

Fecha de presentación del Informe: Día Mes Año

Datos generales del Proyecto

Código del proyecto: CI 502			
Título del proyecto: DIFERENCIAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN POBLACIÓN ASEGURADA DE ESTRATO II DEL MUNICIPIO DE CALI			
Facultad o Instituto Académico: SALUD			
Departamento o Escuela: Escuela de salud Pública			
Grupo (s) de investigación: Grupo CEDETES			
Investigadores *	Nombre	Tiempo asignado	Tiempo dedicado
Investigador Principal	LIGIA DE SALAZAR	2,5 horas/semana por 12 meses	6,2%
Coinvestigadores	CONSTANZA DIAZ GRAJALES Estudiante de Maestría en Salud Pública	15 horas/semana por 12 meses	100%
	JORGE MEJIA LOPEZ	2 horas/semana por 12 meses	2,5%
Asesor	YOLANDA ZAPATA BERMUDEZ	2 horas / semana / 12 meses	2,5%
Auxiliar de Investigación	JUAN CARLOS ARISTIZABAL GRISALES Estudiante de Maestría en	2 horas semana por 12 meses	100%

* Todas las personas relacionadas en el informe y que participen en el proyecto deben haber suscrito el acta de propiedad intelectual de acuerdo con los formatos establecidos.

Epidemiología Vinculado

Resumen ejecutivo:

Objetivo. Identificar las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre población afiliada al régimen contributivo y subsidiado de un barrio estrato moda II de la Comuna 16 de Cali, 2009

Materiales y Métodos. Estudio observacional de corte transversal; diseño muestral probabilístico, de muestras complejas, estratificado, de cuatro etapas de selección para llegar al individuo. Se encuestaron 2.165 personas, muestra suficiente para todos los requerimientos de estimación estadística. Para el procesamiento de la información (prevalencias y análisis bivariado), fue necesario además del cálculo del factor de expansión y el correspondiente ajuste por postestratificación, la multiplicación del ponderador resultante por el factor n/N . Se analizó el contenido de la política de prestación de servicios; se caracterizó socio demográficamente la población y se describieron las variables del modelo de acceso de Aday y Andersen (1995) complementado con la propuesta de medición de accesibilidad de Frenk (1992).

Resultados. La política de prestación de servicios de salud marca diferencias para los grupos estudiados en contenido, financiación y organización, las cuales vulneran la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia y la calidad; se encontraron diferencias significativas con respecto a la necesidad de consultar servicios preventivos, siendo la prevalencia más alta en el régimen contributivo; no así frente a la demanda y a la atención. Hay diferencia significativa favorable al régimen contributivo para "sentir la necesidad de consultar por un problema de salud". Menos de una quinta parte de la población siente la necesidad, expresa y demanda servicios preventivos y alrededor de una décima parte siente la necesidad de consultar, demanda y usa servicios curativos. Más del 95% de la población de ambos regímenes que demanda un servicio preventivo o curativo es atendida.

Conclusiones. La entrada al sistema opera para quien expresa la necesidad; el acceso potencial y real a los servicios de salud de la población estudiada es diferente según el tipo de aseguramiento, las diferencias afectan especialmente al régimen subsidiado y se constituyen en desigualdades en unos casos e inequidades en otros, dependiendo de las condiciones de vida, las necesidades de la población y la respuesta institucional. Si bien los hallazgos del estudio no son inferibles a todo el país, revelan fallas estructurales del Sistema que coinciden con los hallazgos de investigaciones realizadas en Colombia y pudieran extrapolarse a otras regiones.

1. Síntesis del proyecto:

Las reformas en el sector de la salud pública implican la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel es cumplir las Funciones Esenciales en Salud Pública; al respecto, una de las competencias de la autoridad sanitaria es el desarrollo de la capacidad institucional en materia de supervisión de la compra y de armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad.

De acuerdo con sus finalidades principales, una de las prácticas sociales relacionadas con la salud pública es la "la atención a las necesidades y demandas de salud", es decir, la forma en que la sociedad y sus miembros reconocen los problemas de salud y las necesidades de atención y la forma en que esta organiza la oferta de servicios para responder a las demandas y problemas y como la sociedad usa los sistemas de salud y de atención en salud.¹

En este marco, la equidad es definida como condición necesaria y estratégica para alcanzar acceso universal a la atención, según las necesidades y posibilidades existentes y por consiguiente en una estrecha relación entre la salud pública y las prácticas sociales que favorecen o no la salud. Los criterios de equidad para la reforma de la atención

sanitaria en los países en desarrollo² relacionados con la reducción de los obstáculos financieros al acceso a los servicios necesarios y con el alcance de las prestaciones y la diferenciación, especifican la necesidad de que toda la población reciba un conjunto básico de servicios (prestaciones uniformes), recomendación que sigue la reforma colombiana en el nivel primario de atención.

La Secretaría Municipal de Salud de Santiago de Cali avanza en el diseño de un modelo de salud dirigido a reducir las inequidades en salud; sin embargo, Cali no cuenta con información local que muestre la situación en materia de acceso a los servicios de salud para la población más pobre y vulnerable desagregada por tipo de régimen de afiliación.

Por todo lo anterior, se hace necesario establecer las necesidades sentidas de la población en materia de acceso a servicios de salud y verificar si en condiciones reales ésta está demandando y recibiendo servicios de salud en respuesta a sus necesidades, más aún cuando, según planeación municipal, para el 2005, el 32% de la población del municipio estaba clasificada en el estrato social II, lo cual significa una importante proporción de población vulnerable; la pobreza en Cali se ha incrementado en los últimos años. En 1998 el porcentaje de personas en situación de pobreza fue de 39% y en el 2004, de 67.5%³.

El propósito del estudio fue determinar, desde la perspectiva de los usuarios, las diferencias en el acceso a los servicios de salud por tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS, en hogares estrato II de la Comuna 16 de Santiago de Cali.

Este trabajo ha sido desarrollado en el marco de la convocatoria interna de la Universidad del Valle a través del Centro para el desarrollo y evaluación en políticas y tecnologías en salud pública CEDETES y del Centro CEMIYA.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado en el barrio República de Israel, estrato II, de la Comuna 16 de Santiago de Cali.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar y analizar el contenido de la política pública con relación al acceso a los servicios de salud en Colombia.
2. Caracterizar socioeconómica y demográficamente la población sujeta de estudio por tipo de afiliación al SGSSS.
3. Identificar en los individuos asegurados y por régimen de afiliación, las necesidades de atención sentidas, expresadas (demanda) y resueltas por los servicios de salud.
4. Identificar los factores que influyen el acceso a los servicios de salud, en los individuos asegurados, por régimen de afiliación.
5. Relacionar la necesidad comparativa, la demanda comparativa y los servicios recibidos por régimen de afiliación.

METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a un estudio observacional descriptivo de corte transversal, debido a que se describieron y compararon variables relacionadas con el acceso a los servicios de salud en una población específica y en un momento y tiempo único claramente delimitado.

El universo corresponde a las habitantes del barrio República de Israel, de la Comuna 16 de Santiago de Cali, residentes en el estrato II[†] afiliados a la seguridad social tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

La selección del barrio se hizo a partir de la comparación de la distribución porcentual de los cinco barrios con estrato moda II, para las variables: estrato, sexo y edad.

La población objetivo fueron los hombres y mujeres, residentes en el barrio República de Israel que cumplieran con los criterios de selección establecidos para el desarrollo de la encuesta.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se asumió una precisión aceptable representada en un error estándar relativo (Esrel) menor o igual al 3.0%, una proporción de afiliación al régimen contributivo del 50% de acuerdo con información suministrada por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, un nivel de confiabilidad del 95% y un efecto de diseño (Deff) de 2.

Este tamaño de muestra se incrementó en un 20% para compensar la tasa de no respuesta, obteniendo un tamaño final de 2.357 personas. Se encuestaron 2.165 personas, muestra suficiente para todos los requerimientos de estimación estadística en este estudio.

Teniendo en cuenta que la población objetivo corresponde a todos los integrantes de las familias de la zona (N=16.944 personas), y aplicando un promedio de 4.35 personas por familia[‡], el valor de n=1965 individuos calculado previamente, se convierte en un total de 451 familias a incluir en la muestra, cantidad superada por el número final de 499 familias encuestadas. Este tamaño final es suficiente para mantener el error alrededor del 3% en todas las estimaciones derivadas de esta muestra.

El diseño fue probabilístico, estratificado, con 4 etapas de selección para llegar al individuo a entrevistar. Se calcularon los pesos de muestreo y factores de expansión que dan cuenta del diseño muestral. Se utilizó un factor de ajuste por postestratificación⁴, que restituye a los totales poblacionales por edad y sexo⁵ de la población referencia DANE para la zona.

Teniendo en cuenta que el diseño muestral corresponde a un diseño complejo, para el procesamiento de la información (cálculo de prevalencias y análisis bivariado), fue necesario además del cálculo del factor de expansión y el correspondiente ajuste por postestratificación con una característica importante, conservando la proporcionalidad de la población de acuerdo con información del DANE en las categorías de las dos variables consideradas para este estudio, las cuales fueron: sexo y edad.

El Gráfico 1. resume las variables de estudio, algunas de las cuales se recogieron para todos los integrantes del hogar, y otras solo para un individuo del hogar seleccionado al azar.

La recolección de información tuvo tres unidades temáticas:

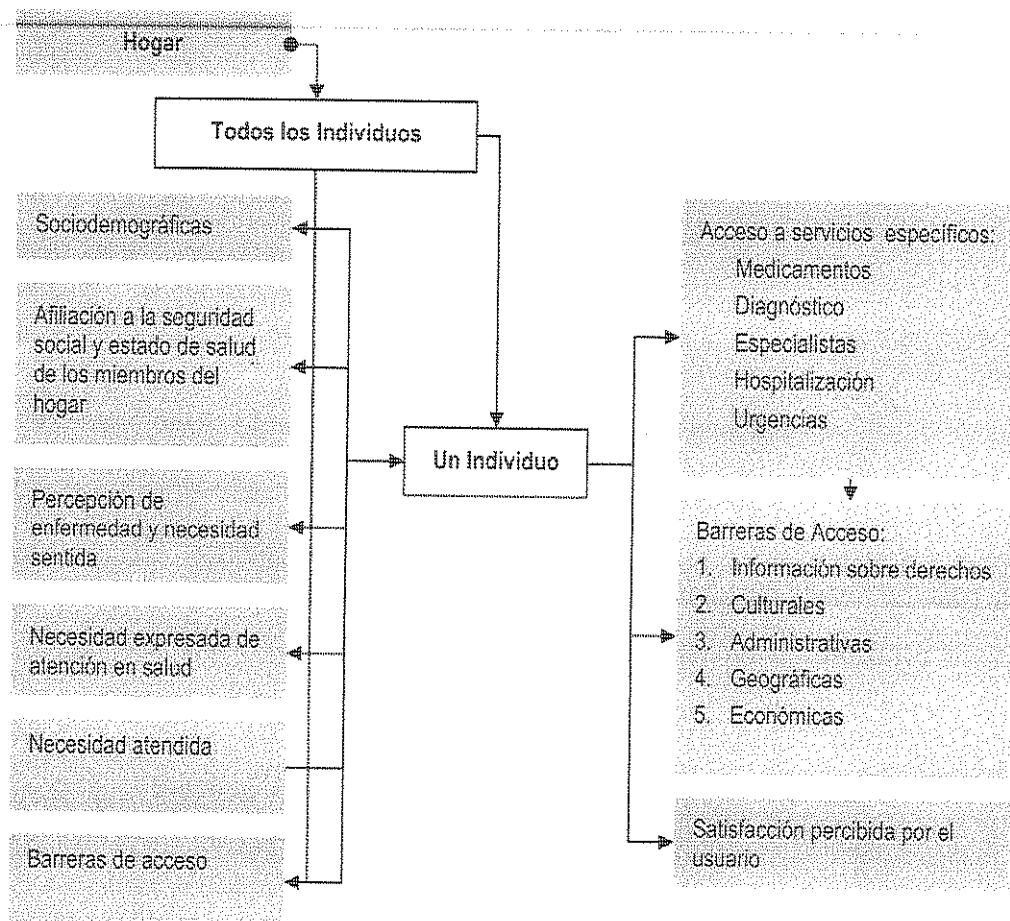
1. La política y la normatividad de prestación de servicios de salud en el marco de los planes de beneficio, tanto del plan obligatorio de salud para el régimen contributivo como para el subsidiado. En este caso la técnica de recolección fue la revisión documental.
2. Características de la afiliación a la seguridad social, estado de salud, necesidades percibida y sentida, necesidad expresada de servicios de salud, variables generales de acceso y satisfacción con el servicio recibido, en todos los individuos de los hogares estrato II seleccionados al azar del barrio República de Israel de la comuna 16, cuyos integrantes estén afiliados al régimen contributivo y subsidiado; se exploró a través de encuesta poblacional estructurada.

[†] Este dato se puede corroborar mediante verificación de la clasificación predial, según la última factura de servicios públicos domiciliarios de energía / agua / alcantarillado / alumbrado / recolección de residuos sólidos y de teléfono fijo.

[‡] Valor obtenido de la aplicación de la prueba piloto.

3. Acceso a servicios de salud específicos, barreras de acceso a los servicios de salud consultados y satisfacción con los servicios recibidos se estudiaron en un individuo que haya consultado un servicio formal de salud en el último mes. En los casos en que se encontraron dos o más individuos en el hogar con dicha condición, uno de ellos se seleccionó al azar; se exploró a través de encuesta poblacional estructurada.

Gráfico 1. Resumen de variables del estudio



Fuente: Elaboración del autor

Para el procesamiento de la información (prevalencias y análisis bivariado), fue necesario además del cálculo del factor de expansión y el correspondiente ajuste por postestratificación, la multiplicación del ponderador resultante por el factor n/N . Se analizó el contenido de la política de prestación de servicios; se caracterizó socio demográficamente la población y se describieron las variables del modelo de acceso de Aday y Andersen (1995) complementado con la propuesta de medición de accesibilidad de Frenk (1992).

RESULTADOS

Se presentan en cuatro partes de acuerdo a los objetivos del estudio. Se recomienda al lector interesado en este trabajo consultar las tablas, mapas y gráficas en el documento extenso.

ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA CON RELACIÓN AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.

En primer lugar el análisis de la política pública con relación al acceso de los servicios de salud en Colombia; en segundo lugar la caracterización de la población encuestada; luego se exponen los resultados relacionados con las necesidades de atención sentidas, expresadas (demanda) y resueltas por los servicios de salud y se continúa con los factores que influenciaron el acceso a los servicios de salud. Los aspectos que tienen que ver con la relación entre la necesidad comparativa, la demanda comparativa y los servicios recibidos por régimen de afiliación se describen en los dos últimos capítulos.

En resumen, desde la política hay claras diferencias entre los regímenes contributivo y subsidiado que afectan el principio de la equidad horizontal de "igual acceso a igual necesidad" y también el de la equidad vertical, según la cual todas las personas con igual necesidad de atención tienen posibilidad de acceder a los mismos cuidados.

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO POR TIPO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Aspectos demográficos y sociales.

Al indagar sobre las personas por hogar se encontraron 5 personas en promedio, [DE=1,91]; con un mínimo de una y máximo de 13, mientras el censo 2005 reportó un promedio más bajo, 3,6 personas por hogar.

La antigüedad en el barrio fue para 90,1% de los hogares de más de un año, para 6,3% entre 3 a 12 meses y para 3,6% entre dos meses o menos. Esto muestra la estabilidad de las personas que residen en el barrio, lo cual refuerza que las vivencias encontradas pertenecen a este territorio.

Del total de las personas encuestadas, 20,5% fueron jefes del hogar; se estableció el parentesco con relación a la jefatura encontrando: 39,5% hijo/hija/hijastro(a); 15,1% cónyuge o compañera(o); 12,2% nieto o nieta; otros parientes correspondieron al 5,6%; en menos del 2,0% se reportaron nuera o yerno, madre/padre/suegro(a), los no parientes y la empleada doméstica. Los resultados son similares a los encontrados en el Censo de 2005, las diferencias más notables se dieron en las proporciones de jefes de hogar, nietos(as) y otros parientes.

En relación con el estado civil, en la población mayor o igual a 15 años se encontró: solteros, 40,9%, casado, 25,6%, unión libre, 24,4%, separados, 4,7% y viudos, 4,3%, solo 0,1% desconocía el estado civil de los integrantes del hogar.

La edad osciló entre un mes hasta 101 años, con un promedio de 30 años [DE=20,05] y una distribución asimétrica positiva. Se encontró que 53,2% eran menores o iguales a 29 años, mientras 10,1% eran mayores o iguales a 60. Con relación a la distribución por sexo, 51,6% eran mujeres y 48,4% hombres.

La distribución por grupos de edad y sexo fue similar; al comparar los resultados de la estructura de la población en el presente estudio con la pirámide poblacional de la Comuna 16 resultado del censo 2005, se encuentra similitud en los rasgos generales; el proceso de transición demográfica es evidente.

Escolaridad. A nivel de escolaridad, 32,5% de la población encuestada terminó la primaria, 29,9% la secundaria; 6,8% terminaron estudios técnicos y/o universitarios, mientras 17,5% logro nivel preescolar y 13,3% no completó.

ningún nivel de escolaridad, se encontraron diferencias con los datos del censo 2005, éstos muestran una mayor escolaridad.

78,6% de población encuestada está en edad de trabajar (mayor de 12 años); 46% se clasificó como población económicamente inactiva, PEI§ y 54% como población económicamente activa, PEA**, cifra muy cercana al 50,3% encontrado en el Censo 2005. Entre la PEA 86,8% estaba ocupado al momento de la encuesta y 13,2% desocupado (desempleado). Este último dato coincide plenamente con el indicador reportado por el DANE para Cali en el trimestre móvil septiembre noviembre de 2009.

Entre la población ocupada se encontraron las siguientes posiciones ocupacionales: trabajador familiar sin remuneración 3,6%; obrero, empleado particular, 46,5%; obrero, empleado del gobierno, 4,1%; empleado doméstico, 1,5%; trabajador por cuenta propia, 43,0%; patrón o empleador, 1,2%. Al comparar estos resultados con las cifras de la Encuesta Nacional de Hogares, DANE, 2008 para el área metropolitana de Cali, se encuentra similitud, las mayores diferencias -siendo éstas relativamente pequeñas- se dan para las posiciones trabajador por cuenta propia y patrón o empleador.

Aspectos generales de afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

La situación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se comportó así: 47,2% de la población pertenecía al régimen contributivo; 37,0% al subsidiado y 1,6% en el régimen de excepción o especial. 11,6% de las personas reportaron no estar afiliadas y 2,6% desconocían el tipo de afiliación.

Al comparar datos 2006, de aseguramiento en la Comuna 16, con los de este estudio se encontró similitud en la afiliación al contributivo incluyendo los del régimen de excepción, 50,5% y 48,8% respectivamente; sin embargo en el régimen subsidiado hubo diferencias, el porcentaje de afiliación fue 10 puntos porcentuales más bajo con respecto al Censo; el reporte de las personas sin afiliación fue 8,9 puntos porcentuales más alto y un 2,6% de los casos el informante desconocía si los integrantes del hogar estaban afiliados o no. Según el Conpes 112 de 2008, al 2008 Cali tenía 97% de su población asegurada, 64% en el contributivo y 33% en el subsidiado.

