituye un componente esencial de la accesibilidad, evidenciándose que la asistencia médica se encuentra sometida a dilaciones que ponen en riesgo la condición de salud de las personas.

³⁶ República de Colombia. Superintendencia Nacional de salud. Monitor Estratégico una herramienta para la inspección vigilancia y control. Número 2 Julio -Diciembre 2012 ISSN 2256-1307. <http://www.supersalud.gov.co>

³⁷ República de Colombia. Superintendencia Nacional de salud. Circular Externa No. 056. 06 de Octubre de 2009. <http://www.supersalud.gov.co>

³⁸ República de Colombia. Senado de la República. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 19 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública. Diario Oficial No. 48.308 de 10 de enero de 2012. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/2012/decreto_0019_2012.html

El 11.52% de los usuarios refirieron limitaciones económicas para cumplir la cita por falta de recursos para el pago del transporte, lo cual es entendido por las características y condiciones económicas de la población sujeto de estudio, que en su mayoría se encuentra en el nivel 1 del SISBEN; la población encuestada que reportó mayores dificultades de tipo económico para el cumplimiento de la cita por esta razón, provenía del sector urbano. Estos resultados concuerdan con lo referido en otros estudios donde se encontró que la falta de dinero es la principal causa para no ir al médico para la mitad de los quintiles más bajos situados en los quintiles más bajos¹.

Se debe mencionar que solo el 1.05% manifestaron que el tiempo de desplazamiento hacia el sitio de atención fue mayor a 60 minutos, lo cual contrasta con los resultados de algunos estudios donde se encontró que en la zona rural aparece con más intensidad las dificultades estructurales como el acceso geográfico y que la probabilidad de acceso a los servicios aumenta de acuerdo con el lugar de residencia de los mismos¹.

En otro estudio realizado en seis ciudades capitales se asocia la dispersión geográfica y las grandes distancias que debe recorrer la población rural para acceder a los servicios de salud con la presencia de barreras reales, en donde una gran proporción de personas no demanda la atención debido a los inconvenientes generados por el desplazamiento; circunstancia que es potenciada por la situación que padecen los habitantes urbanos, para los cuales los grandes desplazamientos de una IPS a otra, para la complementación diagnóstica y terapéutica, se convierten en una barrera²²

La baja significancia estadística obtenida frente al lugar de residencia y la distancia geográfica, puede indicar que en el municipio de San Gil – Santander, estos aspectos no son determinantes sobre el acceso real a los servicios de salud; lo cual

podría tener su explicación en el hecho de que este municipio cuenta con la IPS Empresa Social del Estado ESE Hospital San Juan de Dios, que presta servicios de I y II nivel de complejidad, y que además a solo 25 minutos de distancia se encuentra la IPS del municipio del Socorro ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, el cual presta servicios de I a III nivel de complejidad, siendo esta IPS, la que recepciona la mayor parte de las actividades y procedimientos que no se pueden resolver en el municipio de San Gil.

Igualmente el municipio de San Gil es una ciudad intermedia ubicada sobre el eje vial entre Bucaramanga y Bogotá, constituyendo el núcleo urbano más importante del sur de Santander, en el 2004 fue designada como la Capital Turística del departamento, lo cual ha favorecido su desarrollo comercial, urbanístico, educativo e industrial y su desarrollo vial, al punto de que en la actualidad cuenta con una buena inversión en construcción de vías, disponibilidad y facilidad de medios de transporte. Por su desarrollo a nivel local y regional esta localidad es la tercera ciudad más grande del departamento. Lo anterior sumado a la disponibilidad de oferta geográfica en instituciones de salud, ha llevado a que no se hayan configurado barreras geográficas significativas para el acceso a estos servicios.

No obstante, y dado el estudio desarrollado, estos resultados deben revalidarse, empleando métodos alternativos de estimación u otras fuentes de información. Igualmente, y debido a que no fue contemplado en el presente estudio, tendría que profundizarse en el análisis de otros aspectos, como los efectos del desplazamiento hacia otros municipios del departamento o del país, para la complementación diagnóstica y terapéutica

Contrariamente a lo hallado por Vargas, Vásquez y Mogollón¹⁰, los participantes en esta investigación no adujeron la falta de dinero para el pago de copagos como una restricción para el acceso a los servicios de salud; lo que tiene su explicación en los efectos de protección financiera que traen consigo la cobertura del aseguramiento, significando que los hogares ante un problema de salud cada vez gastan menos

para hacer uso de los servicios de salud³⁹. Fue así como mediante la ley 1122 de 2007⁴⁰ se eximió del copago al nivel 1 del SISBEN, buscando aminorar el impacto económico como barrera de acceso a los servicios de salud.

En Colombia, el gasto de bolsillo pasó de representar el 49% del gasto total en salud, en 1993, a tan solo un 7,7%, en 2010. Esta información es consistente con los resultados (Equilac II) y destaca una relevante reducción observada en el gasto de bolsillo entre los años 2003 y 2008, tanto por servicios ambulatorios, como por servicios hospitalarios, coincidente con el periodo de expansión del régimen subsidiado⁴¹.

2. Del lado de la oferta

2.1 Asociadas con la IPS

Se observaron dificultades en la atención para un 6,28% de los usuarios, de los cuales el 61,54% refirió mala atención de los funcionarios y el 23,07% inoportunidad en la entrega de medicamentos, así como inoportunidad en la prestación del servicio y falta de equipos con el 7,7% cada uno; tiempo de desplazamiento hacia el sitio de atención superior a 60 minutos para el 1,05% de los usuarios y tiempo de espera para recibir la atención mayor a 30 minutos el 2,36%.

Los resultados mostraron una relación entre la procedencia del sector rural y las dificultades en la atención en la IPS, las cuales estuvieron ligadas

³⁹ República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. <http://www.minsalud.gov.co>

⁴⁰ Congreso de la República. Ley 1122 (09 de enero de 2007). Artículo 14 Literal g). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C.

⁴¹ GIOVANELLA, Ligia. FEO, Oscar. FARIA, Mariana. TOBAR, Sebastián (orgs). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

fundamentalmente a la mala atención de los funcionarios por el no suministro de información suficiente y clara y a la no entrega completa de medicamentos, implicando la necesidad de hacer otros desplazamientos hasta la IPS para conseguir la entrega completa de los mismos.

2.2. Asociadas con la EPSS

La principal barrera de acceso identificada fue dificultades en la atención, de las cuales la más frecuente fue la tramitología con un 86.4%, afiliación 6.40%, mala atención de los funcionarios 3.20%, multifiliación 2.4% y portabilidad 1.60%.

Se evidenció una relación significativa entre la edad y las dificultades en la atención en la EPSS, destacándose lo referente a la tramitología, donde a mayor edad, mayor fue la dificultad para poder acceder a la autorización de los servicios requeridos. El nivel de escolaridad también resultó ser un factor relacionado con las dificultades en la atención por parte de la EPSS, donde a mayor escolaridad mayor posibilidad de acceso a los servicios, concordando con lo referido en otros estudios como el de Mejía, Sánchez y Tamayo ²¹ donde se fortaleció la idea de que un nivel de educación más alto mejora las probabilidades de acceso.

Resultados que coinciden con lo señalado por otros estudios, como el de las autoras Vargas, Vásquez y Mogollón¹⁰, donde desde la perspectiva de los actores, en los factores relacionados con las aseguradoras que influyen en el acceso, emerge las autorizaciones de servicios como una barrera para el acceso, o bien porque directamente se niega una prestación o porque retrasa la atención.

Las dificultades en la EPSS estuvieron asociadas igualmente a la tramitología, por la demora en el proceso de autorización de servicios o por la restricción en el acceso a los servicios de salud debido a la negación en las autorizaciones. Resultados que coinciden con lo señalado por otros estudios, como el de las autoras Vargas, Vásquez y Mogollón ²¹, donde desde la perspectiva de los actores,

en los factores relacionados con las aseguradoras que influyen en el acceso, emerge las autorizaciones de servicios como una barrera para el acceso, o bien porque directamente se niega una prestación o porque retrasa la atención.