Las diferencias en la proporción de personas afiliadas al régimen subsidiado pueden explicarse por el proceso de desafiliación que el municipio tuvo en el 2008, dirigido a focalizar la cobertura sobre nivel 1 y 2 del SISBEN, según la Secretaría de Salud Pública Municipal se desafiliaron 30.000 personas. Al momento de la aplicación de la encuesta la selección de nuevos beneficiarios estaba hecha pero muchas personas aún no habían recibido el carnet.

Entre los afiliados al régimen subsidiado, se reportó 35,3% de subsidio parcial y 26,3% de subsidio total; 38,5%, una cifra muy importante, reportó desconocer el tipo de subsidio al que tiene derecho. La comparación con los datos de la Comuna 16 para 2006, muestra diferencias importantes en los porcentajes del tipo de subsidio otorgado a los beneficiarios, probablemente debidas al desconocimiento de los encuestados del tipo de subsidio que tienen los demás integrantes del hogar. Durante la aplicación de la encuesta se presentaron dificultades por el desconocimiento que los afiliados y sus cuidadores y parientes tienen del tipo de subsidio.

Se encontró que 76,4% estaban afiliados hacia 36 meses o más, solo 10,9% reportó afiliación al sistema en los últimos 11 meses. Con relación a la tenencia de planes adicionales de salud, 92,9% de los afiliados no cuentan con

§ PEI: Comprende a todas las personas en edad de trabajar que no participan en la producción de bienes y servicios porque no necesitan, no pueden o no están interesadas en tener actividad remunerada. A este grupo pertenecen las siguientes actividades: estudiantes, amas de casa, pensionados, jubilados, rentistas, inválidos, personas que no les llama la atención o creen que no vale la pena trabajar, trabajadores familiares sin remuneración que se encuentran laborando menos de 15 horas semanales.

** PEA: También se le conoce como fuerza de trabajo y está conformada por las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia (semana inmediatamente anterior a aquella en la cual se realiza la encuesta) ejercieron o buscaron ejercer una ocupación remunerada en la producción de bienes y servicios y los ayudantes familiares que trabajaron sin remuneración en una empresa familiar por lo menos 15 horas semanales. Esta población se divide en ocupados y desocupados.

estos, solo 4,4% respondió positivamente, 2,7% desconocía si un miembro de su familia contaba con esta opción. Con relación a la pertenencia a las Empresa Promotora de Salud (EPS), entre los afiliados al régimen contributivo 27,5% reportó SOS, 16,9% Comfenalco Valle y 14,6% Coomeva. Para el régimen de excepción, 52,7% de las personas pertenecían a la EPS del Magisterio, mientras en las Fuerzas Militares se encontró un 24% y en Policía Nacional 23,3%.

Frente a la distribución de las EPS en las cuales están inscritos los afiliados del Régimen Subsidiado, Calisalud y Emssanar aportaron los mayores porcentajes 57,8% y 23,0% respectivamente. Independientemente de la EPS, los afiliados al régimen subsidiado usan con mayor frecuencia el Hospital Carlos Carmona.

La distribución por grupos de edad es similar entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado, sin embargo, en el régimen contributivo el grupo de menores de 1 año tiene mayor distribución porcentual al igual que el grupo de 20 a 44, mientras en el régimen subsidiado se encuentra un porcentaje más alto en la población adolescente y joven. La distribución por sexo fue similar entre los regímenes de afiliación

Frente al último año escolar aprobado, la primaria y la secundaria fueron los grados más reportados por los afiliados, aunque en el régimen contributivo los niveles, técnico/tecnológico y universitario fueron un poco mayores.

En cuanto a la ocupación, se encuentran similitudes entre los dos regímenes en las proporciones de población en edad de trabajar, siendo la PEA más alta en el contributivo que en el subsidiado, en consecuencia, la PEI se comporta a la inversa. Del total de la PEA que se reportó subsidiada (46,9%), 17,8% se declararon desocupados en contraste con el contributivo con solo 7,7%; 82,2% declaró estar ocupado en el momento de la encuesta

Si se analizan las posiciones ocupacionales entre ambos regímenes, llama la atención en el régimen subsidiado la proporción de obrero o empleado particular del 49% y la de trabajador por cuenta propia del 38%. Nótese los pequeños porcentajes de obrero o empleado del gobierno, patrón o empleador y empleado doméstico, los cuales suman 9%. En el contributivo se observa un porcentaje inferior al 1% de empleados domésticos y muchos menos trabajadores por cuenta propia asegurados que en el régimen subsidiado. Llama la atención el reporte en 2,7% de obreros o empleados del gobierno en el régimen subsidiado

Al analizar para cada régimen de afiliación la ocupación por sexo se encontró gran similitud entre los hombres y las mujeres en edad de trabajar. Entre la PEA se reportó un porcentaje más alto de hombres en el régimen contributivo con respecto al subsidiado; entre la PEI las mujeres casi duplican a los hombres, estando el mayor porcentaje de éstas en el régimen subsidiado. Tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado se encontró un porcentaje más alto de mujeres desocupadas comparadas con los hombres, siendo las proporciones más altas para ambos sexos en el régimen subsidiado.

Cuando se comparan las posiciones ocupacionales por sexo y régimen de afiliación se observa como entre los afiliados al contributivo prima el desempleo en las mujeres, lo mismo sucede en el subsidiado. El empleo doméstico está circunscrito a las mujeres en ambos regímenes, aunque la proporción es mayor en el subsidiado que en el contributivo. Una proporción mayor de hombres que pertenecen al subsidiado trabajan por cuenta propia con respecto a la contributiva.

Ubicación geográfica y frecuencia de uso de las IPS

La georeferenciación de la información recolectada sobre la ubicación de las IPS que usa la población encuestada permitió visualizar la distribución de las instituciones en el mapa urbano del municipio. Al comparar los hallazgos entre ambos regímenes se nota una amplia dispersión de los sitios donde son atendidos en el contributivo lo cual puede implicar barreras de acceso geográficas y económicas para los usuarios. La población afiliada al subsidiado tiene una red de servicio que se concentra mucho más cerca al barrio República de Israel, los puntos distantes corresponden en su gran mayoría a la red pública de nivel I del Municipio y a hospitales de nivel II y III.

Cuando se mapea la ubicación y la frecuencia de reporte de las IPS más usadas en el régimen subsidiado, aparece el Hospital Carlos Carmona como el más usado con 90%. Esto implica que, a diferencia del régimen contributivo, los usuarios del subsidiado encuentran los servicios de baja complejidad en una IPS muy cercana a su residencia, lo cual redundaría en menores barreras por ubicación geográfica y probablemente en menos gastos de bolsillo generados por los costos de desplazamiento hasta la IPS.

Para el régimen contributivo, 5 IPS obtuvieron los mayores reportes, dos de estas ubicadas relativamente cerca del barrio República de Israel: Comfandi Morichal (SOS) con 12,7% y Torres de Maracaibo (Nueva EPS) con 9,7%; seguidas por una IPS de Comfenalco ubicada en el centro (8,4%), la IPS Cali Centro de la Corporación IPS Saludcoop Occidente (7,1%) situada en sur de la ciudad y por otra IPS de Comfenalco también situada en la zona sur (6,4%). El uso efectivo del derecho a escoger EPS e IPS para ser atendido probablemente explique que las EPS con IPS más cercanas al lugar de residencia sean las que parecen preferir los afiliados al contributivo.

Aspectos relacionados con la situación de salud

Percepción del estado de salud. En relación con como cada uno de los miembros del hogar considera su propio estado de salud, la mayoría, 76,7% lo percibía bueno, 8,4% muy bueno y alrededor del 15% entre regular y malo.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005⁶, reportó para el área metropolitana de Cali percepción entre excelente y muy bueno para 35,7%; bueno 54,8%, regular 8,3% y malo, 1,1%. De otra parte, la Encuesta Nacional de Salud de 2007⁷ reportó para el país como 16% de la población estima que su salud es muy buena; en relación con la población que considera que su salud es buena, 56,2% tiene esta percepción; 25,4% de la población considera que su salud es regular; la percepción de salud entre mala y muy mala, tuvo una muy baja participación.

Enfermedades crónicas y discapacidad en el hogar. Con relación a si personal de salud les había diagnosticado algún padecimiento de larga duración y qué tipo de padecimiento a los integrantes del hogar; 203 personas de la muestra reportaron tener algún padecimiento o enfermedad crónica, para una prevalencia de 11,1% [IC 95% 9,7 – 12,8]. Las respuestas de los entrevistados fueron categorizadas según la clasificación internacional de enfermedades encontrando que las enfermedades del sistema circulatorio, y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ocuparon los primeros lugares, 39,8% y 24,2% respectivamente.

Los padecimientos del sistema circulatorio, y los endocrinos, nutricionales y metabólicos se presentan en mayor porcentaje tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, continúan en orden, las enfermedades del aparato genitourinario en los afiliados al régimen subsidiado, y del aparato digestivo en el régimen contributivo.

De acuerdo a estos resultados se esperaría para ambos regímenes, importantes prevalencia de necesidad sentida, demanda expresada y atendida en los servicios preventivos y curativos como los programas del adulto mayor y la consulta médica general o por especialistas.

Limitaciones permanentes. En los hogares encuestados 59 personas fueron reportadas en condición de limitación permanente, para una prevalencia de 3,2% [IC 95% 2,4 – 4,2]. Esta prevalencia resulta baja en comparación con los resultados con un 6,1% obtenido en el Censo 2005 para la Comuna 16 y con los datos de la Encuesta nacional de salud, 2007, la cual estimó para Colombia una prevalencia de discapacidad en la población de 18 a 69 años de 8,3% (intervalo de confianza del 95%: 7,9%-8,8%).

Entre las personas con limitaciones permanentes el 78,2% reportó al menos una limitación, y el 9,9% dos, el 4,3% tenía hasta seis limitaciones; este último dato corresponde a un hogar de protección a personas en condición de discapacidad. Las limitaciones para ver, a pesar de usar lentes o gafas, y para moverse o caminar fueron las más reportadas, 57,4% y 35,7% respectivamente.

Entre los mayores de 20 años se encuentra el mayor reporte de limitaciones físicas, tales como: *limitaciones para moverse o caminar; para ver, a pesar de usar lentes o gafas, para ser autónomos (es decir bañarse, vestirse,*

alimentarse por sí mismo), y para entender o aprender. En los niños, adolescentes y jóvenes, las limitaciones de tipo visual tienen mayor distribución porcentual. No se reportaron limitaciones en los menores de 5 años.

El comportamiento por sexo muestra que en el 52,3% de las mujeres con limitaciones están presentes los problemas para ver, a pesar de usar lentes; en los hombres, esto fue reportado por 21,4%, además, 28,7% de ellos no puede moverse o caminar, y 10,2% que tiene limitaciones para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo.

Cuando se clasifican las personas con limitaciones por régimen de afiliación, en el contributivo se encontró un mayor porcentaje con limitaciones *para ver, a pesar de usar lentes*, 58,6% en comparación con 19,5% de los afiliados del subsidiado; tener como *limitación moverse o caminar; ser autónomo; hablar; entender o aprender, y limitaciones para usar sus brazos o manos* fue mayor en los afiliados del subsidiado. Las personas que reportaron al menos una limitación en su mayoría pertenecían al grupo de Población Económicamente Inactiva (PEI), comportamiento que se mantiene por régimen de afiliación. Es importante considerar como alrededor de 25% de personas con alguna limitación se encontraban trabajando.

NECESIDADES DE ATENCIÓN SENTIDAS, DEMANDADAS Y ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPARATIVAS

La información que se presenta a continuación corresponde al 100% de los encuestados afiliado al régimen contributivo y subsidiado, estimada en 1823 personas, después de los ajustes estadísticos descritos^{††} en la metodología.

Necesidad sentida, demandada y atendida de servicios de salud preventivos en los últimos tres meses entre los afiliados.

En los hogares entrevistados, 321 personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, reportaron haber sentido durante los últimos tres meses la necesidad de consultar un servicio de salud solo por prevención, para una prevalencia de 17,6% [15,7–19,6]; al compararla por régimen de afiliación, ésta se mostró mayor para el contributivo, 19% [16,4–21,8] que para el subsidiado, 15,8 [13,3–18,8], encontrándose diferencias significativas.

Casi todas las personas que sintieron la necesidad de un servicio preventivo la expresaron, es decir, demandaron el mismo; existe gran similitud entre los dos regímenes, 96,9% y 95,3% respectivamente. Entre quienes demandaron los servicios preventivos la prevalencia de atención fue del 99,4% [97,6 – 99,9]; todos los afiliados que pertenecían al contributivo y casi todos los del subsidiado fueron atendidos.

Ocuparon los tres primeros lugares entre los servicios preventivos a los que las personas querían asistir el control médico, 25,0%; el programa de adulto mayor, 18,3%, y el programa de crecimiento y desarrollo, 16,5%. Dado que muchos de los programas y servicios de prevención se dirigen a poblaciones especiales es necesario precisar el análisis por grupos de edad y sexo y además relacionar el uso con el total de la población entrevistada. Parecen muy bajas las proporciones de necesidad sentida para servicios dirigidos a las mujeres como el control prenatal y el examen de mama; en el caso de programas o servicios específicos para adolescentes, estos se ofrecen en muy pocas IPS.

En la categoría de otros se clasificaron servicios como el control médico por un problema de salud, y controles odontológicos, algunos encuestados reportaron opciones que no hacen parte de programas de prevención, como la necesidad de consultar para recibir resultados de exámenes o los controles por especialistas. Se nota como el control médico supera los programas preventivos. Es importante anotar que el control médico no fue una opción de

^{††} Probabilidad de selección de acuerdo al diseño muestral, ajuste pos-estratificación sobre el factor de expansión, conversión del tamaño poblacional al tamaño de la muestra conservando la distribución porcentual por edad y sexo.

respuesta incluida en el instrumento, esta respuesta se recogió en las respuestas abiertas a la opción otros. Dada la alta frecuencia de este dato se incluyó como una variable. Esta situación es importante al momento del análisis de los datos, debido a que las personas identifican el control médico como un servicio preventivo y ocupa el primer lugar entre las frecuencias de necesidad sentida para ambos regímenes.

El análisis de los servicios preventivos por grupos de edad muestra como en los menores de 9 años los servicios de mayor necesidad sentida corresponden a *crecimiento y desarrollo*, el *control médico*, y el *PAI*. El *programa de higiene oral* se reporta desde el grupo de los 5 a los 9 años, con una mayor proporción en el grupo de 10 a 14 años. El *programa de planificación familiar* desde el grupo de 10 a 14 años, la *citología uterina* desde los 15 a los 19 años, y los *programas de adulto mayor y examen de mama* desde los 20 años. En el grupo de 10 a 14 años, los mayores reportes corresponden a "otros programas" y el *control médico*. Entre las personas de 15 a 19 años, el primer servicio es salud mental, mientras para las personas de 20 a 44 años es el control médico. En el programa adulto mayor, el porcentaje más alto se encontró entre las personas de 80 y más años, seguido del grupo de 45 a 49 años.

Entre los hombres la necesidad de consultar tiene mayor frecuencia para el programa de crecimiento y desarrollo; el control médico y el programa de adulto mayor. En las mujeres se presenta un comportamiento similar, además se reportan los programas de citología uterina, "otros" y salud mental.

Al revisar el comportamiento de los servicios preventivos por sexo y grupos de edad se encuentra que los hombres menores de 1 año y de 1 a 4 años, según la respuesta de los cuidadores, tienen la mayor necesidad sentida por el programa crecimiento y desarrollo, mientras que para los hombres de 15 a 44 años la necesidad se reporta para el control médico; el servicio de adulto mayor se reportó con mayor necesidad en las personas mayores o iguales a 45 años.

En las niñas entre 1 y 9 años también se reportó la necesidad sentida por el programa de crecimiento y desarrollo; en las menores de 1 año, el servicio con mayor reporte fue el PAI. El programa citología uterina fue reportado a partir de los 15 años, ocupando el tercer lugar en las mujeres de 15 a 19 años y el segundo lugar en las mujeres de 20 a 44 años. En las mujeres mayores de 45 años se evidencia el mismo comportamiento que en los hombres, una mayor necesidad sentida por el programa de adulto mayor.

Servicios preventivos y necesidad sentida por régimen contributivo y subsidiado. Al comparar la necesidad de asistir a servicios preventivos entre cada régimen se encontraron las mayores frecuencias, tanto para el contributivo como para el subsidiado, en control médico, programa de adulto mayor y crecimiento y desarrollo, con porcentajes similares. Las diferencias se observaron en los programas de higiene oral y planificación familiar, en éstos se encontró mayor necesidad entre los afiliados al régimen subsidiado, mientras los afiliados al contributivo sienten más la necesidad de usar el control prenatal; "otros programas" y los servicios para adolescentes.

La necesidad sentida de servicios preventivos analizada según EPS de los afiliados a cada régimen muestra como en el contributivo, quienes tuvieron la necesidad sentida de consultar por control médico, pertenecían a la EPS Comfenalco Valle, continúan en orden, los afiliados a SOS, la Nueva EPS y Saludcoop. Para este mismo servicio en el régimen subsidiado se observa, que el mayor porcentaje de las personas que sintieron la necesidad de consultar pertenecían a Calisalud y a Caprecom.

El comportamiento de la necesidad de consultar servicios preventivos relacionado por EPS muestra como en el régimen contributivo, el programa PAI fue el servicio que más sintieron la necesidad de consultar los afiliados a SOS y Comfenalco Valle, además los usuarios de estas EPS y de Salud Total reportaron la necesidad sentida de asistir a crecimiento y desarrollo.

Las mujeres que sentían la necesidad de consultar al control prenatal se encontraban en Saludcoop y Comfenalco Valle. Usuarías de Comfenalco Valle, SOS y Cruz Blanca reportaron necesidad sentida del servicio de planificación familiar; mientras el programa de adulto mayor fue mencionado por los inscritos en la Nueva EPS; higiene oral fue

reportado por pertenecientes a SOS, Cruz Blanca y la Nueva EPS y los servicios de salud mental por personas de Salucoop y SOS.

En el régimen subsidiado, afiliados a la EPS Calisalud reportaron necesidades sentidas para casi todos los servicios preventivos, es de resaltar que casi el 60% de la población del subsidiado está afiliada a esta EPS; en la misma EPS y en Emssanar, las afiliadas refieren la necesidad de servicios de planificación familiar, citología uterina y examen de mama. Por su parte el programa PAI, tuvo un mayor reporte entre los afiliados a Calisalud y Condor.

En relación con la necesidad sentida en el régimen contributivo por cotizante o beneficiario, 33,1% de los cotizantes afiliados al régimen contributivo sintieron la necesidad de asistir al programa de adulto mayor, luego se encuentra el control médico y otros programas. En los beneficiarios, 21,3% tuvo la necesidad de asistir al programa crecimiento y desarrollo, 20,8% a control médico, y 18,4% a otros programas. En los beneficiarios se presenta una mayor demanda por todos los servicios preventivos.

Demanda de servicios preventivos. En general, la demanda expresada de servicios preventivos entre quienes sintieron la necesidad de consultar estuvo por encima del 95% para ambos regímenes. A pesar de haber sentido la necesidad de consultar los programas de planificación familiar, higiene oral y el control médico, reportaron inasistencia a los mismos 7,7%, 6,5% y 6,2% respectivamente.

Tipo de prestador consultado por servicios preventivos. Al preguntar por las instituciones donde los usuarios buscaron los servicios preventivos se encontró que los afiliados del régimen contributivo en general fueron a centros médicos, clínicas o servicios de urgencia privados. Aunque las proporciones de consulta de este último tipo de servicios son bajas, llama la atención que algunos encuestados los reporten como opción para consultar por prevención. En contraste, los afiliados al régimen subsidiado fueron a instituciones públicas, 73,4% asistió a una Empresa Social del Estado nivel I; sin embargo, 13,5% de éstos consultó una institución privada tipo centro médico, clínica o servicio de urgencias.