También este resultado concuerda con el arrojado en la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, realizada por la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social ³⁵, en la cual para el régimen subsidiado, se encontró una baja satisfacción respecto al tema de las autorizaciones, dado que solo el 48% de los encuestados que necesitaron una autorización manifestaron haberla obtenido dentro de los 5 días señalados en el Decreto Ley antitrámites 019 del 2012 ³⁸, mientras que el 18% la lograron entre 6 y 30 días y el 33% tuvieron que esperar más de 30 días, para su obtención.

En lo referente a la mala atención por parte de los funcionarios, se encuentra que estuvo relacionada con deficiencias en la información suministrada a los usuarios sobre procesos administrativos de la entidad, resultado que sin bien concuerda, en el tipo de deficiencia, con un estudio realizado en el año 2005 en nuestro país donde el 36% de los encuestados consideraron a las barreras de tipo administrativo, como el obstáculo más importante para acceder al servicio; en el presente estudio estadísticamente, este ítem no fue tan significativo ni se constituyó en la principal barrera para acceder a los servicios⁴².

Respecto a las dificultades en la afiliación, multiafiliación y portabilidad, no se pudo demostrar que la principal barrera de acceso a los servicios de salud en la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de San Gil-Santander, tuvo su origen en inconsistencias de registro de la afiliación en la base de datos única de afiliados (BDUA), tal como se había planteado en la hipótesis del presente estudio.

⁴² ALVIS-GUZMÁN N, ALVIS-ESTRADA L, OROZCO-AFRICANO J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. Rev Salud Pública (Bogotá) 2008;10(3):386-94

No solo los resultados obtenidos carecen de significancia estadística, sino que además se lograron identificar otras barreras como la inoportunidad en la asignación de la cita y la tramitología asociada al proceso de autorizaciones, que presentan mayor prevalencia y significancia.

9. CONCLUSIONES

El enfoque metodológico garantizó la obtención de información valiosa para el cumplimiento del objetivo principal, permitió caracterizar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado del Municipio de San Gil, analizarlas desde la estratificación por edad, procedencia, escolaridad y EPSS; describir las características sociodemográficas, establecer la prevalencia de las barreras de acuerdo al origen de las mismas y evaluar la accesibilidad, oportunidad y atención humanizada.

Se tomó una muestra de 382 afiliados al régimen subsidiado, se determinó la mediana de edad de 50 años, donde el 71.99% de los individuos eran principalmente mujeres; el 74.61% provenían del área urbana, el 55.24% tenía un nivel educativo básico o primaria incompleta y el 8,38% presentaba alguna discapacidad.

Los resultados mostraron la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud, tanto del lado de la demanda, como del lado de la oferta, con hallazgos significativos y mayor prevalencia en los siguientes aspectos:

Del lado de la demanda:

La oportunidad en la atención solicitada por los usuarios que requirieron los servicios de medicina general y odontología fue mayor a tres días, con un 81,47% y 91,7% respectivamente; mientras que la atención en medicina especializada fue superior a quince días en un 74,1%.

Del lado de la IPS

Se encontraron dificultades en la atención a los usuarios, refiriéndose mala atención de los funcionarios, inoportunidad en la entrega de medicamentos, inoportunidad en la prestación del servicio y falta de equipos.

Del lado de la EPS

La principal barrera de acceso del lado de las EPS estuvo asociada a la tramitología, por la demora en el proceso de autorización de servicios o por la restricción en el acceso a los servicios de salud debido a la negación en las autorizaciones. Se encontró una baja satisfacción respecto al tema de las autorizaciones, dado que solo el 48% de los encuestados que necesitaron una autorización manifestaron haberla obtenido dentro de los 5 días señalados en el Decreto Ley anti trámites 019 del 2012, mientras que el 18% la lograron entre 6 y 30 días y el 33% tuvieron que esperar más de 30 días, para su obtención.

Una relación entre la edad y las dificultades en la atención en la EPSS, se destacó en lo referente a la tramitología, donde a mayor edad, mayor fue la dificultad para poder acceder a la autorización de los servicios requeridos. El nivel de escolaridad también resultó ser un factor relacionado con las dificultades en la atención por parte de la EPSS, donde a mayor escolaridad mayor posibilidad de acceso a los servicios.