El uso de servicios privados en el régimen subsidiado se da porque algunas EPS tienen contratos con IPS de esta naturaleza para atender a su población; en algunos casos el hecho obedece a que las personas deciden usar este tipo de servicios pagando de su bolsillo por la atención. El servicio de urgencias para resolver necesidades preventivas podría ser un mecanismo para lograr una atención el mismo día en que se consulta.

Demanda atendida y uso de servicios preventivos. 98,8% de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado que sintieron la necesidad y demandaron los servicios preventivos fueron atendidos en las instituciones donde consultaron, solo en el régimen subsidiado un porcentaje inferior al 1,0% no fue atendido. Es decir que la gran mayoría de la población de ambos regímenes que demanda un servicio preventivo es atendida.

Al recalcular los valores teniendo como denominador la población total afiliada al contributivo y al subsidiado, se estimó como 16,8% de la población encuestada que pertenecía a los regímenes contributivo y subsidiado fue atendida en un servicio preventivo de salud en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta. En el régimen contributivo la población atendida fue 18,4%, en el subsidiado 14,9%. Menos de una quinta parte de la población siente la necesidad, demanda el servicio preventivo y es atendida.

La Encuesta Nacional de Salud 2007⁶ reportó para Colombia la distribución por regímenes de afiliación de las prevalencias de uso de servicios preventivos en el último mes para la población entre 6 y 69 años encontrando alrededor del 20% para el contributivo y 13% para el subsidiado. Cerca del 16% del total de la población uso un servicio preventivo en el último mes.

Uso de servicios preventivos por sexo y edad con respecto a la población afiliada al contributivo y subsidiado encuestada. Por otra parte, si se cambia el denominador de la población que siente, demanda y es atendida en un servicio preventivo por la población afiliada a cada régimen y además se analiza el uso de los programas preventivos por grupos de edad y sexo y se excluyen el control médico y la opción otros, se encuentra

una situación completamente diferente, la cual se describe a continuación por sexo, grupos de edad y régimen de afiliación.

Hombres y uso de servicios preventivos por grupos de edad y régimen. En la población masculina, el análisis general del uso de servicios preventivos entre regímenes muestra como los servicios preventivos para los niños son más utilizados por el régimen subsidiado, mientras en la población de adultos mayores se encontró un mayor uso por los hombres del contributivo; en los grupos de edad que comprenden la población de 10 a 44 años, los reportes de uso son mínimos para ambos regímenes.

En los hombres el uso de servicios preventivos no llega al 50%, con excepción de los programas de crecimiento y desarrollo y PAI en menores de año del régimen subsidiado, para los cuales se reportó la utilización de los dos servicios, alcanzando porcentajes del 151,5%. En el grupo de 80 y más años del contributivo, 47,1% de los hombres usaron exclusivamente el programa de adulto mayor, en contraste, en la población de 10 a 14 años del subsidiado solo 1,1% reportó uso de programas preventivos.

El programa de higiene oral solo fue reportado en los grupos de 5 a 9 y de 20 a 44 años en proporciones ínfimas. El uso del programa de adulto mayor en la población masculina de 45 a 49 años se reportó en un 10,4% para el contributivo y 7,7% para el subsidiado. Se reportaron proporciones muy bajas para el uso del programa de salud mental en varios de los grupos de edad; no se reportó uso del programa de planificación familiar por la población masculina.

Sexo femenino y uso de programas preventivos por grupos de edad y régimen. Al analizar en las mujeres el reporte de uso de servicios preventivos por grupos de edad y compararlo con el reporte de los hombres, en éstas se observa un mayor uso de servicios preventivos.

En las mujeres, al igual que en los hombres el uso de los servicios preventivos no llega a 50%, con excepción de los programas de crecimiento y desarrollo y PAI en las menores de año del régimen contributivo, para los cuales se reportó utilización por 97,7%. En los grupos de edad que comprenden a la población femenina de 5 a 44 años, las proporciones de uso de los programas, sin distinguir regímenes, oscilaron entre 17,6% y 5,6%, mientras en los grupos de 45 a 79 y 80 y más, fluctuaron entre 24,2% y 16%.

En los grupos de edad que comprenden a las menores de 1 año hasta las mujeres de 10 a 14 años, se encontraron mayores proporciones de uso por las afiliadas al contributivo; en el grupo de 15 a 19 la cifra fue ligeramente más alta en el subsidiado; en la población de 20 a 44 años fue muy similar; en el grupo de 45 a 79 fue un poco más alta en el subsidiado mientras entre las mujeres de 80 y más la proporción fue 7 puntos porcentuales más alta para el contributivo.

Como era de esperarse los programas de crecimiento y desarrollo y PAI se reportan con mayor frecuencia entre las niñas menores de 4 años; sin embargo, en el contributivo de menores de 1 año, la proporción de uso fue de 97,7% mientras en el subsidiado fue de 36,3%.

Cuando se analiza el uso de los programas que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva de las mujeres se observan proporciones muy bajas. En los grupos de edad comprendidos entre los 15 y los 44 años, la citología uterina es el de mayor reporte, con proporciones muy similares entre ambos regímenes que van entre 5,7% y 1,9%. Se nota una mayor proporción de uso del servicio de citología vaginal en el grupo de mujeres del subsidiado de 15 a 19 años, 5,7%. El examen de mama y la planificación familiar tienen reportes de uso muy bajos.

El programa del adulto mayor obtuvo un 23%, en las mujeres del contributivo de 80 y más años y un 16% entre las del subsidiado de la misma edad; mientras que en el grupo de 45 a 79 fue de 19,3% para el contributivo y 24,2% para el subsidiado.

Aunque las proporciones de uso del programa de salud mental auto reportadas fueron bajas, se percibe su uso por

algunas mujeres en casi todos los grupos de edad.

Necesidad sentida, expresada y atendida de servicios de salud curativos

Doscientas treinta y seis personas de las que se encontraban afiliadas al régimen contributivo y subsidiado en el mes anterior a la encuesta y hasta la fecha, reportaron estar enfermas, tener un problema odontológico u otro problema de salud, esta cifra corresponde al 12,9% [11,3 – 14,8] de los afiliados; el análisis por régimen mostró una prevalencia para el primero de 12,5% [10,3 – 15,0] y para el segundo de 13,5% [1,1 – 16,4] respectivamente. La escasa diferencia entre las prevalencias de cada régimen puede explicarse por la pertenencia de la población al mismo estrato socioeconómico.

Los hallazgos resultan similares a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005, en esta, el porcentaje nacional de personas que estuvieron enfermas en los últimos 30 días fue de 12,4%, este porcentaje se va incrementado ligeramente a medida que aumenta la edad, hasta el 20 por ciento entre los de 80 a 89 años. Para el Valle del Cauca la misma encuesta encontró un 10,6% de personas que estuvieron enfermas en el último mes.⁹

Entre quienes reportaron un problema de salud se encontró una prevalencia de necesidad sentida de servicios curativos del 97,3% [92,9 – 99,0] para el contributivo y 95,3%, [88,3 – 98,2] para el subsidiado, con diferencias estadísticamente significativas. La prevalencia de demanda expresada fue similar entre los regímenes, mientras la prevalencia de demanda atendida fue mayor en el régimen contributivo, 99,3%. En general las personas que tienen la necesidad y demandan los servicios están siendo atendidas.

Necesidad sentida de servicios curativos de salud. Del total de personas que tuvo un problema de salud, el 96,4% sintió la necesidad de consultar por dicho problema, al revisar por régimen de afiliación se encuentra una mayor necesidad sentida de consultar por parte de los afiliados del régimen contributivo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,022$).

Con relación a como se distribuye esta necesidad entre las EPS, se encontró como en el régimen contributivo esta se dio así: 35,5% en SOS, 17,8% en la Nueva EPS, 13% en Comfenalco Valle, y 12,2% en Saludcoop; en el régimen subsidiado, 48,7% en Calisalud y 24,8% en Emmsanar.

En el caso del régimen contributivo, estos resultados se correlacionan con los porcentajes de pertenencia a EPS como SOS y Comfenalco, no así para COOMEVA, quien ocupa el tercer lugar en población inscrita en el barrio, pero es superada en las proporciones de necesidad sentida por la población que pertenece a Saludcoop. En el régimen subsidiado los valores se correlacionan para las dos primeras EPS, la población con necesidad sentida de servicios curativos inscrita en Coosalud, supera la de CAPRECOM, quien tiene una mayor proporción de personas inscritas.

El análisis por sexo no mostró diferencias importantes en la necesidad sentida de consultar entre hombres y mujeres; con relación a los grupos de edad, 33,3% de las personas de 20 a 44 años, seguido del 10,6% de los cuidadores de los menores de 5 a 9 años, reportaron los mayores porcentajes de necesidad sentida. Entre las personas que reportaron haber tenido un problema de salud y no sentir la necesidad de consultar por el problema, se destacaron con los mayores porcentajes los grupos de edad de 20 a 44 años, 42,4%, y de 45 a 79, 34,8%, seguidos del grupo de 15 a 19 con 15,2%.

Proveedor de servicios a consultar. En concordancia con las normas del sistema de salud colombiano, el 72,0% de los afiliados que sintió la necesidad de un servicio curativo quería consultar al médico general. Continúan con proporciones inferiores al 13%, 12,5% para médico especialista, y 11,3% para los proveedores de servicios odontológicos básicos (odontólogo, dentista, higienista oral).

En consecuencia, al analizar por sexo que tipo de proveedor de servicios se quería consultar, el mayor porcentaje tanto en hombres como mujeres corresponde al médico general, continúan el médico especialista y los proveedores de servicios odontológicos básicos, las mujeres reportan un poco más que los hombres éstos últimos proveedores,

mientras los hombres mencionan un poco más a los médicos especialistas. Los hombres también nombraron: *terapeuta, farmacéuta* y proveedores de servicios de medicina alternativa (*acupunturista, naturista, bio-energético*).

El primer proveedor al que se quería consultar en todos los grupos de edad fue el médico general; en los menores de 9 años fue reportado en segundo lugar el médico especialista, comportamiento que varía para los afiliados de 10 a 19 años, donde el proveedor de servicios odontológicos básicos aparece en segundo lugar. La medicina alternativa se reportó en menor proporción, 0,7%, y solo por las personas de 20 a 44 años. En el grupo de 45 a 79 años aparece la necesidad de consultar a otros proveedores de servicios de salud.

Los afiliados del régimen contributivo y subsidiado reportaron al médico general como el principal proveedor a consultar. En el contributivo continuó en orden, 17% para médico especialista y 11,9% para el proveedor de servicios odontológicos básicos; en el régimen subsidiado también fueron reportados estos dos proveedores, pero el orden cambió. Aunque con un porcentaje inferior al 1%, llama la atención que las personas del contributivo reportaron querer consultar al farmacéuta, mientras los afiliados al régimen subsidiado hicieron referencia a la medicina alternativa.

Necesidad demandada de servicios curativos. 94,1% [90,1 – 96,5] de los afiliados en ambos regímenes que sintió la necesidad de usar un servicio curativo buscó al proveedor de servicios que quería. En el contributivo la cifra fue de 95,9% [91,1 – 98,2], en el subsidiado de 91,9% [84,3 – 96,0].

36,4% de quienes buscaron el proveedor de servicio lo hizo en un consultorio de un centro médico privado, 28,1% en un consultorio de hospital público y 14,8% en una clínica privada. Este comportamiento está determinado por las características de las redes de servicios de las EPS contributivas y subsidiadas.

El mayor porcentaje de los afiliados al régimen contributivo, 60,0%, acudió a un consultorio de un centro médico privado; 23,3% consultó una clínica privada y 12,3% un servicio de urgencias privado; algunos consultaron instituciones públicas. Por su parte, en el régimen subsidiado, 62,4% consultó un hospital público (ESE), 11,0% un centro o puesto de salud; en este régimen llama la atención el reporte de afiliados que consultaron la farmacia y un consultorio de medicina tradicional, así como un consultorio médico de barrio.

90,5% de las personas que consultaron al proveedor que querían lo hicieron dentro de su red de servicios. Al relacionar los lugares donde consultaron con la red de prestación de servicios por régimen de afiliación se encontró como 96,9% de los afiliados al régimen contributivo hicieron uso de las instituciones adscritas a su red de prestación de servicios, frente a 82,6% de los afiliados al régimen subsidiado, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Demanda atendida y uso de servicios curativos. Fue atendido 97,8% [94,1 – 99,2] de los afiliados al régimen contributivo y subsidiado que reportaron sentir la necesidad de consultar por un problema de salud en el último mes y hasta la fecha de la encuesta y además demandaron el servicio.

Es decir, que la mayoría de las personas de ambos regímenes que teniendo un problema de salud siente la necesidad de usar un servicio es atendida. Importante observar que según la Encuesta Nacional de Salud 2007¹⁰, la cual indagó la demanda de consulta por presentar un problema de salud en la población de 6 a 69 años distribuida por regímenes de afiliación, incluyendo los no afiliados, se encontró para el régimen contributivo que esta se situó en 55% y en el régimen subsidiado en 44%.

Al analizar el uso de los servicios curativos con relación a la población afiliada a ambos regímenes, solo 11,4% utilizó un servicio curativo de salud en el mes anterior y hasta la fecha de aplicación de la encuesta. En el régimen contributivo la población atendida fue similar al subsidiado, 11,5% y 11,4% respectivamente. En resumen, alrededor de una décima parte de la población del barrio siente la necesidad de consultar, demanda y usa los servicios curativos. En el régimen subsidiado se encontró 2,2 puntos porcentuales de diferencia entre los que sienten un problema de salud y los que finalmente usan el servicio.

Análisis de casos de uso y acceso a servicios formales de salud

Para explorar aspectos más específicos del acceso a los servicios (Parte II del cuestionario), se seleccionó una persona al azar de cada hogar donde se encontró uno o más afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, los cuales tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud en el último mes y hasta la fecha de la encuesta. El total de personas encuestadas en esta parte de la encuesta corresponde al 66% de todos los que cumplieron el criterio anterior.

En este apartado de los resultados se abordan de manera específica las variables relacionadas con el acceso a otro tipo de servicios de salud como las pruebas diagnósticas, la consulta por especialistas, el suministro de medicamentos, las hospitalizaciones y el uso de los servicios de urgencias.

Características sociodemográficas y de afiliación de los casos estudiados. Entre las personas encuestadas, 35,5% tenía entre 20 y 44 años, 27,2% entre 45 y 79 años y 10,2% de 5 a 9 años; 57% eran mujeres y 43% hombres. En la distribución por edad y sexo, se observa un mayor porcentaje de hombres en los grupos de edad menores o iguales a 14 años, mientras en las mujeres los grupos de 20 a 79 años tuvieron la mayor distribución. En este grupo con relación al nivel escolar, 34,5% tenían estudios de primaria, 23,6% estudios de secundaria, 24,1% no tenía ninguna escolaridad, 11,5% pre-escolar, solo 5,8% tenían estudios técnicos/tecnológicos y 0,6% estudios universitarios. En ocupación, 75,2% fueron clasificados como población en edad de trabajar y 42,4% como Población Económicamente Inactiva (PEI). Dentro de la PEA, 82,7% se encontraban ocupados al momento de la encuesta y 17,3 eran desempleados. Con relación a las posiciones ocupacionales de los encuestados, 54,9% eran obreros o empleados particulares, 39,4% trabajadores por cuenta propia, el resto de las posiciones reportaron menos del 5% en la distribución.

En afiliación al SGSSS, 54,8% estaban afiliados al régimen contributivo y 45,2% al subsidiado. De los afiliados al régimen contributivo, 70,3% eran beneficiarios y 29,7% cotizantes. Al revisar la pertenencia a EPS por régimen de afiliación, se encontró como para el régimen contributivo 36,0% de las personas era de SOS, 18,4% de La Nueva EPS, 13,9% de Comfenalco Valle y 12,6% de Saludcoop, mientras en el subsidiado, 53,9% hacían parte de Calisalud, 23,2% de Emssanar y 11,6% de Coosalud.

IPS consultadas por los afiliados. Como se puede observar en los resultados que se presentan aquí, por el mapeo realizado según las direcciones exactas de las IPS consultadas, que permitió analizar el acceso geográfico, se encontró una diferencia entre los dos regímenes, en la relación de distancia geográfica entre las IPS consultadas por los afiliados.

IPS del Régimen Contributivo. Los encuestados del régimen contributivo reportaron 32 IPS consultadas por servicios curativos, la mayoría de naturaleza privada; 61,2% del uso se distribuyó entre las 6 que ocuparon los primeros lugares con proporciones entre 15,5% y 5,0%. Las IPS más usadas fueron Comfandi Calipso, Nueva EPS Torres de Maracalbo, Comfandi Tequendama, Comfenalco Pasoancho, la Clínica Santillana y el Centro Médico Imbanaco. Del séptimo lugar hasta el 32, las frecuencias oscilaron entre 4,1% y 0,3%.

Ubicación geográfica de las IPS que consultaron los afiliados al régimen contributivo. En el régimen contributivo, solo dos de las EPS ofrecen a su población IPS de primer nivel cercanas a su residencia, SOS y la Nueva EPS; las demás IPS están ubicadas en su mayoría en el sector de Tequendama y San Fernando, aunque también hay un grupo importante en el noroccidente de la ciudad. La frecuencia de uso de las IPS está condicionada a la proporción de inscritos en cada EPS, por consiguiente, las redes de mayor uso coinciden con las administradoras a las cuales pertenecen el mayor número de afiliados: SOS, Nueva EPS, Saludcoop y Comfenalco EPS.

IPS del Régimen Subsidiado. Entre los afiliados al régimen subsidiado, fueron reportadas 15 IPS; 70,9% uso el Hospital Carlos Carmona, ubicado en el barrio República de Israel, seguido de 6,9% que usó el Puesto de Salud de

Mariano Ramos, contiguo al barrio. Aunque el mayor uso se da para las instituciones públicas aparecen también entidades privadas y algunas públicas del régimen de excepción. Esto se explica por dos razones, primero, las EPS del subsidiado tienen contratos con redes privadas y segundo, algunos afiliados al subsidiado son también beneficiarios de los regímenes especiales.

Ubicación geográfica de las IPS que consultaron los afiliados al régimen subsidiado. En el régimen subsidiado, todas las EPS ofrecen a su población como IPS de primer nivel las cercanas a su residencia, el Hospital Carlos Carmona, ESE y su red de servicios (centro y puesto de salud); las demás IPS corresponden a otras ESE de nivel I, II y III y algunas privadas producto de la integración vertical, las cuales se ubican en diversos sitios de la ciudad, aunque la mayoría se ubica en el sector sur, aledaño a los barrios San Fernando y Tequendama.

Problemas de salud. Los problemas de salud^{††} por los cuales los usuarios consultaron a las IPS fueron para el 86,5% de los casos del contributivo, enfermedad general y para el subsidiado el 83,1%; continúan en orden los problemas odontológicos y las lesiones por accidente o violencia.

La Encuesta Nacional de Salud, 2007, encontró entre los usuarios de servicios de consulta externa, 4,7% para problemas odontológicos, 2,9% debido a lesiones por accidente o violencia, 31,4% por atenciones preventivas, 0,8% por enfermedad mental, estética 0,21% y más del 60% en otros problemas como enfermedad física y disminución de la capacidad para hacer cosas. Si descontamos las atenciones preventivas y la estética de la ENS los resultados ajustados serían: enfermedad general, 88,6%, problema o enfermedad odontológica 6,9% y accidentes y lesiones 4,3%, resultado muy similares a los del presente estudio.