La mala atención por parte de los funcionarios, estuvo relacionada con deficiencias en la información suministrada a los usuarios sobre procesos administrativos de la entidad, sin embargo en el presente estudio estadísticamente, este ítem no fue tan significativo ni se constituyó en la principal barrera para acceder a los servicios.

Respecto a las dificultades en la afiliación, multifiliación y portabilidad, no se pudo demostrar que la principal barrera de acceso a los servicios de salud en la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de San Gil-Santander, tuvo

su origen en inconsistencias de registro de la afiliación en la base de datos única de afiliados (BDUA), tal como se había planteado en la hipótesis del presente estudio. Sin embargo se logró identificar otras barreras como la inoportunidad en la asignación de la cita y la tramitología asociada al proceso de autorizaciones, que presentan mayor prevalencia y significancia

Si bien este es el primer estudio que se hace en el municipio de San Gil, es necesario que en un futuro se pueda corroborar y ampliar la información empleando un método de investigación aleatorio y quizá con una muestra más significativa; dadas las limitaciones económicas, tiempo y desplazamiento de los autores. De otra parte desarrollar estudios que evalúen el acceso a lo largo del continuo de servicios de salud. Estos análisis se podrían abordar de forma complementaria desde un Enfoque metodológico cualitativo, dado que el análisis cuantitativo ha recibido numerosas críticas en la literatura por no conseguir describir adecuadamente estos elementos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA N, Durán L, Eslava J, Campuzano J. Determinants of vaccination after the Colombian health system reform. *RevSaude Publica* 2005; 39(3):421-9.

ADAY, A.; ANDERSEN, R. y FLEMING, G. (1980). *Health Care in the U.S.: Equitable for Whom?* Beverly Hills, CA: Sage.

----- A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974; 9(3):208-20

----- A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9(3):208-20.

ADAY, LU ANN Y ANDERSEN, RONALD (1974). "A Theoretical framework for the study of access to medical care". *Health Services Research*, Vol. 9, No. 3.

AGUADO LF, GIRÓN LE, OSORIO AM, TOVAR LM, AHUMADA JR. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico colombiano. *Revlatinoamciencsocioññezjuv* 2007;5(1):1-36.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN GIL. PLAN DE DESARROLLO DE SAN GIL 2012 – 2015 "Por el San Gil que Merecemos"

ALVIS-GUZMÁN N, ALVIS-ESTRADA L, OROZCO-AFRICANO J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2008;10(3):386-94

ANDERSEN, R. (1995). "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?". *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 36 (March), p. 1-10.

----- Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health SocBehav* 1995 Mar; 36(1):1-10.

ARIZA-MONTOYA JF, Hernandez-Alvarez ME. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2008 Dec;10 Suppl:58-71.

AZUERO, Francisco (2006). La tutela y la provisión de la salud en Colombia. Una explicación institucional. Galerías de Administración. # 9. Bogotá, Universidad de los Andes.

COMES, YAMILA; SOLITARIO, ROMINA; GARBUS, PAMELA; MAURO, MIRTA; CZERNIECKI, SILVINA; VÁZQUEZ, ANDREA; SOTELO, ROMELIA; STOLKINER, ALICIA. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XIV / Año 2006

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C.

Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 (09 de enero de 2007). Artículo 14 Literal g). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C.

Congreso de la República de Colombia. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 029 de 2011. Diciembre 28. Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Diario oficial. Bogotá, D.C

ECHEVERRI E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Rev Gerencia y Políticas de Salud 2002;(3):1-19

FRENK J. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México 1985; 27(5): 438-53.

GIOVANELLA, Ligia. FEO, Oscar. FARIA, Mariana. TOBAR, Sebastián (orgs). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GOLD M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. Health Serv Res 1998;33(3):625-52.

Gold M. Stevens B. Synopsis and priorities for future efforts. Health Service Research. 2008; 33(3): 611-21

GULZAR I. Access to health care. Journal of nursing scholarship. 1993; 31(1, First Quarter): 13-9

HERNÁNDEZ M. Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. CadSaudePublica 2002; 18(4):991-1001.

-----El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Rev Salud Pública 2000; (2): 121-144

<http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html>

MEJÍA A, SÁNCHEZ AF, TAMAYO JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública 2007; 9(1):26-38

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA. Consultoría para “Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud.”Informe Final. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá, D.C. 2005

MOGOLLÓN AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. CadSaude Publica 2008; 24:745-54.

Open Epi.[Sitio en internet]. Disponible en http://www.openepi.com/v37/Menu/OE_Menu.htm

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 1. Salud mundial - tendencias. 2. Atención primaria de salud - tendencias. 3. Prestación de atención de salud. 4. Política de salud. ISBN 978 92 4 356373 2 (Clasificación NLM: W 84.6) ISSN 1020-6760.

PAREDES Natalia Transformaciones recientes en el sector salud en Colombia y en el Distrito. Controversia, N° 170, Cinep, Bogotá, Mayo, 1997. p.125 -150

-----El deterioro de los derechos económicos y sociales a finales de los noventa en Colombia. Controversia, N° 176, Cinep, Bogotá, Abril, 2000. P.105-129

PENCHANSKY R, Thomas W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; XIX (2):127-40

PEREIRA ARANA, Marta Isabel. Entre médicos, aseguradoras, y estado: La complejidad institucional de la salud en Colombia. Ficha n° 13 - 20/12/2007; Lógicas técnicas y alta intermediación en el sistema de salud. Ficha n° 14 -20/12/2007; ----- El médico es médico, no financiero. Ficha n° 15 - 20/12/2007.

Presidencia de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991.

Presidencia de la República de Colombia. Constitución política de Colombia. 1991.

Artículo 48

Presidencia de la República de Colombia. Constitución política de Colombia. 1991. Artículo 49.

QUINTANA, Stella. El acceso a la salud en Colombia. Médicos sin fronteras. España, 2002.

República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. <http://www.minsalud.gov.co>

República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. Bogotá D.C., Noviembre de 2012. <http://www.minsalud.gov.co>

República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005

República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección social.[sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/RégimenSubsidiado.aspx>

República de Colombia. Ministerio de Salud y de la protección social. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 11, Capítulo I, Título II, Colombia, 1993

República de Colombia. Senado de la República. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 19 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública. Diario Oficial No. 48.308 de 10 de enero de 2012.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/2012/decreto_0019_2012.html

República de Colombia. Superintendencia Nacional de salud. Circular Externa No. 056. 06 de Octubre de 2009. <http://www.supersalud.gov.co>

República de Colombia. Superintendencia Nacional de salud. Monitor Estratégico una herramienta para la inspección vigilancia y control. Número 2 Julio -Diciembre 2012 ISSN 2256-1307. <http://www.supersalud.gov.co>

RESTREPO Zea, ECHEVERRI LÓPEZ, VÁSQUEZ VELÁSQUEZ, RODRÍGUEZ ACOSTA. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto Colombiano y experiencia en Antioquía. Editorial: Centro de Investigaciones Económicas - Universidad de Antioquia; 2006.

RICKETTS TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks.

RODRIGUEZ A. Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada Universitat Autònoma de Barcelona. Junio de 2010

Salud Colombia www.saludcolombia.com, El Sistema General de Seguridad Social en Salud va camino al desastre, Febrero de 2008

SAYAGO G. Juan T.Desplazamiento forzoso en Colombia: expulsión y movilidad, dos dinámicas que interactúan. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Maestría en Ciencias Económicas. Bogotá, Colombia 2011
TORRES P, MAGDA. Publicación de la unidad de medios de comunicación- Unimedios – de la Universidad Nacional de Colombia.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma Revisao Sobre os Conceitos de Acesso e Utilizacao de Servicos de Saúde. Cad Saude Publica. 2004; 20(2): 1-10

VARGAS J, MOLINA G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. RevFacNac Salud Pública 2009; 27(2): 121-130.