Reducción de las actividades diarias por un problema de salud. El 50,0% de las personas que consultó por un problema de salud reportó una reducción de sus actividades diarias o su trabajo por este evento, siendo esta condición mayor en los afiliados al régimen subsidiado. Este dato resulta similar al reportado por la ENDS, 2005, según la cual en el país 48,7% de las personas redujo sus actividades, la cifra para Cali, área metropolitana, en el mismo estudio fue 45%.

La incapacidad total de realizar actividades por dicho problema de salud, no necesariamente otorgada por el proveedor de servicios, fue mayor entre los afiliados del régimen subsidiado en 14%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Si se supone que reducir las actividades diarias y no ser capaz de realizar las actividades cotidianas o su trabajo son expresiones de la gravedad de los síntomas, esto significa que la mitad de los usuarios se sentía enfermo y una tercera parte de estos muy enfermo.

Las personas que reportaron cese de sus actividades cotidianas o de trabajo (incapacidad sentida, no médica) en razón a su problema de salud, manifestaron que estuvieron limitados entre 1 y más de 30 días, la mayor frecuencia se reportó entre 3 y 15 días. De acuerdo con el régimen de afiliación, las personas del contributivo estuvieron en los extremos de la distribución, 27,5% con limitación de menos de 3 días y 26,1% con limitación más de 30 días; por su parte, 48,7% de los afiliados al subsidiado reportaron entre 3 y 15 días, seguido por las personas que estuvieron menos de 3 días. Estos resultados confirman la gravedad de los problemas de salud en una proporción importante de los usuarios que consultaron.

Acceso a pruebas diagnósticas. 51,1% de los afiliados encuestados que consultaron en el último mes le ordenaron exámenes o pruebas diagnósticas, entre estos 49,0% pertenecía al contributivo y 53,5% al subsidiado.

Esta cifra es similar a la encontrada en un estudio reciente realizado en el área rural de Cali sobre las barreras de acceso a servicios de salud en el cual se encontró indicación de exámenes de laboratorio para 47,7% de quienes

^{††} Se exploraron las siguientes variables, algunas tomadas de Ministerio de la Protección Social. Encuesta a Hogares Módulo II. En Encuesta Nacional de Salud 2007: lesión por accidente o violencia; intoxicación o envenenamiento; mental, emocional o de los nervios; odontológico; atención del parto; atención quirúrgica; y otros problemas de salud, dolor físico o malestar, diferentes a los anteriores.

consultaron el médico en los últimos tres meses.¹¹

Entre las pruebas ordenadas 66,5% fueron laboratorios (exámenes de sangre, orina, materia fecal, esputo, otras secreciones) y 29,4% imagenología (rayos x, ecografías, mamografía, urografía, gammagrafía, cateterismos, resonancia, etc.).

Los exámenes de laboratorio clínico fueron los más ordenados para ambos regímenes, sin embargo, hay una mayor prescripción de imagenología, 35,6% en el subsidiado, y de toma de citología/biopsia, 4,6% en el contributivo.

Entre todos los encuestados a quienes les ordenaron pruebas diagnósticas, 79,8% reportó tomárselas todas, 2,1% solo algunas y 18,1% ninguna. En la distribución por régimen de afiliación, el contributivo reportó tomarse todas en 85,7% y subsidiado en 73,2%; se tomó alguna o ninguna prueba 14,3% del contributivo y 26,8% del subsidiado. Se encontraron diferencias estadísticamente significantes ($p<0,05$).

Sánchez (2009), en su estudio en el área rural de Cali, reportó no acceso a exámenes de laboratorio en 31,9% de la población¹², este dato supera la cifra de no acceso entre los usuarios de servicios de salud afiliados al contributivo del presente estudio.

Alrededor de una décima parte, 10,8%, de los usuarios del contributivo que se tomaron las pruebas, no reclamó los resultados, mientras en el subsidiado este valor fue 1,3%.

Acceso a medicamentos. Entre los encuestados que consultaron en el último mes, 82,7% recibió una prescripción de medicamentos. Reclamaron los medicamentos 87,8% de los afiliados al contributivo y 55,9% de los subsidiados, diferencias estadísticamente significantes ($p<0,05$). La situación sobre entrega de medicamentos se describe en otro aparte de este documento.

Sánchez (2009), reportó prescripción de medicamentos a un 92,9% de quienes consultaron y no acceso para 71,5% de la población, cifra superior a los hallazgos del presente estudio¹³.

Acceso a especialistas. 24,4% de los afiliados a ambos regímenes que consultaron en el último mes fueron remitidos al especialista, siendo 22,6% del contributivo y 26,5% del subsidiado.

En la distribución de los proveedores de servicios que los afiliados al contributivo y subsidiado encuestados en este mismo estudio querían consultar por un problema de salud, la consulta por especialista fue reportada en 17% del contributivo y 7,1% del subsidiado. Más del 94% de los afiliados reportaron haber consultado al proveedor deseado.

Los datos obtenidos en el presente estudio resultan similares a la investigación de Mejía (2007)¹⁴ para el régimen contributivo y superan por 12,5 puntos porcentuales lo encontrado para el régimen subsidiado en el departamento de Antioquia.

Los especialistas fueron: 17,1% pediatra, 15,6% ortopedista, y 12,3% odontólogo. Pediatra, cardiólogo y ortopedista fueron los especialistas de mayor remisión en el contributivo, mientras entre los subsidiados fueron el ortopedista, odontólogo, urólogo, oftalmólogo y otros profesionales de la salud. Las segundas especialidades como cardiólogo, neurólogo, dermatólogo fueron reportadas solo en el contributivo, así como la nutricionista agrupada en la variable otros profesionales de la salud.

Al indagar entre quienes no fueron remitidos a especialistas si consideraban que su caso ameritaba una remisión, 25,5% de los afiliados al contributivo y 23,7% de los afiliados al subsidiado reportaron que sí. Estos casos sugieren insatisfacción de los usuarios con el servicio recibido.

Acceso a servicios de hospitalización en el último año. 14,4% de las personas encuestadas como casos, le ordenaron una hospitalización en el último año. Por régimen de afiliación, los usuarios con orden de hospitalización correspondieron a 9,7% del contributivo y 20,0% del subsidiado, diferencias estadísticamente significantes ($p=0,024$).

Entre los afiliados con una orden de hospitalización, 90,8% del contributivo y 88,3% del subsidiado fueron internados al menos por una noche.

La ENDS 2005, encontró para el país 5% de personas de los hogares que reportó hospitalización en los últimos 12 meses; en Cali, área metropolitana se encontró 4,8%. Los datos en el presente estudio duplican los resultados de la ENDS.

Vale la pena recordar que la información sobre hospitalización y los demás eventos específicos^{§§} se recogió sobre 66% de los individuos que en la muestra reportaron haber sentido un problema de salud en el último mes y haber sentido la necesidad de consultar, demandado el servicio y atendida en un servicio formal de salud.

27,7% de los hospitalizados tenía entre 45 y 79 años, seguido por 23,5% para el grupo de 20 a 44 años y 21,1% para los menores entre 1 a 4 años. En menores porcentajes se encontraron las personas de 10 a 14 años (7,6%) y las de 80 y más años (8,8%). El 50,9% eran mujeres y 49,1% hombres.

Las IPS donde se internaron la mayoría fueron: 20,5% en el Hospital Carlos Carmona, 10,5% en la IPS de Comfenalco Centro y 9,2% en la Clínica Tequendama.

Causas de hospitalización. La principal causa de hospitalización^{***} para ambos regímenes fue la enfermedad general, encontrándose una mayor proporción en el subsidiado, 77,6% con relación al contributivo, 48,3%. La cirugía programada apareció en segundo lugar con 12%, seguida de los accidentes y violencia con 10,1%, los procedimientos diagnósticos especializados se presentaron en 8,20% y la enfermedad mental en 3,2%. No se reportaron causas obstétricas.

Las opciones, cirugía programada y accidente fueron reportadas en mayor porcentaje por los afiliados del contributivo, mientras en el subsidiado fueron el procedimiento diagnóstico especializado y enfermedad mental.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005, reportó como causas de hospitalización: una enfermedad para 50% de las personas, por embarazo 21%, por cirugía 19% y por accidentes y violencia 10%. Esta encuesta no incluyó la opción de enfermedad mental ni los procedimientos diagnósticos especializados. Por su parte la Encuesta Nacional de salud, ENS, 2007, encontró como causas: la enfermedad física o malestar e incapacidad para hacer las cosas 61,37%, enfermedad mental 0,67%, accidente y violencia 7,46%, atención del parto 25,57% y otras causas 4,92%.

Llama la atención la proporción de accidentes y violencia que se sitúa en el barrio 4,6 puntos porcentuales por encima de lo encontrado para Colombia en el 2007, lo cual podría estar relacionado con la enfermedad mental, también 2,53 puntos más alta en el barrio que en la ENS 2007.

Duración de la hospitalización. 16,2% estuvo hospitalizado un día, 31% entre 2 a 3 días, 21,1% entre 4 a 8 días y 28,6% entre 9 a 15 días; no se reportaron hospitalizaciones con duración entre los 16 a los 29 días; 3,1% estuvo hospitalizado entre 30 a 90 días.

El análisis de los días de hospitalización por régimen de afiliación muestra que los afiliados al contributivo presentaron porcentajes similares al subsidiado para hospitalizaciones entre 4 y 8 días, 20,3% y 21,4% respectivamente. En hospitalizaciones de 1 día, el contributivo (25,4%) estuvo 14,2 puntos porcentuales por encima del subsidiado (11,2%); en hospitalizaciones de 2 a 3 días, también lo superó por 8 puntos porcentuales (35,6% y 27,6% respectivamente). Por su parte, en el subsidiado, 34,7% de los afiliados estuvo hospitalizado entre 9 a 15 días, 16,1 puntos porcentuales por encima del contributivo; solo afiliados al subsidiado reportaron hospitalizaciones entre 30 y 90 días en 5,1%. En general la duración de la hospitalización fue más corta para el régimen contributivo.

^{§§} Consulta médica, consulta de especialistas, medicamentos, pruebas diagnósticas, atención en urgencias.

^{***} Las opciones de respuesta para esta pregunta se definieron a partir de la Encuesta nacional de demografía y salud, 2005 y se ajustaron de acuerdo a los resultados de la prueba piloto.

De las personas que fueron hospitalizadas por enfermedad general, 75,0% de los afiliados al contributivo estuvo internado entre 2 a 3 días y 25% entre 9 a 15 días; mientras en el subsidiado las proporciones más altas se dieron entre los 2 a 3 días, 31,6% y los 9 a 15 días, 38,2%. 6,6% del subsidiado permaneció hospitalizado más de 30 días. Con relación a las cirugías programadas, 75% del contributivo y el 100% del subsidiado tuvo entre 4 a 8 días de estancia; para los procedimientos diagnósticos especializados, en el contributivo 100% estuvo hospitalizado de 9 a 15 días y en el subsidiado, 44,4% de 2 a 3 días y 55,6% de 4 a 8 días. En la hospitalización por enfermedad mental, la cual solo se dio en el subsidiado, la estancia fue de 1 día.

Necesidad y acceso al servicio de urgencias en el último año. En el último año, 49,6% de los afiliados al régimen contributivo, y 38,7% de los afiliados al régimen subsidiado, quienes tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud en el último mes, sintieron o tuvieron la necesidad de usar el servicio de urgencias en el último año; 100% de éstos acudieron al servicio y fueron atendidos. La Encuesta nacional de salud, 2007¹⁵, encontró en la muestra nacional de usuarios atendidos en servicios de urgencias que 49% correspondía al régimen contributivo y 35% al subsidiado, cifras similares a las encontradas en este estudio.

Los problemas gastrointestinales, las infecciones en órganos de los sentidos y otras partes de la cara y la garganta, las virosis, los cálculos en la vesícula y los accidentes fueron las cinco principales causas de consulta auto reportadas por los usuarios de los servicios de urgencias.

Entre los afiliados al régimen contributivo las principales causas de consulta fueron los problemas gastrointestinales, las infecciones en órganos de los sentidos y otra parte, de la cara y garganta, el dolor de cabeza, la fiebre y otros síntomas y los accidentes; en el subsidiado se reportaron, los cálculos renales o en vesícula, el dolor abdominal, bronquitis o neumonía, virosis y crisis asmática y asfixia.

Al agrupar las causas de consulta en urgencias utilizando categorías similares a las usadas en la ENS 2007 para analizarlas según régimen se encontró como la gran mayoría de los motivos de consulta reportados corresponden a enfermedad física, aguda o malestar general. Aunque el estudio nacional no presentó los eventos clasificados por régimen, se encuentra coincidencia en los hallazgos de la ENS¹⁶, donde 80,4% se clasificó como enfermedad física, aguda o malestar general con excepción de las lesiones por accidente las cuales resultaron mucho más altas en el estudio nacional, 16,85%. La enfermedad o problema mental (0,3% en ENS, 2007), así como las lesiones por violencia (1,05% en ENS, 2007) se reportaron un poco más altos en este estudio. La enfermedad general aparece en mayor proporción en el régimen subsidiado, mientras la enfermedad mental y la violencia aparecen solo en el contributivo; las lesiones por accidentes se duplicaron en el contributivo con respecto al subsidiado.

Al indagar entre los usuarios de servicios de urgencias cuantas veces lo consultaron en el último año, se encontró un mínimo de 1 y máximo de 12 veces, promedio 2,49 [DE=2,04]. 50,0% reportó dos o menos consultas al servicio de urgencias en el último año; para los afiliados al contributivo fue mayor el uso dos veces al año y entre cinco y doce veces; por su parte, en los afiliados al subsidiado la frecuencia de uso se concentró en una vez, y entre tres y cuatro veces. Aunque se percibe mayor frecuencia de consulta (5 a 12 veces) del servicio de urgencias en el contributivo, si agregamos los valores de 3 y más veces, se encuentra similitud entre ambos regímenes.

Un estudio realizado en San Juan de Pasto, 2008, indagó por las frecuencias de uso anuales del servicios de urgencias en la población encontrando como entre quienes usaron el servicio 77,4% lo hicieron entre 1 a 3 veces por año, 9,6% entre 4 y 5 veces y 12,9% más de 5 veces al año.¹⁷

Se reportaron en mayor porcentaje por consulta de urgencias las siguientes IPS: el Hospital Carlos Carmona, 37,3%, la Clínica Tequendama, 14,7%, la Clínica Santillana, 13,7%, y la Clínica Rafael Uribe, 8,1%.

En concordancia con las redes de servicios, los afiliados al subsidiado utilizan el servicio de las IPS públicas, en especial el Hospital Carlos Carmona, ESE; mientras los del contributivo consultan la red privada de su EPS.

FACTORES QUE INFLUENCIAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LOS INDIVIDUOS ASEGURADOS, POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN.

En este capítulo se describen los factores que influyen en el acceso a los servicios, en particular el reconocimiento de las instituciones a las cuales se tiene derecho a consultar de acuerdo al régimen de afiliación, la libre elección de las instituciones prestadoras de servicios, el acceso a información sobre sus derechos por parte de la EPS y las barreras de tipo geográfico, administrativo, económico, cultural y de información que lo afectan.

Los datos relativos al acceso a información relevante para la exigibilidad del derecho en aseguramiento se recolectaron en el análisis de casos (parte II de la encuesta), es decir, sobre 66% de los usuarios quienes tuvieron un problema de salud en el último mes y además consultaron un servicio formal de salud.

Reconocimiento del derecho al uso de una red de servicios. Al indagar en el estudio de casos sobre las IPS con derecho a consultar usando el seguro de salud y después de procesar la información agrupando las instituciones por niveles de complejidad, solo 7,2% de los usuarios de servicios afiliados al contributivo y 22,3% del subsidiado, reconocen instituciones en los tres niveles de complejidad, encontrando diferencias con significancia estadística. 28,8% del contributivo mencionó solo instituciones nivel I y II de atención y una cifra similar, 28,5% solo de nivel I. 15,2% del contributivo solo nombró IPS de nivel II y III, a diferencia del régimen subsidiado, en el cual no hubo menciones exclusivas para este tipo de IPS. No se encontraron estudios que hayan indagado esta variable.

Ejercicio del derecho a la libre elección de EPS y de IPS. Al preguntar sobre el uso del derecho a la libre elección de la EPS, entre los encuestados afiliados al régimen contributivo, 78,4% tuvo la oportunidad de escoger la entidad promotora a la que se quería inscribir frente a 36,5% de las personas del régimen subsidiado. Con relación a la oportunidad de escoger el prestador de servicios de salud, IPS, donde debería ser atendido, esto fue posible para 68,7% de los afiliados al régimen contributivo y para 36,5% de los afiliados al régimen subsidiado, diferencias estadísticamente significantes.

La ENS 2007, encontró entre la población de usuarios de servicios de consulta externa una distribución de la libre elección de la institución prestadora de servicios de salud según tipo de afiliación así: 47% de los pacientes afiliados al régimen contributivo pudo elegir, mientras el régimen subsidiado presentó un porcentaje menor con 36,8%, el resto se distribuyó en el régimen especial y en ninguno régimen. Estas diferencias son relativamente importantes y marcan un mayor porcentaje de elección en el régimen contributivo¹⁸. Los hallazgos de este estudio también muestran una diferencia importante entre ambos regímenes.

Acceso a información sobre derechos en el aseguramiento. 50,0% de los afiliados al régimen contributivo y 38,1% de los subsidiados reportó haber recibido de la EPS información escrita sobre sus derechos. Con relación a la información dada sobre el portafolio de servicios a los cuales se tiene derecho cuando se usa el seguro de salud, 59,1% de los afiliados al contributivo reportó haber recibido información y 39,4% los afiliados al régimen subsidiado.

Factores que influyen el acceso a los servicios preventivos entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado

Estos aspectos fueron explorados entre aquellas personas afiliadas al régimen contributivo y subsidiado que en los últimos tres meses sintieron la necesidad de un servicio preventivo y no lo demandaron, así como entre quienes hicieron la demanda, pero no fueron atendidas. Es importante recordar que la proporción de personas que sintiendo la necesidad no demandó el servicio preventivo fue 3,7% y que solo 0,6% de los que demandaron el servicio no fueron atendidos.

Razones para no consultar un servicio preventivo a pesar de sentir la necesidad. Al indagar las razones por las cuales quienes sintieron la necesidad de consultar un servicio preventivo no lo demandaron, se encontraron en el régimen contributivo situaciones relacionadas con barreras administrativas (41,3%), económicas (13%) y culturales (10,9%), además, 34,8% expresó que el médico lo atendió en la casa. Al comparar estos resultados con los del

régimen subsidiado, las razones administrativas (42,5%) se comportaron de manera similar al contributivo, pero las económicas (27,5%) lo superaron en 14,5 puntos y las culturales (30%) se situaron 19,1 puntos por encima.

Razones para no ser atendidos en un servicio preventivo a pesar haberlo demandado. En el caso de las pocas personas que demandaron los servicios preventivos y no fueron atendidas se reportaron razones para este hecho como el no haber pedido la cita, 37,1%; el personal de salud no había llegado, 25,7% y otros, 25,7%. En esta última opción fue mencionado el médico no quiso atenderlo.

Factores que influyen en el acceso a los servicios curativos entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado

Estos aspectos fueron indagados entre aquellas personas afiliadas al régimen contributivo y subsidiado que en el último mes tuvieron un problema de salud, pero no sintieron la necesidad de consultar, entre los que sintieron la necesidad de consultar pero no demandaron la atención y entre quienes demandaron la atención pero no fueron atendidos. Es importante para el análisis resaltar que en general estos porcentajes fueron inferiores al 6%.

También, y de manera más específica, entre quienes fueron seleccionados aleatoriamente para responder la segunda parte del cuestionario, es decir 66% de los usuarios de servicios formales, los cuales consultaron por haber tenido un problema de salud en el último mes (análisis de casos).

Razones para no sentir la necesidad de consultar un servicio de salud a pesar de haber tenido un problema de salud. Entre los afiliados a ambos regímenes quienes tuvieron un problema de salud en el último mes pero no sintieron la necesidad de consultar (3,6%), se reportaron como razones para no sentir la necesidad de consultar, en el régimen contributivo, en primer lugar las derivadas de sentimientos hacia los servicios como *no le gusta el servicio* y *no le gusta ir*, 53,9%, seguidas de problemas económicos, 46,1%. Por su parte, en el régimen subsidiado la primera razón fue la percepción de que no era necesario consultar, 62,5%, seguida de *no le gusta el servicio* y en tercer lugar porque el carné no le cubre.

La ENS, 2007, encontró como las tres primeras razones motivos de no consulta entre la población de 6 a 69 años con problemas de salud percibidos y en una distribución por regímenes de afiliación declarados, incluyendo especial y no afiliados, los siguientes aspectos: el problema se resolvió solo y se ha sentido bien 26,3% en el contributivo y 21,1% en el subsidiado; pensó que no era necesario consultar 23% y 14%; y descuido 15,9% y 17,9% respectivamente.¹⁹

Razones para no buscar al proveedor de servicios curativos a pesar de sentir la necesidad. Entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado quienes sintieron la necesidad de consultar un servicio curativo de salud, pero no buscaron al proveedor que querían (5,9%), se reportaron como principales razones: no les gusta el servicio, 20,8%, pensó que no era necesario consultar, 19,9% y otras, 14,0%. En la categoría de otras fueron mencionadas: "no lo atienden", "se le presentó otro problema de salud", "tomo aguas caseras" y "había mucha gente".

Al revisar el comportamiento de las razones por régimen de seguridad social se encontró como en el contributivo la mayor distribución se dio en la categoría otros, seguido por no le gusta ir, mientras en el régimen subsidiado las razones fueron: no le gusta el servicio, pensó que no era necesario consultar, el servicio no le permite escoger al proveedor y está cansado de ir y no le resuelven el problema.

Al reclasificar las razones en barreras culturales, administrativas, económicas y otras y compáralas entre los dos regímenes, se encontraron mayores barreras culturales y administrativas en el régimen subsidiado y económicas en el contributivo. Las respuestas clasificadas en otras incluyen tanto aspectos culturales como administrativos. El hecho de que las personas del contributivo refieran mayores barreras económicas se puede explicar por las cuotas moderadoras, copagos y los gastos en transporte. Las barreras culturales más frecuentes en el subsidiado pueden estar relacionadas con el menor nivel educativo.

Razones para no recibir atención entre los demandantes de servicios curativos. Las razones reportadas para no haber recibido atención, entre quienes demandaron los servicios curativos (2,2%) fueron: no había pedido la cita, el personal de salud no llegó y tenía suspendido el servicio. El 38,2% no sabía porque no fue atendido. Entre los afiliados del régimen contributivo, los que no fueron atendidos reportaron como única causa, haber tenido suspendido el servicio. Todas estas razones constituyen barreras administrativas.

Información sobre la situación de salud cuando se usa un servicio curativo. Entre los encuestados en el análisis de casos, al 88,5% del régimen contributivo y al 88,4% del régimen subsidiado se le informó sobre su situación de salud. Al preguntar qué le dijeron se encontró como en el régimen contributivo un 39,6% de los encuestados fue informado sobre su diagnóstico, 24,0% recibió recomendaciones sobre su cuidado y 11,8% sobre el tratamiento a seguir. Entre los afiliados al régimen subsidiado, se obtuvo una distribución similar, sin embargo, la información sobre el diagnóstico fue mayor, 53,3%.

La ENS, 2007 con relación a la obtención de información clara sobre el estado de salud, encontró proporciones muy altas, en general 89,8%, percibe que tiene información clara sobre el estado de salud en el régimen subsidiado, con diferencias según el tipo de institución donde se recibe la información; 86,8% de los usuarios reportó haber recibido información clara sobre su estado de salud en las entidades privadas, mientras que 83,5% lo obtuvo en las públicas. En relación sobre la información del tratamiento que le van a realizar, la proporción de usuarios que recibió información está cerca del 90% sin variaciones entre los diferentes regímenes.²⁰ Los resultados del presente estudio, son similares a los de la ENS, 2007, cuando se indagó si se recibió información sobre su situación de salud; sin embargo, al averiguar por el tipo de información proporcionada a los usuarios son evidentes las limitaciones en el contenido de la misma.

Calificación de las características del servicio de consulta^{†††}.

Los aspectos que generan mayor insatisfacción tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado son la duración de la consulta y la resolución del problema; Se encontraron diferencias significativas en el tiempo de espera y en la ubicación del sitio; mientras 24,7% del contributivo se percibió insatisfecho con el tiempo de espera, en el subsidiado llegó a 42,8%; con respecto a la ubicación del sitio, los porcentajes fueron de 9,1% para el subsidiado y 25,7%

Aspectos relacionados con el acceso y una segunda consulta por el mismo problema de salud. 17,1% de los afiliados al contributivo y 10,0% de los afiliados al subsidiado consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud ($p=0,533$). En ambos regímenes la principal razón para consultar a otra persona fue la insatisfacción, 70,6% en el contributivo y 100% en el subsidiado. Opciones de respuesta como el problema no se resolvió, no quedó satisfecho, no confía en la primera persona que le atendió y otra persona se lo recomendó fueron agrupadas en esta categoría. El segundo motivo para consultar una segunda persona en el régimen contributivo fue la remisión.

El médico general fue la primera persona consultada por segunda vez debido al mismo problema de salud tanto entre los afiliados del régimen contributivo como al subsidiado; después de esta opción, en los afiliados al contributivo se reportó proveedores de medicina popular (24%), mientras en el subsidiado médico especialista y medicina alternativa (22%). El farmacéutico también fue mencionado por 9% de los usuarios del subsidiado. El 40% de los afiliados al subsidiado consultó un médico especialista como segunda opción, sin embargo, no fue remitido, lo cual implica consultas a particulares y gastos de bolsillo adicionales.

Entre los subsidiados se reportaron lugares privados donde se consultó el segundo proveedor de servicios, a pesar

^{†††} Este tipo de mediciones fue aplicada a varios eventos de servicios en salud como la consulta, la atención por especialistas, la toma de pruebas diagnósticas, la entrega de medicamentos, la hospitalización y la atención de urgencias. La información se recogió en el análisis de casos.

de ser la red pública la mayor proveedora de servicios en este régimen. Si no hay satisfacción con el servicio es posible que también los usuarios del régimen contributivo busquen proveedores por fuera de su red de servicios asumiendo gastos de bolsillo que el sistema no cubre.

Entre los afiliados al régimen contributivo, el consultorio de centro médico privado, clínica privada o médico de barrio y el mismo lugar donde recibió la primera atención fueron los sitios donde la mayoría buscó un segundo proveedor de servicios para solucionar el mismo problema de salud; 14% de los usuarios del contributivo que buscaron una segunda consulta por el mismo problema de salud fue atendido en su casa; 2,6% consultó a una institución (centro o puesto) de la red pública de primer nivel. Entre los subsidiados, aunque 30,9% buscó la segunda atención en un hospital público (ESE), 40,0% fue a un centro médico privado, una clínica privada o un servicio privado de urgencias. Algunos reportaron buscar atención en la farmacia.

Factores que limitan el acceso a pruebas diagnósticas. Entre las principales razones reportadas para no tomarse algunos o ninguno de las pruebas que le ordenaron se encontró como 41,8% estaba esperando la fecha recomendada para tomarse las pruebas, 18,2% no tuvo con que pagar la cuota que le cobran y en 15,4% se debió a la demora para darle la cita. Entre los afiliados al régimen contributivo, las principales razones para no tomarse los exámenes se ocasionaron por esperar la fecha recomendada por el profesional de salud y la demora para darle la cita. Entre los afiliados al régimen subsidiado los motivos más reportados fueron: esperar la fecha, no tener con qué pagar la cuota que le cobran, equipos dañados y el descuido.

Las anteriores razones fueron clasificadas en barreras para acceder a los servicios; la categoría no aplica corresponde a la opción esperando la fecha recomendada por el profesional de salud. Las barreras económicas, culturales y de acceso a información solo fueron reportadas por los afiliados al régimen subsidiado, mientras las barreras administrativas presentaron un comportamiento similar entre los dos regímenes.

Calificación de las características del servicio de pruebas diagnósticas. En general, la duración de la atención y el tiempo de espera fueron las características del servicio de pruebas diagnósticas que afectaron negativamente la satisfacción de los usuarios de ambos regímenes. Los usuarios del contributivo se percibieron más insatisfechos con la información recibida, así como con la ubicación del sitio, el tiempo de espera y el tiempo de entrega de los resultados; los usuarios del subsidiado con la duración de la atención, el trato recibido, la forma en que le hicieron el procedimiento y la comodidad; el tiempo de espera generó un poco más de insatisfacción en el contributivo.

Razones para no reclamar los resultados de las pruebas diagnósticas. Entre las razones reportadas por los afiliados para no reclamar los resultados de las pruebas diagnósticas se encontraron, en 42,4% aún no le toca la cita, 27,3% aún no estaban listos (estaba esperando la fecha indicada para reclamarlos), 18,2% se los pasaron al médico y 12,1% no le entregaron los resultados a tiempo (fue por ellos y no estaban todavía). Estas respuestas se clasificaron como barreras para el acceso a los resultados de las pruebas diagnósticas encontrando solo las administrativas en 13,3% del contributivo, en el porcentaje restante en este grupo y en 100% de los afiliados al régimen subsidiado los motivos reportados para no reclamar los resultados no constituyeron barreras.

Factores que limitan el acceso a medicamentos. Las razones para no reclamar los medicamentos entre los afiliados al régimen contributivo fueron en primer lugar la falta de dinero para pagar la cuota que le cobran (32,3%), seguida por "el seguro no se los cubre" (29,2%); mientras para los afiliados al régimen subsidiado se reportaron en 22,55% la no entrega de los medicamentos, 20,1% el hecho de que no se los autorizan y en tercer lugar, 16,3% el seguro no los cubre. Los afiliados al régimen contributivo reportan mayores barreras económicas, geográficas y socioculturales, mientras en el régimen subsidiado prevalecen las barreras administrativas. En la opción no aplica, fueron categorizadas algunas respuestas que no corresponden a barreras de acceso, como "le acaban de entregar la orden".

Calificación de las características del servicio de entrega de medicamentos. La duración de la atención, la entrega de los medicamentos, la ubicación del sitio y el tiempo de espera fueron los aspectos que generaron

insatisfacción en las mayores proporciones. Frente a la entrega de medicamentos, la comparación por régimen muestra mayor insatisfacción entre los usuarios pertenecientes al subsidiado, 32,6%, mientras el contributivo alcanzó 18,9%. Con relación a la ubicación del sitio, también el subsidiado supera al contributivo en las calificaciones desfavorables resumidas, 23,1% y 16,5% respectivamente. El estudio de Mejía (2007) en Antioquia, basado en la Encuesta de calidad de vida 2003, reportó como 45% del contributivo y 57% del subsidiado recibieron medicamentos incompletos o no se los entregaron²¹. Sánchez (2009), reportó para la población del área rural de Cali, no acceso (medicamentos incompletos o no entrega) para 71,5% de la población, cifra superior a los hallazgos del presente estudio ²².

Factores relacionados con el acceso a especialistas. Entre los afiliados remitidos al especialista, el 84,9% del contributivo y el 75,3% del subsidiado reportó haber consultado, no se encontraron diferencias estadísticamente significantes ($p=0,957$). En primer lugar, no consultaron debido a que la cita aún se encontraba pendiente, en segundo y tercer orden a causa de la demora para dar las citas y la negación de estas. Las barreras para no consultar especialistas fueron en su mayoría de tipo administrativo, solo en el régimen subsidiado se reportaron barreras de tipo económico.

Calificación de las características del servicio de especialistas. Al resumir las variables de la escala en satisfecho e insatisfecho se encontraron para el contributivo y el subsidiado importantes porcentajes de insatisfacción con relación a: la resolución del problema (84,5% y 60%) y la ubicación del sitio (58,1% y 37,6%). 43,3% del contributivo valoró negativamente el tratamiento ordenado, 31% la información recibida y 35,7% la forma en que le examinaron. La comparación mostró diferencias importantes, con significancia estadística, para tiempo para ser atendido en sala de espera y la comodidad, afectando en ambos casos mucho más al régimen subsidiado.

Factores relacionados con el acceso a hospitalización. Entre los afiliados encuestados en el estudio de casos, 14,4% tuvieron una orden de hospitalización en el último año; de éstos, el 90,8% del contributivo y el 88,3% del subsidiado fueron internados al menos por una noche. Las razones reportadas por quienes teniendo una orden de hospitalización no se internaron fueron en el caso del régimen contributivo el criterio médico y en el subsidiado el temor a ser hospitalizado.

Con relación al tiempo transcurrido entre el momento en que el profesional de salud le dio la orden y el momento en que le hospitalizaron se encontró en el régimen contributivo periodos menores a un día para 61,0%, al igual que para 43,9% del subsidiado; 38,8% de los subsidiados esperó entre 1 y 2 días comparado con 11,9% del contributivo. 27,1% de los usuarios del contributivo esperó entre 3 a 29 días, así como 12,2% del subsidiado. Solo 5,1% de los subsidiados reportó esperas mayores a 30 días. Al analizar la misma variable por grupos de edad, 100% de los niños de entre 1 y 4 años y entre 10 a 14 esperó menos de tres días para ser hospitalizados; 100% de los mayores de 80 años fue hospitalizado en las primeras 24 horas; los tiempos de espera más prolongados se dieron en el grupo de 45 a 79 años, donde 25% espero entre 3 a 29 días y 11,4% entre 30 a 90 días.

Calificación de las características del servicio de hospitalización. Al comparar las valoraciones resumidas en satisfecho e insatisfecho entre los dos regimenes se encontró diferencias en casi todas; la mayor similitud se presentó en las atención por el profesional médico con porcentajes de satisfacción altos; se percibió insatisfacción en los usuarios del régimen subsidiado frente a los siguientes aspectos: tiempo de espera para ser hospitalizado, 37,1%; duración de la hospitalización, 36,7%; privacidad, 33,7%; mientras los usuarios del contributivo valoraron negativamente la atención por el personal de enfermería, 31,7%, el trato recibido, 30,7% y la resolución del problema, 28,8%.

Factores relacionados con el acceso a los servicios de urgencias. En el último año, 49,6% de los afiliados al régimen contributivo, y 38,7% de los afiliados al régimen subsidiado, quienes tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud, sintieron o tuvieron la necesidad de usar el servicio de urgencias; 100% de éstos acudieron al servicio y fueron atendidos. En resumen, mientras más de 50% de los usuarios afiliados al régimen

contributivo esperan menos de 1 hora para ser atendidos en urgencias, en el subsidiado alrededor de 42% espera entre 1 y 2 horas. Las esperas mayores a 3 horas podrían corresponder más que a demandas de urgencias a consultas prioritarias de salud.

Calificación de las características del servicio de urgencias. Al analizar los resultados de las valoraciones agrupadas en satisfecho e insatisfecho, se encontraron percepciones negativas importantes en el contributivo y el subsidiado para los aspectos resolución del problema (43,8 y 53%), tiempo de espera para ser atendido por el médico (43,5 y 53,5%) y duración de la atención (30,7 y 42,7%). Entre los usuarios del subsidiado se obtuvieron porcentajes más altos para valoraciones negativas sobre comodidades, 45,6%; información recibida, 38,6%; privacidad, 63,2%; duración de la atención, 42,7% y tiempo para ser atendido, 53,5%. En el contributivo, solo el tiempo para ser atendido por el médico tuvo una valoración superior a la del subsidiado. Se encontró diferencia significativa en la privacidad, donde 30,2% del contributivo la valoró negativamente contra 63,2% del subsidiado.

Gastos de bolsillo para acceder a servicios curativos

Se indagó sobre los gastos de bolsillo^{##} para cada evento de servicio de salud que los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado encuestados en el análisis de casos reportaron haber utilizado. Además de calcular las medidas de tendencia central, los montos pagados se categorizaron en rangos establecidos a partir de las cuotas moderadoras fijadas para el año 2009.

Gastos de bolsillo en consulta. 56,8% de la población que usó un servicio curativo de salud en el último mes tuvo que pagar por el servicio consultado. El valor promedio de pago fue \$9.815 la mediana \$10.000,00 y el dato moda \$2.000 [DE=7.939,87].

58,9% de los afiliados al régimen contributivo que usó un servicio de salud en el último mes debido a un problema de salud tuvo que pagar por el servicio recibido, mientras los afiliados al régimen subsidiado, lo hicieron en 41,4%, diferencia estadísticamente significativa ($p=0,007$). En general, los afiliados al régimen contributivo realizaron menores pagos en comparación con los afiliados al régimen subsidiado. Sin embargo, los afiliados al contributivo se abstuvieron más que los subsidiados de usar los servicios a pesar de sentir la necesidad reportando razones económicas además de las administrativas.

79,1% de los afiliados al contributivo y el 39% del subsidiado pagaron entre \$100 y \$2.000 m/c; los pagos entre \$2.100 y \$7.600 m/c, 21,1% y entre \$7.700 y \$20.100, 19,3%, fueron más frecuentes en el régimen subsidiado. Los montos superiores a \$20.200, aunque en proporciones bajas, solo fueron reportados en el régimen subsidiado. Se observa un mayor reporte de montos pagados entre \$100 y \$2.000 m/c, sin embargo, en las personas donde no fue posible clasificar el tipo de subsidio (total o parcial) 28,8% tuvo que pagar entre \$7.700 y \$20.100 m/c. Llama la atención 15,0% de las personas con subsidio total que pagaron entre \$60.700 y \$100.000 m/c y 20% que pagó más de \$100.000 m/c. En esta última categoría, se reportó un menor número de casos en los afiliados con subsidio parcial, pero una mayor distribución en aquellos afiliados donde no fue posible hacer su clasificación.

En el caso de los afiliados que consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud, 57,5% del contributivo y 55,6% del subsidiado reportó pagos. El comportamiento fue similar al encontrado durante la primera atención, los afiliados al régimen subsidiado realizaron mayores aportes, con valores que oscilaban entre \$2.100 y \$60.600 m/c, con una concentración en los pagos entre \$7.700 y \$20.100.

^{##} Los gastos de bolsillo incluyen las cuotas moderadoras y los copagos. Las primeras son pagadas por todos los usuarios de servicios curativos del contributivo y del subsidiado, con excepción de las personas del régimen subsidiado calificadas en nivel I del SISBEN. Los copagos se aplican a los beneficiarios de los cotizantes del régimen contributivo. También los encuestados reportaron pago por servicios a los cuales no tienen derecho, bien sea por no tener cumplidas las semanas de cotización o debido a que el servicio o la actividad no está incluida en el plan de beneficios. No se incluyeron gastos de transporte o compra de medicinas por fuera del Sistema.

Gastos de bolsillo en pruebas diagnósticas. 48,8% de la población que se tomó todas o algunas de las pruebas diagnósticas prescritas en la consulta tuvo que pagar por éstas. El valor promedio pagado fue \$7.180,9, la mediana \$2.000 y el dato moda \$2.000 [DE=8.126,305].

Mientras en el régimen contributivo pagó 61,9% en el subsidiado 32,7%, diferencias estadísticamente significantes ($p=0,035$). Entre los afiliados al régimen contributivo que pagaron por pruebas diagnósticas 32,7% eran cotizantes y 78,3% beneficiarios.

En el régimen subsidiado se encontró un reporte similar entre quienes tenían subsidio total, 39,7% y parcial, 38,9%; en el grupo donde no fue posible clasificar el tipo de subsidio se presentó el menor reporte de pagos por los servicios de pruebas diagnósticas.

Con relación al valor de los pagos realizados, 57,1% de los afiliados al régimen contributivo canceló entre \$1.000 y \$2.000 m/c, mientras 42,7% del subsidiado respondió no recordar el valor cancelado. La distribución porcentual del régimen contributivo disminuye en la medida que aumenta el rango pagado.

Gasto de bolsillo en medicamentos. 47,7% de los encuestados que reclamó los medicamentos tuvo que pagar por este servicio. El valor promedio pagado fue \$4.953,49, la mediana \$2.000,00 y el dato moda \$2.000 [DE=10.669,392].

Entre quienes reclamaron los medicamentos formulados, 70,5% de los afiliados al contributivo tuvo que pagar una cuota moderadora, frente a 17,0% del subsidiado, con diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$). Con relación a los valores pagados por medicamentos entre los afiliados al contributivo, 88,2% aportó una cuota entre \$100 y \$2.000 m/c; en el mismo rango pago 22% del subsidiado; 34,0% de estos pagó entre \$20.200 y \$60.600 m/c.

Gastos de bolsillo en especialistas. De las personas que consultaron al especialista, 39,3% tuvo que pagar por dicho servicio. El valor promedio pagado fue \$13.677,52, la mediana \$2.000,00 y el dato moda \$2.000 [DE=42.284,195].

Según régimen de afiliación, el pago fue realizado por 46,5% de los afiliados al contributivo, y por 30,9% del subsidiado. Un valor entre \$1.000 y \$2.000 m/c fue cancelado por 74,6% de los afiliados al régimen contributivo; en el subsidiado, 73,5% canceló entre \$2.100 y \$7.600 m/c. Los pagos mayores de \$100.000 m/c fueron reportados en el régimen subsidiado.

Gastos de bolsillo en hospitalización. 38,6% de los afiliados quienes usaron un servicio curativo de salud en el último mes y fueron hospitalizados durante el último año le cobraron algo por el servicio. El valor promedio pagado fue \$137.790,97, la mediana \$120.000,00 y el dato moda \$16.200 [DE=112392,334].

31,7% de los afiliados al régimen contributivo, y en 42,9% de los afiliados al régimen subsidiado tuvo que pagar por la hospitalización. 100% de los afiliados al contributivo reportaron pagos mayores a \$100.000 m/c, mientras los afiliados en el subsidiado cancelaron desde \$7.770 m/c e incluso hasta mayores de \$100.000, 39,5%.

Los afiliados del régimen contributivo que fueron hospitalizados eran beneficiarios; mientras en el régimen subsidiado, entre quienes tenían subsidio total, 58,3% pagaron más de \$100.000 m/c y 41,7% no recordaba el valor cancelado; entre los afiliados con subsidio parcial, 44,4% pagó entre \$20.200 y \$60.600, y 55,6% un valor mayor de \$100.000 m/c. Finalmente quienes pertenecían al régimen subsidiado pero desconocían el tipo de subsidio, 57,1% pago entre \$7.700 y \$20.100 m/c, 19,0% entre \$20.200 y \$60.600 m/c y 23,8% más de \$100.000 m/c. El 100% de los afiliados que fueron hospitalizados pagaron la totalidad de lo cobrado.

Gastos de bolsillo en el servicio de urgencias. 27,8% de los usuarios de un servicio de urgencias en el último año tuvo que pagar algo por el mismo. El valor promedio pagado fue \$15245,30, la mediana \$2000,00 y el dato moda \$ 2000 [DE=40529,002].

31,4% de los afiliados al contributivo y 22,1% de los afiliados al régimen subsidiado reportaron pagos. Al preguntar por el monto pagado, 79,8% de las personas del contributivo pagaron entre \$100 y \$2.000 m/c, en general los montos fueron inferiores a \$20.100 m/c, por su parte en el régimen subsidiado se encuentran montos más altos, 57,4% pago entre \$2.100 y \$7.600, y el 27,7% un valor superior a \$100.000 m/c. Los afiliados al régimen contributivo, tanto los cotizantes como los beneficiarios, cancelaron en mayor porcentaje cuotas moderadoras entre \$1.000 y \$2.000 m/c, 41,2% y 86,4% respectivamente. Las cuotas máximas canceladas fueron por un valor de \$20.100 m/c, estas solo fueron reportadas por los cotizantes dentro del régimen contributivo. Llama la atención los pagos reportados por el servicio de urgencias, en los cotizantes, esto puede implicar que más que atenciones de urgencia es una demanda de consulta general prioritaria.

Las cuotas pagadas por los afiliados al régimen subsidiado que no sabían el tipo de subsidio y aquellos que tenían subsidio total fueron mayores a \$100.000 m/c, en el 100% y 61,5% respectivamente, por su parte, quienes tenían subsidio parcial, 75,9% canceló cuotas entre \$2.100 y \$7.600 m/c, seguidos por el 13,8% que no recordaban el monto cancelado y 10,3% entre \$100 y \$2.000 m/c.

Los afiliados al contributivo pagaron todo el dinero que les fue cobrado, 72,3% de los afiliados al subsidiado hizo lo mismo, mientras 27,7% hizo un pago parcial. Dificultades para pagar fueron reportadas en 1,9% de los afiliados al contributivo y 57,4% de los afiliados al subsidiado. Estas se resolvieron pidiendo prestado para cubrir la deuda, en el caso del contributivo, mientras en el subsidiado el dinero fue obtenido así: recolectando entre los vecinos, 34,6%, pidiendo prestado, 30,8%, pagando por cuotas, 19,2% y reciclando, 15,4%.

DISCUSIÓN

En general los resultados obtenidos muestran diferencias en el acceso a servicios de salud entre la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado residente en estrato socioeconómico II, del barrio República de Israel de Santiago de Cali. Estas diferencias se exploraron desde dos referentes: (1) la política pública con relación al acceso a los servicios de salud en Colombia y (2) la vivencia de la población en el proceso de usar los servicios, partiendo de su percepción de las necesidades de atención.

Este estudio se realizó con base en el modelo de Aday y Andersen²³ que plantea el acceso como un concepto más político que operativo, está determinado por la política de financiamiento y organización de servicios, en nuestro caso inmersa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la cual influencia cuatro elementos estrechamente relacionados: las características de la oferta y de la población, las cuales actúan como indicadores del proceso de acceso; el uso de los servicios y la satisfacción de la población, a su vez indicadores de resultado.

El estudio analizó la política, desde la visión del investigador y exploró variables en todos los elementos del modelo de Aday y Andersen – descrito detalladamente en el marco teórico–, desde la perspectiva poblacional, por consiguiente la política y los demás elementos del modelo se desarrollan tanto desde los resultados del análisis de la misma como desde la información procesada a partir de los reportes de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado, usuaria de servicios de salud.

Es importante anotar que los elementos del modelo están fuertemente interrelacionados, por consiguiente esta discusión integra y conecta las diversas variables en un esfuerzo por presentar la complejidad del fenómeno. También la discusión retoma los planteamientos de Frenk²⁴ en una propuesta sobre medición de accesibilidad los cuales a juicio de la investigadora permiten enriquecer el análisis.

LA POLÍTICA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Lo primero que se releva en el análisis de la política es que los objetivos del Sistema General de Seguridad de Salud en Colombia (SGSSS) y de la política de prestación de servicios de salud no son coherentes con las finalidades fundamentales de un sistema de salud como lo plantea la OMS: “producir salud de la mejor manera posible en cada

situación específica²⁶, dado que están orientados a regular el servicio y garantizar el acceso, más en términos de cobertura de afiliación al sistema que de coberturas de atención según la necesidad de los individuos.

El elemento fundamental que concreta los derechos en materia de atención en salud de la población colombiana es el paquete básico de servicios, póliza, al cual se accede mediante la estrategia de aseguramiento, bajo el principio de la universalidad. Este paquete es conocido como plan de beneficios, el cual en nuestro caso es de dos tipos: el Plan obligatorio de salud del régimen contributivo, POS-C y el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, POS-S.

El análisis de La Corte Constitucional en la sentencia T760 de 2008, hace evidentes los problemas en la regulación del sistema y los problemas en el acceso, debidos a los contenidos de los planes de beneficio, pero también a la forma como opera este en la realidad a pesar de los principios y de la extensa normatividad al respecto. Entre las reglas del servicio público en salud, declaradas en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se relevan de especial importancia para el acceso: la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia y la calidad están lejos de su pleno cumplimiento. Los resultados de este estudio así lo demuestran.

El paquete de servicios de salud

Desde el análisis de los contenidos de los planes de beneficio en su relación con los principios constitucionales y los principios y fundamentos definidos en el SGSSS, es evidente que las diferencias entre el POS-C y POS-S surgen desde la misma política siendo violatorias de la equidad y la protección integral en la medida en que ofrecen menos servicios a quienes más los necesitan y dejan por fuera grupos importantes de poblaciones, hasta antes de octubre de 2009, los mayores de 1 año hasta 11, y aun las mujeres pobres cabeza de hogar y sin trabajo, así como a los ancianos.

Desde el punto de vista de los contenidos son notables las diferencias entre los dos planes en las actividades, intervenciones y procedimientos de nivel II y III, descritas anteriormente. Adicionalmente, La Corte encuentra falta de precisión en la definición de los contenidos del POS para ambos regímenes, la cual facilita la inadecuada interpretación de los vacíos, referidos a inclusiones y exclusiones de los planes de beneficio e incluso sobre los derechos contenidos explícitamente, por parte de las EPS (aseguradoras), las IPS (prestadores) y los usuarios; para dicha interpretación las entidades no cuentan con criterios que orienten la toma de decisiones, solo algunos que el sector de la justicia ha promulgado durante la producción de jurisprudencia dirigida a proteger el derecho a la salud; la cual en muchos casos no ha sido apropiada por los actores del Sistema. Especialmente las aseguradoras o las prestadoras, cuando asumen el riesgo, han venido aplicando la interpretación que resulte más favorable a sus resultados administrativos y financieros subvalorando la protección de los derechos de la persona.

Pero no solo los contenidos constituyen diferencias en el acceso, también las determinan la fragmentación de los planes dada la definición de los mismos con base en actividades, procedimientos e intervenciones, el enfoque no está centrado en proporcionar una atención integral o en atender integralmente las necesidades y problemas de salud de la población sino en facilitar la administración de los recursos a través de la contratación y la facturación por el pago de servicios producto de la intermediación de las aseguradoras entre el Estado y las prestadoras.

Aunque las enfermedades de alto costo están incluidas éstas se definen por actividades más que por las patologías, garantizando los recursos en el Sistema para pagar por los servicios a las IPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado; sin embargo, la tendencia al incremento en la atención de los eventos de alto costo, sin bien resuelve las necesidades de la población también amenaza la sostenibilidad del Sistema.

La obligatoriedad de la afiliación al Sistema

La obligatoriedad de la afiliación al SGSSS para todos los habitantes, es otra de las reglas que continúa siendo eludida. En el caso del régimen contributivo, no solo por sectores de la población con vinculación informal a la economía y con poder adquisitivo, sino por los pequeños empresarios, para quienes la escasa rentabilidad de sus

negocios y las cargas impositivas del Estado limitan sus capacidades para vincular formalmente a sus empleados a la seguridad social en salud y a los riesgos profesionales. Igualmente, los mecanismos de vigilancia de la elusión sobre los particulares aún no operan eficientemente. Por otra parte, desde el mismo Estado, esta regla del Sistema es incumplida cuando aún el país cuenta con población pobre sin asegurar y cuando las altas tasas de desempleo dejan a familias de estrato medio y bajo desprotegidas y población de adultos jóvenes y mujeres que no consiguen empleo sin posibilidad de acceder al subsidio, pues este prioriza los niveles I y II del SISBEN.

En los hallazgos del presente estudio, el análisis de la ocupación, las posiciones ocupacionales, las características de la afiliación al SGSSS en la población de estudio, el contexto socioeconómico del barrio confirma los anteriores planteamientos.

Es así como, la observación del barrio durante el trabajo de campo permitió identificar diferencias socioeconómicas al interior de este, aunque todos sus lados de manzana están estratificados como II, la zona oriental se percibe mucho más deprimida. Los sectores aledaños a la autopista, zona occidental, tiene mejores condiciones en la estructura de sus viviendas y en las condiciones socioeconómicas de sus habitantes; tal vez esto explique la disminución en un 10% de la proporción de afiliados al subsidiado entre el 2005 y el 2009, y el incremento de la población no asegurada, pues las características de la infraestructura, el equipamiento de las viviendas, la mayor proporción de población trabajadora, un mejor nivel educativo seguramente sitúan estos individuos en un nivel de SISBEN mayor a II. Aún 11,6% de los habitantes del barrio no están afiliados a la seguridad social, 47,2% de la población pertenece al contributivo y 37% al subsidiado.

En el régimen subsidiado se encontraron importantes proporciones de ocupaciones como obrero o empleado particular y trabajador por cuenta propia, en el primer caso, la cifra puede ser ilustrativa de la evasión y la elusión en el sistema, en el segundo caso de la elusión además de las altas cifras de ocupación informal en poblaciones pobres como la de este barrio. Los porcentajes de obrero o empleado del gobierno, patrón o empleador y empleado doméstico suman 9%, en cumplimiento de la norma todos tendrían que estar vinculados al régimen contributivo. En el contributivo se observa un porcentaje inferior al 1% de empleados domésticos y muchos menos trabajadores por cuenta propia asegurados que en el régimen subsidiado. Un mayor número de mujeres tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo hacen parte del grupo de los desempleados, siendo la proporción más alta en el subsidiado. Lo cual significa mayor población pobre y vulnerable en dicho régimen recibiendo un paquete más limitado de servicios de salud.

Entre los afiliados al régimen contributivo se encontró un 7,7% de población desocupada, la cual podría salir de este régimen, si no consigue trabajo o si no cumple con los criterios para ser beneficiaria de un cotizante, contribuyendo a engrosar el porcentaje sin afiliación, población denominada pobre no asegurada, PPNA. Es de esperar que entre la población económicamente activa afiliada al subsidiado la cifra de desempleo sea relativamente alta, sin embargo, en este estudio solo el 17,8% se reportó desocupada. Habría que profundizar en el tipo y calidad de las ocupaciones.

La libre escogencia y el acceso a información

La libre escogencia, es vulnerada cuando se permite la integración vertical así sea solo en un 30% entre las aseguradas y su propia red de servicios, al igual que cuando la oferta de IPS es limitada; también cuando la población no es informada de este derecho y cuando los trámites exigidos para cambiarse de IPS por problemas en la atención en el régimen subsidiado están lejos de poder ser cumplidos por una población de bajo nivel educativo, muchas veces temerosa que difícilmente cuenta con el dinero para transportarse y el tiempo.

Los hallazgos del estudio reafirman la vulneración de esta regla del servicio público de salud especialmente para el régimen subsidiado, en aspectos como la libre elección, el acceso a información y las redes en integración vertical. No se exploró sobre los trámites para cambiar de EPS e IPS.

63,5% de los afiliados al subsidiado reportaron no haber tenido la oportunidad de escoger la entidad promotora a la

que se quería inscribir con una diferencia de 42 puntos porcentuales menos para el contributivo. En el mismo sentido y frente a la selección del prestador de servicios de salud, la selección no fue posible para 63,5% del subsidiado, se calcularon 32,5 puntos porcentuales menos para el contributivo. Reportaron no haber recibido información escrita sobre los derechos 62% del subsidiado con 12 puntos menos para el contributivo; un comportamiento muy similar se encontró con relación a la información sobre el portafolio de servicios a los cuales se tiene derecho.

El estudio también estimó el reconocimiento de los afiliados sobre los proveedores en los diferentes niveles de complejidad, encontrando un pobre resultado que favorece al régimen subsidiado con 22,3% y una diferencia significativa ($p=0002$) de 15,1 puntos porcentuales con respecto al contributivo.

Con relación a la integración vertical, la mayoría de las IPS consultadas con mayor frecuencia en el contributivo pertenecen a las EPS o tienen sociedades importantes con las mismas que afectan su independencia administrativa favoreciendo los intereses de la aseguradora y no los de los usuarios. En el subsidiado la red de nivel I es monopólica en el barrio y las opciones de otras redes son mínimas; por consiguiente, tanto desde las administradoras como desde los prestadores, el poder está centrado en la institución no en el usuario, afectándose el poder de utilización o acceso e incrementándose la resistencia, es decir los obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, como los denomina Frenk ²⁶.

La calidad y el acceso

La calidad es tal vez una de las reglas sobre la cual el Sistema trabaja, se cuenta con un gran desarrollo normativo y técnico al respecto, aquellas EPS e IPS que avanzan realmente en los procesos de acreditación se distinguen en el medio. Sin embargo, la voz de los usuarios expresada en las tutelas dice mucho de la calidad cuando esta se relaciona con el acceso a los servicios de salud y al goce del derecho fundamental.

La satisfacción del usuario es uno de los indicadores de la calidad de los servicios, los resultados de este estudio muestran una persistente insatisfacción con la prestación; esta situación se discutirá más adelante.

ACCESO POTENCIAL: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Según el modelo de Aday y Andersen, las características de predisposición al acceso observadas en la población, los recursos disponibles en la comunidad y las necesidades percibidas por los "consumidores" y evaluadas por los prestadores de servicios determinan en parte el acceso potencial a los servicios.

En la comunidad estudiada, se encontró para un mismo estrato socioeconómico características diferentes en variables socioeconómicas entre el grupo afiliado al régimen subsidiado y el del régimen contributivo; aunque son similares en cuanto a estructura demográfica, presentan discrepancias en escolaridad y ocupación que reflejan mejores condiciones para la población del régimen contributivo.

Las barreras culturales, generalmente prevalentes en la población de bajo nivel educativo, aunadas a la escasa conciencia social de la importancia de los servicios preventivos para la mayoría de los grupos poblacionales con excepción de la población menor de 5 años, parecen afectar especialmente el acceso potencial a este tipo de servicios, sentir la necesidad de usar un servicio de salud solo por prevención, tuvo una prevalencia de 19% en el régimen contributivo y 15,8% en el régimen subsidiado, con una diferencia estadísticamente significativa, explicable en parte, por las diferencias en el nivel educativo.

También, se encontró diferencia entre los regímenes en información que se requiere para ejercer el derecho a la atención en salud, tal como la escrita sobre los derechos en salud y el portafolio de servicios, situación expuesta en párrafos anteriores, lo que resulta más favorable para el régimen contributivo, aunque los hallazgos son preocupantes para ambos regímenes. Durante la aplicación de la encuesta se presentaron dificultades por el desconocimiento que los afiliados y los cuidadores y parientes tiene del tipo de subsidio. En coincidencia con Varela, Carrasquilla, Tono y Samper²⁷ las desigualdades encontradas en este estudio en la oportunidad de tener

conocimientos e información para interactuar en el SGSSS determinan obstáculos en ambos grupos estudiados, aunque más acentuados en el subsidiado para beneficiarse del mismo.

Dada la similaridad entre las características demográficas de las poblaciones estudiadas en cada régimen, la estructura de edad y sexo de ambos grupos, marca necesidades preventivas y eventos de riesgo compartidos por ciclos de vida y grupos específicos de población; sin embargo, estas son influenciadas por las condiciones del contexto en que transcurre la vida de las comunidades. Por ejemplo, si se revisan las causas de consulta general, de hospitalización y de urgencias, la enfermedad general es la primera causa, con leves diferencias entre los regímenes dependiendo del servicio utilizado; la población afiliada al contributivo reporta más accidentes, probablemente por los riesgos laborales o los propios del desplazamiento ligado a la ocupación; la violencia y la enfermedad mental se reportan en ambos grupos y son expresiones propias del contexto social donde convive la población de uno y otro régimen.

Con relación a los recursos disponibles en la comunidad, los cuales para Frenk constituyen parte del poder de utilización, los aportes al Sistema de la población afiliada al contributivo y de los empleadores así como los del Estado traducidos en subsidios a la demanda y a la oferta constituyen uno de los recursos potenciales más importantes para el acceso a los servicios de salud; la población estudiada de ambos regímenes cuenta con este recurso y demanda los servicios en la medida en que percibe la necesidad de consultar, es así como más de 95% de los afiliados en ambos regímenes que percibió la necesidad de usar un servicio preventivo, demandó atención; y también 92% de los afiliados al subsidiado y 96% del contributivo que sintió la necesidad de consultar un servicio curativo por un problema de salud.

A los anteriores recursos se deben sumar los propios del desplazamiento hacia las instituciones de salud, condicionados por una de las características de la oferta, la ubicación de los prestadores e incluso de los puntos de atención al usuario de las empresas promotoras de salud, donde se autorizan actividades no capitadas. Los hallazgos del estudio muestran mejores condiciones de acceso en términos de distancia para los afiliados al régimen subsidiado. Esta condición parece ser valorada por los usuarios del contributivo al escoger una EPS y seleccionar sus IPS, las prestadoras privadas usadas con mayor frecuencia son las ubicadas más cerca al barrio.

La población que cuenta con subsidios parciales destinados a cubrir la atención de la población materna infantil, traumatología y ortopedia y enfermedades catastróficas debe disponer de recursos para cubrir los costos de los servicios de consulta y complementarios no incluidos, los cuales, si se demuestra incapacidad de pago, deben ser prestados contra los subsidios a la oferta en la red pública de prestación.

Rubio (2008) encontró en Bogotá que alrededor de 30% de la población usa solo recursos propios para resolver necesidades de salud, en esta proporción participan en primer lugar la población no afiliada, en segundo lugar, la subsidiada y por último la contributiva. En concordancia y analizado desde la pertenencia de la institución que se consulta a la red de prestadores a los que se tiene derecho, se encontró como 18% de los subsidiados hizo uso de otras instituciones, con diferencias estadísticamente significativa ($p < 0.05$) frente al régimen contributivo, lo cual implica gastos de bolsillo adicionales en salud.

Los afiliados al régimen contributivo deben sumar en sus gastos, además de las cuotas moderadoras y los copagos, los costos del desplazamiento hacia y desde las redes de prestación. Desde la propuesta de Frenk se podría concluir que la población del contributivo por su condición de contar al menos con una persona en los hogares con vinculación formal al sistema laboral tiene opción de contrarrestar los obstáculos o resistencias de los servicios e imponer su poder de utilización conferido por el salario, sin embargo, en esta población prima el salario mínimo legal colombiano sobre el cual los gastos de bolsillo en salud representan cerca del 6% del ingreso de las personas más pobres²⁶.

Los resultados de este estudio muestran obstáculos como los descritos por Frenk, los cuales parecen estar transformando el sentido y los significados de la necesidad de atención en la población de ambos regímenes; las

prevalencias de necesidad sentida y de uso de servicios preventivos en los tres últimos meses (17,6% y 16,6% respectivamente) y problema de salud percibidos y uso de servicios curativos en el último mes (12,9% y 11,4% respectivamente) son relativamente bajas para una población pobre, que reporta 14% de percepción desfavorable sobre su estado de salud y una prevalencia de 11% de enfermedades crónicas. El estudio publicado en 2008 sobre equidad y acceso en la atención y equidad en la financiación en Bogotá, llama la atención sobre la baja prevalencia de necesidad sentida de enfermedad en esta población, una de las más bajas del país, estimada en 9,2%²⁹.

El país y las regiones necesitan nuevos estudios sobre necesidades en salud que profundicen en el tema y se contextualicen en la situación actual. También se requiere conocer las relaciones necesidad, demanda y oferta que permitan establecer estas comparaciones y actualizar estándares para la programación y la evaluación.

Al respecto de las necesidades de atención, un estudio en mujeres trabajadoras informales realizado recientemente en Palmira, Valle del Cauca, el cual incluyó valoración de salud por un profesional médico independiente de la oferta de aseguramiento, encontró condiciones críticas de salud física y mental con elevadas prevalencias en enfermedades oculares (44,8%), enfermedades crónicas no transmisibles (30,8%), enfermedades circulatorias (10%), depresión mayor (35,2%), riesgo de suicidio (33,8%) y trastorno de ansiedad generalizada (10%); se resalta la presencia de comorbilidad física y mental con presentación de disfunción familiar en el 70% de las mujeres evaluadas³⁰. Una situación como esta amerita una intensidad y concentración de uso importantes de servicios preventivos y curativos, en respuesta a las necesidades e inducción a la demanda; la cual está condicionada por múltiples situaciones; dado que estos aspectos profundizan en la necesidad, se requiere otro tipo de abordajes.

De otra parte, los obstáculos culturales para acceder a los servicios preventivos se reportaron con mayor frecuencia en el régimen subsidiado con relación al contributivo; esto, junto con otro tipo de barreras, propias de la organización de la oferta, puede estar relacionado con los resultados de las prevalencias de necesidades de atención tanto en servicios preventivos como curativos y determinado por el menor nivel educativo.

En el modelo teórico se presume que ante una necesidad de atención en salud el individuo desea tal atención³¹, sin embargo, hay situaciones subjetivas de la población y objetivas de la oferta que pueden estar afectando tanto la necesidad como el deseo de atención. Es decir, que percibir la necesidad de usar un servicio preventivo o de tener un problema de salud puede estar siendo influenciado por factores económicos, sociales y culturales de la población o por la resistencia de la oferta de servicios, de tal manera que el valor de la necesidad pierde fuerza y sentido a tal punto que dejan de expresarse. Esta hipótesis debería ser investigada.

En conclusión factores relacionados con los gastos de bolsillo, la asimetría en el acceso a la información sobre derechos en salud y el valor de la percepción de las necesidades en salud están afectando la capacidad de la población afiliada al subsidiado y al contributivo para buscar y obtener atención integral y continua, es decir su poder de utilización, término alternativo propuesto por Frenk para denominar el acceso real o potencial a los servicios de salud; aunque las diferencias resultan la mayoría de las veces más desfavorables al subsidiado, con excepción de los gastos de bolsillo que parecen afectar más al régimen contributivo.

ACCESO POTENCIAL: CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA

Como lo plantea Aday y Andersen, las características de la oferta incluyen la disponibilidad de los servicios y su organización, pues éstos deben estar disponibles en el momento y lugar en que el paciente los necesita y su forma de ingreso al sistema debe resultar clara.

Dadas las limitaciones de esta investigación para estudiar la oferta, derivadas de la decisión de explorar el acceso desde la perspectiva de la población, la discusión se orientará por las características de la oferta percibidas. Hipotéticamente, la población "conoce" las características de la oferta por sus experiencias en el uso de los servicios, por las referencias de otras personas o por la información que las instituciones le proporcionan. Con respecto al último aspecto ya se han mencionado los problemas del acceso a la información sobre derechos en salud y portafolio

de servicios.

La ubicación de los sitios de atención en salud es una de las diferencias más notables entre los regímenes, constituyéndose en obstáculo ecológico o barrera geográfica para una importante proporción de los afiliados al régimen contributivo. Mientras la red básica de servicios del régimen subsidiado está ubicada dentro del barrio o a pocas cuadras de este en sectores aledaños, anulando los gastos de transporte y disminuyendo el tiempo de desplazamiento en la mayoría de los usuarios, las redes de las EPS del contributivo están por fuera del barrio, con excepción de unas pocas que contratan servicios con la Empresa Social del Estado Sur Oriente con sede dentro del barrio. Las redes del contributivo se distribuyen en toda la ciudad, con algunas concentraciones en la zona centro-sur o en la norte, en sectores donde por tradición se concentran los prestadores privados de servicios de salud y en tres sitios cercanos al barrio, como se mostró en la georeferenciación hecha para este estudio.

El Sistema ha impuesto con el propósito de regular la demanda, buscando racionalidad en el uso de los servicios cobros como las cuotas moderadoras y los copagos; con excepción de la población sisbenizada, clasificada en nivel I, quien no paga copagos ni cuotas moderadoras. Adicionalmente, los servicios no cubiertos por los planes de beneficio, especialmente por el POS-S, conocidos como No POS-S, los cuales se esperaba fueran atendidos contra subsidio a la oferta por las instituciones públicas son cobrados por los prestadores inicialmente a la población, la cual mal informada e ignorando sus derechos, paga en detrimento de otros satisfactores de las necesidades básicas del hogar, empobreciéndose aún más; ante las necesidades de salud, la población con menos capacidad de pago tiende a racionar los gastos, especialmente en los servicios ambulatorios³², eso puede estar implicando postergación de la consulta y podría estar relacionado con los hallazgos de este estudio los cuales confirman la gravedad de los problemas de salud en una proporción importante de los usuarios que consultaron; la incapacidad total de realizar actividades por dicho problema de salud, no necesariamente otorgada por el proveedor de servicios, fue mayor entre los afiliados del régimen subsidiado, siendo estadísticamente significativa; una tercera parte de los usuarios se sentía gravemente enfermo.

La escasa disponibilidad de recursos en una población pobre como la de este estudio, afecta el acceso potencial y también la continuidad e integralidad de la atención, las barreras económicas identificadas en esta investigación disminuyen el acceso a la consulta médica y por especialistas, a los medicamentos y a las pruebas diagnósticas. Aunque la población subsidiada reporta mucho más que la contributiva, razones económicas para no acceder a los servicios mencionados, estas también son relevantes en el contributivo, éstas contribuyen a interrumpir en ambos regímenes los niveles de intervención necesarios en el proceso de recuperación de la salud.

Las razones para no demandar el servicio y para no ser atendido son similares entre los regímenes en cuanto a barreras administrativas –denominadas por Frenk obstáculos organizativos–, no así los obstáculos financieros o las barreras económicas, los cuales fueron mucho más frecuentes en el régimen subsidiado. Esta última situación podría ser explicada por las cuotas moderadoras, copagos y los gastos en tiempo y transporte. Todos los estudios y documentos revisados relacionados con acceso dan cuenta de las barreras en el sistema de salud colombiano, algunas son estructurales debido al diseño del sistema y a los contenidos de los planes de beneficio, otras generadas en la intermediación entre las aseguradoras y las prestadoras y las propias de la organización de los servicios de salud.

La calificación de aspectos específicos de los servicios realizada por los usuarios, la cual permite acercarse a otras características de los mismos se discutirá más adelante, desde la satisfacción del usuario.

ACCESO REALIZADO: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con respecto a la utilización de servicios, debido a que no siempre todos los individuos que desean ingresar al sistema lo logran, es necesario aplicar un tipo de validación externa, que indique si las características de la población y las de la oferta determinan una diferencia en la obtención de la atención, para esto Aday y Andersen proponen examinar factores propios de la utilización de los servicios de atención, en poblaciones específicas en el transcurso

del tiempo. En el presente estudio las variables de utilización se exploraron en la población y no en las prestadoras de servicios.

Los hallazgos del estudio muestran como más del 95% de la población del barrio afiliada al contributivo y al subsidiado que demanda un servicio preventivo o curativo es atendida. Esto significa que la entrada al sistema opera para quien expresa la necesidad y por consiguiente justifica la estrategia de inducción a la demanda, dadas las bajas prevalencias de uso encontradas entre los afiliados a ambos regímenes.

Llama la atención este resultado al compararlo con la ENS, 2007³³, la cual reportó prevalencias de consulta por un problema de salud, en la población de 6 a 69 años distribuida por regímenes de afiliación incluyendo los no afiliados, para el régimen contributivo del 55% y en el régimen subsidiado del 44%. De otra parte, en Bogotá Rubio-Mendoza, 2008, encontró entre quienes tuvieron un problema de salud como el 81,6% de la población del contributivo y el 73,2% del subsidiado acceden a los servicios de salud³⁴. Los hallazgos de este estudio en el barrio República de Israel muestran un indicador muy positivo para quienes demandan atención en el primer contacto con el sistema de salud. Sin embargo, los resultados muestran como la población afiliada al régimen subsidiado presenta más problemas y mayor necesidad de atención que el contributivo, pero que en términos de población atendida la diferencia es relativamente pequeña.

Pero la situación cambia cuando se estima el uso de los servicios con relación al tamaño de la población; como se mencionó anteriormente las prevalencias de necesidad sentida y de uso de servicios preventivos en los tres últimos meses y problema de salud percibidos y uso de servicios curativos en el último mes son relativamente bajas frente a una población pobre con alta prevalencia de enfermedades crónicas y un perfil demográfico en transición. Alrededor de una sexta parte de la población en el caso de los servicios preventivos y de una décima parte, en el caso de los curativos, cumple secuencialmente tres condiciones: (1) siente la necesidad de consultar, (2) demanda y (3) usa los servicios.

Acceso realizado a los servicios preventivos

Se encontraron diferencias significativas entre los dos regímenes estudiados con respecto a la necesidad de consultar servicios preventivos, siendo la prevalencia más alta en el régimen contributivo; no así frente a la demanda y a la atención. En el caso de los programas de demanda inducida, la necesidad sentida observada puede ser el reflejo de la publicidad más que de las experiencias del usuario.

La baja utilización de los servicios preventivos para ambos regímenes también fue encontrada por Realpe (2002) en Manizales³⁵ y se constata en la Encuesta Nacional de Salud 2007³⁶, según la cual en la distribución por regímenes de afiliación de las prevalencias de uso de servicios preventivos en el último mes para la población entre 6 y 69 años se encontró alrededor del 20% para el contributivo y 13% para el subsidiado; cerca del 16% del total de la población uso un servicio preventivo en el último mes.

Es notable en este estudio el uso de la consulta o el chequeo médico auto reportado como servicio preventivo, el cual ocupa el primer lugar entre las frecuencias de necesidad sentida para ambos regímenes, esto podría significar un desplazamiento de los programas de salud pública. Frente al uso de programas preventivos, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres por grupos de edad y entre regímenes, con resultados muy positivos en los grupos de menores de un año para el programa ampliado de inmunizaciones y el control de crecimiento y desarrollo; los servicios preventivos odontológicos fueron pobremente reportados en la población en edad escolar, con un ligero incremento en las mujeres de 10 a 14. Entre las mujeres de 45 a 79 años, 2 de cada 100 se tomaron la citología vaginal en los últimos tres meses y 4 de cada 100 en el grupo de 20 a 44 años; el examen de mama y la planificación familiar tienen reportes de uso muy bajos. En la distribución por sexo, el programa del adulto mayor es utilizado por debajo de un 20% en los hombres y las mujeres del grupo de 45 a 79 años. Aunque las proporciones de uso del programa de salud mental auto reportadas fueron bajas, se percibe su uso por algunas mujeres en casi todos los

grupos de edad.

Lo descrito en el párrafo anterior amerita la revisión de varios aspectos: la relevancia social de los programas preventivos, la promoción del acceso y la utilización de los mismos y el estado actual de la oferta de servicios preventivos.

Acceso realizado a los servicios curativos

Con relación al acceso a los servicios curativos, se encontró diferencia significativa favorable al régimen contributivo frente a sentir la necesidad de consultar por un problema de salud. La mayoría de las personas de ambos regímenes que tiene un problema de salud y siente la necesidad de usar un servicio es atendida.

Este resultado supera de manera importante los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud 2007³⁷, donde las prevalencias, incluyendo los no afiliados se situaron alrededor del 50%. La situación es una franca ganancia del sistema y podría traducirse en beneficios importantes si se lograra integralidad en la atención y se mejorara el acceso a medicamentos, pruebas diagnósticas y servicios especializados, problemas evidentes en esta investigación que además revelan prestaciones inequitativas para el régimen subsidiado. Es así como: 14,3% del contributivo y 26,8% del subsidiado ($p<0,05$) no accede a todas las pruebas de laboratorio ordenadas; 12,2% de los afiliados al contributivo y 44,1% de los subsidiados ($p<0,05$) no accede a los medicamentos prescritos; 15,1% del contributivo y 24,7% del subsidiado no acceden a la consulta con especialista ($p=0,957$). Las segundas especialidades no fueron usadas por los afiliados al régimen subsidiado.

Con respecto a los servicios de hospitalización, por régimen de afiliación, los usuarios que recibieron una orden correspondieron a 9,7% del contributivo, y 20,0% del subsidiado, diferencias estadísticamente significantes ($p=0,024$). Entre éstos, 90,8% del contributivo y 88,3% del subsidiado fueron internados al menos por una noche. Con relación al tiempo transcurrido entre el momento en que el profesional de salud le dio la orden y el momento en que le hospitalizaron se encontró como 27,1% de los usuarios del contributivo esperó entre 3 a 29 días, así como 12,2% del subsidiado e incluso 5,1% de los subsidiados reportó esperas mayores a 30 días. Estos periodos están relacionados con la disponibilidad de camas en la red hospitalaria; después de la enfermedad general, la cual ocupó el primer lugar en causas de hospitalización para ambos regímenes, aparece la cirugía programada en el contributivo, esto podría explicar los tiempos superiores de espera para este régimen en el rango de 3 a 29 días.

Con relación al uso de los servicios de urgencias en el último año, 49,6% de los afiliados al régimen contributivo, y 38,7% de los afiliados al subsidiado, quienes tuvieron un problema de salud y usaron un servicio formal de salud en el último mes, sintieron o tuvieron la necesidad de usar el servicio de urgencias en el último año; 100% de éstos acudieron al servicio y fueron atendidos, estas cifras resultan similares a las de la Encuesta nacional de salud, 2007³⁸. Con relación a las causas de consulta, la enfermedad general es la principal causa con proporciones similares entre los dos regímenes; la enfermedad o problema mental así como las lesiones por violencia con proporciones bajas, se reportan un poco más altas en este estudio con respecto a la ENS; la enfermedad general aparece en mayor proporción en el régimen subsidiado, mientras la enfermedad mental y la violencia solo en el contributivo; las lesiones por accidentes se duplican en el contributivo con respecto al subsidiado.

El promedio anual de frecuencia de uso del servicio de urgencias fue de 2,49 [DE=2,04], con valores extremos de uno y doce veces. 50,0% reportó dos o menos consultas al servicio de urgencias en el último año; para los afiliados al contributivo fue mayor el uso dos veces al año y entre cinco y doce veces; por su parte, en los afiliados al subsidiado la frecuencia de uso se concentró en una vez, y entre tres y cuatro veces. La consulta de urgencias fue reportada como lugar para resolver necesidades sentidas de servicios preventivos y puede ser una vía para obtener respuestas con menores trámites a problemas que deberían ser resueltos en servicios ambulatorios, como lo reportó el estudio sobre acceso a los servicios de urgencias en Medellín, publicado en 2006, donde la principal causa de no admisión fue por considerarse la causa de consulta como no urgente y en mayor proporción en los niveles 1 de

atención, con 80.2 %³⁹.

ACCESO REALIZADO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Andersen también incluyó la subjetividad de los usuarios de los servicios en las evaluaciones a través de medir la conformidad o el descontento de los individuos para obtener un servicio de salud, mientras que Freeborn y Greenlick, citados por Andersen⁴⁰, proponen basarse en la opinión de los pacientes sobre la disponibilidad de los servicios en el momento y el lugar requeridos y por la mejoría que perciben como resultado de la atención recibida.

Los resultados de este estudio muestran una insatisfacción generalizada de los usuarios con algunas de las características de los servicios curativos y con la resolución de los problemas por los cuales se consulta. Con diferencias entre los regímenes y según el tipo de servicio y la variable calificada.

En la consulta por un problema de salud, los aspectos que generan mayor insatisfacción tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado son la duración de la consulta y la resolución del problema; se encontraron diferencias significativas en el tiempo de espera y en la ubicación del sitio; mientras los afiliados al subsidiado se sienten más insatisfechos con el tiempo de espera, los afiliados al contributivo con la ubicación del sitio.

17,1% de los afiliados al contributivo y 10,0% de los afiliados al subsidiado consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud ($p=0,533$). En ambos regímenes la principal razón para consultar a otra persona fue la insatisfacción, 70,6% en el contributivo y 100% en el subsidiado.

En el servicio de pruebas diagnósticas, la duración de la atención y el tiempo de espera fueron las características que generaron insatisfacción en los usuarios de ambos regímenes. Mientras en el contributivo se percibieron más insatisfechos con la información recibida, la ubicación del sitio, el tiempo de espera y el tiempo de entrega de los resultados, en el subsidiado primó la duración de la atención, el trato recibido, la forma en que le hicieron el procedimiento y la comodidad.

Con respecto al servicio de farmacia, la duración de la atención, la entrega total de los medicamentos, la ubicación del sitio y el tiempo de espera fueron los aspectos que generaron insatisfacción en las mayores proporciones. La comparación por régimen muestra mayor insatisfacción entre los usuarios del subsidiado. Con relación a la ubicación del sitio, también el subsidiado supera al contributivo en las calificaciones desfavorables.

Frente a la consulta por especialistas, se encontraron para el contributivo y el subsidiado, importantes porcentajes de insatisfacción con relación a la resolución del problema y la ubicación del sitio. 43,3% del contributivo valoró negativamente el tratamiento ordenado, 31% la información recibida y 35,7% la forma en que le examinaron. La comparación mostró diferencias importantes, con significancia estadística en el "tiempo para ser atendido en sala de espera" y la comodidad, afectando en ambos casos mucho más al régimen subsidiado.

La calificación de las características del servicio de hospitalización mostró similitud y satisfacción con la atención recibida del profesional médico; se percibió insatisfacción entre los usuarios del subsidiado con porcentajes alrededor de 35% en el tiempo de espera para ser hospitalizado, la duración de la hospitalización, la privacidad; mientras cerca de 30% de los usuarios del contributivo valoraron negativamente la atención por el personal de enfermería, el trato recibido y la resolución del problema.

En el servicio de urgencias, se encontraron percepciones negativas importantes en el contributivo y el subsidiado para la resolución del problema, el tiempo de espera para ser atendido por el médico y la duración de la atención. Entre los usuarios del subsidiado se obtuvieron porcentajes más altos de insatisfacción para comodidades, información recibida, privacidad, duración de la atención y tiempo para ser atendido. El tiempo para ser atendido por el médico obtuvo calificaciones más positivas en el contributivo. Se encontró diferencia significativa en la privacidad, afectando ostensiblemente al subsidiado.

En concordancia con la ENS, 2007, se encontró que los proveedores de servicios están dando a la mayoría de los

usuarios información durante la atención, con similitud en ambos regímenes, sin embargo, esta investigación profundizó en el contenido de la información y se encontró que ésta no es completa, casi 50% de los usuarios no son informados sobre su tratamiento y porcentajes mayores no reciben información sobre cuidados a seguir o sobre su tratamiento. Las deficiencias en información pueden afectar la continuidad del autocuidado y relativizar la importancia de las pruebas diagnósticas o del tratamiento, las cuales generan gastos adicionales para la población, la decisión es del usuario y ante las limitaciones económicas ésta puede ser postergada o finalmente descartada.

Estos resultados cuestionan la implementación del sistema de garantía de la calidad en los prestadores de servicios, tanto públicos como privados, aunque deben alarmar especialmente a la red pública, la cual parece aportar a la inequidad entre los regímenes. También implican revisar los criterios con los cuales las aseguradoras seleccionan las redes de prestación de servicios.

Financiación

En el barrio República de Israel, al igual que en todo el país, los afiliados al régimen contributivo y subsidiado a través del aseguramiento financian sus gastos en salud en la medida en que demandan la atención y la cobertura de su póliza, en relación con el plan de beneficios que los cubre. Sin embargo, los copagos, las cuotas de recuperación, los servicios no cubiertos, la búsqueda de atención por fuera de la red a la que se tiene derecho genera gastos de bolsillo tanto para la población afiliada al contributivo como para la subsidiada con una carga superior para los usuarios afiliados al contributivo; la única excepción fue para el servicio de hospitalización.

Con excepción de la hospitalización, el valor moda pagado en cada tipo de servicio fue \$2000 c/te, lo cual significa que muchos de los usuarios pagaron la cuota moderadora mínima establecida para el contributivo en el 2009. Esto también significa que en el caso del contributivo los afiliados perciben el salario mínimo mensual legal vigente y en el subsidiado pagan las personas clasificadas en nivel II de SISBEN.

56,8% de la población que usó un servicio curativo de salud en el último mes tuvo que pagar por el servicio consultado, el valor promedio de pago fue \$9.815 [DE=7.939,87]. Pagó 58,9% de los afiliados al régimen contributivo y 41,4%, del subsidiado ($p=0,007$). En el caso de los afiliados que consultaron una segunda persona por el mismo problema de salud, reportó pagos 57,5% del contributivo y 55,6% del subsidiado; el comportamiento fue similar al encontrado durante la primera atención. Aunque varios de estos pagos se hicieron por fuera del sistema.

48,8% de la población que se tomó todas o algunas de las pruebas diagnósticas tuvo que pagar, el valor promedio fue \$7.180,9 [DE=8.126,305]. Mientras en el régimen contributivo pagó 61,9% en el subsidiado 32,7% ($p=0,035$).

47,7% de los encuestados que reclamó los medicamentos tuvo que pagar por este servicio, el valor promedio fue \$4.953,49 [DE=10.669,392]. Pagó 70,5% de los afiliados al contributivo frente a 17,0% del subsidiado ($p<0,05$).

Entre quienes consultaron al especialista, 39,3% pagó por el servicio, el valor promedio fue de \$13.677,52 [DE=42.284,195]. Pagó 46,5% de los afiliados al contributivo y 30,9% del subsidiado.

38,6% de los usuarios que fueron hospitalizados durante el último año pagó por el servicio, el valor promedio fue \$137.790,97, la mediana \$120.000,00 y el dato moda \$16.200 [DE=112392,334]. Contrario al comportamiento para los anteriores servicios, en el análisis por régimen la proporción del subsidiado que pagó fue más alta que la del contributivo, 42,9% y 31,7% respectivamente.

27,8% de los usuarios de un servicio de urgencias pagó algo por el servicio, el valor promedio fue \$15.245,30 [DE=40529,002]. 31,4% de los afiliados al contributivo y 22,1% del subsidiado reportaron pagos, es posible que la demanda de servicio de urgencias responda a la consulta prioritaria.

En el caso de los servicios de hospitalización y de urgencias, los gastos en salud de la población están relacionados con servicios no POS-S y copagos afectando de manera regresiva la equidad en la financiación en el régimen

subsidiado.

Un estudio realizado en Cartagena sobre gasto privado en salud en hogares encontró como una familia que pertenece a los estratos 1 ó 2, tiene ingresos menores y muchas veces inciertos en comparación con estratos superiores. Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud en proporción al ingreso del hogar es mayor en dicha familia, lo cual muestra una clara situación de inequidad vertical en el financiamiento del sistema de salud. Dicho estudio concluye que los estratos más bajos (1 y 2) incurrir en un gasto de bolsillo mayor con relación a su ingreso, que los estratos más altos.⁴¹

Los resultados del presente estudio muestran, tanto para el subsidiado como para el contributivo, como algunos hogares se han visto obligados a incurrir en pagos que superan la capacidad económica, por ejemplo, para cubrir gastos en salud de hospitalización algunas personas recurrieron a la caridad pública y al reciclaje, lo que soporta las declaraciones de la OMS, quien considera que cuando los hogares incurrir en un gasto en salud mayor del 30 % de su ingreso, se está frente a una situación de catástrofe económica para el hogar.

En acuerdo con el estudio de Cartagena, *"el gasto puede llegar a hacerse insostenible para hogares que pertenecen a un estrato de población con ingresos mensuales relativamente bajos"* y por consiguiente *"falta equiparar las cargas para obtener mejores resultados"*.

VALIDEZ DEL ESTUDIO

Se destacan varios aspectos. Por un lado, el marco teórico es consistente con las características propias del fenómeno y la población estudiada, orientó el diseño del estudio y facilitó la discusión de los resultados. De otro lado, la utilización de preguntas validadas en estudios nacionales, la aplicación de dos pruebas piloto, la metodología de muestras complejas, un tamaño robusto de muestra y el seguimiento estricto al cumplimiento de los aspectos del diseño, la recolección y el procesamiento de la información, dan cuenta de la validez.

Lo anterior soporta la inferencia de los resultados a la población, no solo del barrio sino de la comuna. Siendo la población colombiana mayoritariamente pobre, la situación encontrada en este estudio podría ser generalizable a la de otros grupos humanos que viven en contextos similares.

Los resultados del estudio mostraron coincidencias con encuestas nacionales y con otras investigaciones, por su carácter exploratorio, algunas variables no han podido ser contrastadas con otros estudios pues no han sido investigadas.

Son limitaciones la falta de consulta de fuentes institucionales para caracterizar la oferta de servicios y la metodología para explorar necesidades en salud, que, aunque coincide con la forma en que los estudios nacionales se están aproximando no parece ser sensible para identificarlas y medirlas.

PROYECCIONES DEL ESTUDIO

Con la información que se ha recolectado en este proyecto es posible que se puedan realizar otro tipo de procesamientos, tales como la aplicación de técnicas multivariadas, que pueden ser del tipo explicativas o descriptivas de acuerdo con la metodología utilizada, entre las que pueden estar, para las explicativas: análisis de regresión múltiple, análisis discriminante, análisis multivariado de varianza y covarianza, análisis de regresión logística y ecuaciones lineales estructurales; y para las descriptivas: análisis de datos categóricos, correlación canónica, análisis de clúster, análisis factorial y de componentes principales.

Todos los análisis antes mencionados pueden ser aplicados para responder preguntas de nuevas investigaciones, dada la complejidad del procesamiento que requieren, además de la verificación de supuestos y posterior interpretación de resultados, lo cual demanda gran cantidad de tiempo y supera los recursos disponibles para esta

investigación.

Específicamente, como la necesidad sentida es una variable dependiente de tantas covariables sería interesante hacer una regresión logística donde la variable dependiente sea tener o no necesidad sentida (una OR) y como variables explicativas se incluyan tipos de servicio, sexo, edad, régimen de afiliación, aseguradora, entre otros. Por supuesto, verificando que se cumplan los supuestos para una regresión. Un análisis similar debería hacerse para la demanda expresada y para la demanda atendida.

RELEVANCIA DE LOS RESULTADOS PARA LA SALUD PÚBLICA

Según la OPS (2002), uno de los retos de la salud pública es mejorar las prácticas sociales específicas y necesarias para la atención en salud; las cuales se relacionan con la demanda social y con una oferta de servicios en salud en respuesta a los problemas, necesidades y demandas de atención⁴².

Los resultados de esta investigación aportan a dicho reto en la medida en que describen en la operación del sistema y desde la voz de las comunidades, hechos relacionados con el acceso a los servicios de salud, amplían y profundizan en las características de los mismos, los relacionan con los atributos, percibidos por los usuarios, de la oferta de servicios y con la experiencia de uso reportada por los mismos y vinculan todo lo anterior con los marcos políticos que regulan y estructuran la prestación de servicios en el sistema de salud.

En el marco local, los resultados aportan, tanto a la comunidad como a las instituciones, información útil para modificar prácticas sociales relacionadas con el acceso potencial y real a la atención en salud.

En el marco municipal, relevan aspectos fundamentales que deben ser atendidos para avanzar en el cumplimiento de dos de las funciones esenciales de la salud pública: evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios y garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos. Estos resultados pueden ser además referentes de trabajo para el seguimiento de las metas en salud pública, la evaluación de resultados, la promoción de la participación comunitaria, entre otros.

En el marco nacional, los resultados deben alertar a los organismos de dirección, regulación y control sobre la brecha entre las intenciones de las reglas o principios del servicio público de atención en salud relacionadas con el acceso y los resultados; situación que aleja al Sistema del cumplimiento de los preceptos constitucionales. Bajo el supuesto del interés nacional por mejorar los resultados en salud, los resultados de esta investigación, de otras recientemente publicadas, así como la jurisprudencia en materia de acceso a los servicios de salud deberían ser usados para tomar decisiones sobre el sistema.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El acceso potencial y real a los servicios de salud de la población de estrato socioeconómico II de un área urbana de Santiago de Cali se afecta por el tipo de aseguramiento en salud. Hay diferencias, algunas con significancia estadística, en las características de la población y de la oferta que influyen el acceso para los dos grupos estudiados: los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al subsidiado. Estas diferencias se constituyen en desigualdades en unos casos e inequidades en otros, dependiendo de las condiciones de vida, las necesidades de la población y la respuesta institucional.

Las dos poblaciones estudiadas, comparten la misma estratificación socioeconómica, correspondiente a condiciones de pobreza, pero tienen diferencias en nivel educativo, ocupación e ingresos, las cuales favorecen al régimen contributivo e influyen la cultura en salud y las decisiones al respecto. Por consiguiente, las intervenciones de salud pública deben contemplar estas diferencias en las estrategias de promoción del acceso y también establecer alianzas intersectoriales, experiencias institucionales y comunitarias que promuevan modificaciones en la cultura y la

educación en salud.

Ambas poblaciones cuentan con los recursos propios de sus pólizas de aseguramiento para cubrir las necesidades en salud, las cuales son inequitativas pues otorgan más beneficios a la población del contributivo; sin embargo, los copagos y las cuotas moderadoras y los gastos de desplazamiento, implican gastos de bolsillo en esta población que desestimulan la demanda, dado los bajos ingresos. Una situación similar vive los afiliados al régimen subsidiado con nivel II del SISBEN, la cual empeora para quienes tienen subsidios parciales, agravada por sus características socioeconómicas. Por lo anterior, el sistema de seguridad social colombiano debe estudiar más a fondo las implicaciones económicas para las poblaciones pobres; los servicios preventivos están libres de las cargas adicionales, así que deberían ser más desarrollados y promocionados para actuar mucho más sobre los riesgos y controlar los eventos.

Al respecto de los servicios preventivos, los resultados de este estudio son un hallazgo dramático para la salud pública, que amerita ejercicio de la autoridad sanitaria en los territorios, información y educación a la comunidad, inducción a la demanda, endurecimiento de la interventoría de contratos de aseguramiento del régimen subsidiado, seguimiento intensivo a las metas de cobertura de los programas de salud pública basado en la estructura demográfica de la población y no en los históricos de prestación del servicio, entre otros.

La población de ambos regímenes encuentra características tanto satisfactorias como insatisfactorias en la oferta de servicios de salud, con diferencias importantes en las percepciones para ambos grupos en algunos aspectos y similitudes en otros, las cuales pueden estar generadas por las características de la oferta de una gran diversidad de prestadores privados en el caso del régimen contributivo; sin embargo, en el subsidiado, las percepciones de los usuarios son casi exclusivas para el Hospital Carlos Carmona, por consiguiente los resultados de este estudio deberían ser de gran utilidad para esta institución así como para las aseguradoras a las cuales pertenece esta población.

Según los resultados de este estudio, la población de ambos regímenes está siendo atendida cuando demanda los servicios en respuesta a una percepción de necesidad; sin embargo, las barreras económicas y administrativas están afectando la integralidad y la continuidad de la atención en una proporción importante de los usuarios. Es necesario resaltar que la satisfacción subjetiva presenta serias limitaciones como indicador de calidad de los servicios de salud. En este estudio llama la atención el contraste entre las profundas fallas observadas en el sistema y niveles de satisfacción paradójicamente altos. ¿De qué sirve acceder a la consulta médica si no se accede a las pruebas diagnósticas necesarias para confirmar los diagnósticos y tampoco a los medicamentos necesarios para el tratamiento? ¿Qué relación tiene esta situación con el sentimiento generalizado, de una proporción importante de usuarios, acerca de que el servicio no resuelve el problema?

El análisis de los resultados relacionados con la necesidad sentida de servicios preventivos y curativos ha generado una hipótesis acerca de que la percepción de las necesidades en salud se modifica y evoluciona de acuerdo a factores como los sentidos y significados que la gente construye en sus experiencias de consumo, las capacidades de la población, el contexto, los recursos y la respuesta institucional; se requieren nuevos estudios con capacidad de profundizar en las representaciones sociales de las necesidades en salud, con mayor sensibilidad y especificidad para estudiar las necesidades y la complejidad de las relaciones entre los factores mencionados.

Aunque el estudio no desarrolló el tema de la estratificación socioeconómica pues solo usó esta variable para encontrar una comunidad con cierto grado de homogeneidad socioeconómica, de manera que se pudiera comparar el acceso entre regímenes de afiliación, también sus resultados generan cuestionamientos sobre la concepción y la operación de sistemas de focalización que actúan simultáneamente para el manejo de subsidios cruzados: la estratificación socioeconómica y los regímenes de aseguramiento.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.
- ² Daniels N, y colaboradores. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos N° 3, 2000.
- ³ Secretaria Municipal de Salud de Cali, CEDETES. Modelo de salud para Cali. Propuesta. Lineamientos conceptuales y operativos. [CD-ROM] Santiago de Cali. 2007.
- ⁴ Sugden, R.A., Smith, T.M.F. (2006), "Domains of Study and Poststratification", en *Journal of Statistical Planning and Inference*, vol. 136, pp: 3307 – 3317.
- ⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE) (2004), "Ajuste de los factores de Expansión por postestratificación", Programa para el mejoramiento de las encuestas y la medición de las condiciones de vida en América Latina y El Caribe, MECOVI, [en línea], disponible en <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/taller14.htm>, recuperado: 1 de noviembre de 2007.
- ⁶ Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005.
- ⁷ Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud, ENS. Resultados Nacionales. Colombia, 2009. p. 114.
- ⁸ Ibid., p. 115.
- ⁹ Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005. Obtenido en junio 13 de 2007 de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/14sistema/03personas.html>
- ¹⁰ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p.114.
- ¹¹ Sánchez Ortiz M. Barreras en el acceso a servicios de salud