VARGAS L, Ingrid. VASQUEZ María Luisa. JANÉ Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Equity and health systems reform in Latin America. Cad. Saúde Pública vol.18 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2002

VARGAS L. Ingrid. VASQUEZ N. María Luisa. MOGOLLÓN P. Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. Salud pública. 12 (5): 701-712, 2010

VARGAS L. Ingrid. VASQUEZ N. María Luisa. MOGOLLÓN P. Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. En: Revista de salud pública Print version ISSN 0124-0064. Bogotá. Vol. 15, No. 5 (Sep. – Oct. 2010).

VARGAS L. Ingrid, VASQUEZ N, María Luisa. MARTIN M, Miguel. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Medicina. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva. Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica. Bellaterra, 2009

VEGA R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. Rev. Gerencia y Políticas de Salud.2002; (2): 49.

VELANDIA F, ARDÓN N, CÁRDENAS JM, JARA MI, PÉREZ N. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Colombia Médica 2001; 32:4-9.

WIESNER-CEBALLOS C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. Rev Salud Pública 2006; 8:185-96

Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Universidad Industrial de Santander. Decisiones en la atención en salud en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en seis ciudades de Colombia 2007-2008. Bogotá: Procuraduría General de la Nación; 2009

11. ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO DE ENCUESTA

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE SAN GIL

EVALUACIÓN

OBJETIVO

Como estudiantes de la Especialización en Gerencia de la Seguridad Social de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB y CES de Medellín, realizaremos un estudio, con el propósito de recopilar información necesaria para Caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado del Municipio de San Gil Santander; para lo cual solicitamos su colaboración para responder la presente encuesta.

Es de aclarar que su participación es totalmente voluntaria y que el equipo de investigadores garantizará la confidencialidad de la información aportada, sin que ésta represente riesgo alguno para Usted.

POR FAVOR RESPONDER LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN

FECHA _____

NOMBRE DEL USUARIO _____

DOCUMENTO No. _____ RC ___ TI ___ CC ___

DIRECCION _____ U _____ R _____

TELÉFONO _____

A. Edad -años cumplidos: _____

B. Sexo: M ___ F ___

C. Nivel Sisbén : 1 ___ 2 ___

D. Población vulnerable: SI ___ NO ___

E. Escolaridad: último año cursado o años de estudio

Ninguno	Primaria Incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completas	Técnico o profesional	Otro

F. Discapacidad : SI___ NO___

G. Tipo de Discapacidad:

a. Física___ b. Cognitiva: _____ c. Sensorial: _____

H. EPS S a la cual está afiliado _____

EN EL ULTIMO AÑO:

I. ¿Ha estado en Tratamiento médico? Sí ___ No ___

J. ¿Ha solicitado servicio de urgencias? Sí ___ No ___

K. Para recibir la atención ha tenido dificultades en la EPSS por alguna de las siguientes razones?

Portabilidad ___ Registros de Afiliación ___ Multifiliación___

Mala atención de los funcionarios___ Tramitología: Cuál _____

Negación de Servicios _____ Incumplimiento en los horarios de atención_____

Ninguna _____

L. Ha tenido dificultades en la atención en las IPS por estos motivos?

Falta de Equipos _____Mala atención de los funcionarios_____

Tramitología: Cuál _____Negación de Servicios _____

Incumplimiento en los horarios de atención_____

Inoportunidad en la entrega de medicamentos _____

Inoportunidad en la prestación del servicio _____

Ninguna _____

M. Indique el último servicio solicitado en el año:

Medicina General___ Medicina Especializada___ Odontología ___ Laboratorio Clínico___

Rayos X___ Terapias___ Otros ___

N. Cuantos días ha tenido que esperar para que le asignen una cita?

en el mismo día	1-3 días	4-5 días	+5 días

O. En cuanto tiempo lo atendieron?

Menos de 5 minutos	5-30 minutos	30 - 60 minutos	1-2 horas	2-4 horas	+4 horas

P. Cuánto tiempo se demoró para desplazarse hacia el sitio de la atención?

-30 min.	30 min - 1 hora	1 a 3 horas.	+ 3 horas

Q. Tiene alguna de las siguientes limitaciones para cumplir una cita?

Falta de medios de transporte _____

Falta de dinero para el pago del transporte _____

Falta de Dinero para pagar el copago _____

Ninguno_____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL ENCUESTADOR

NOMBRE _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN _____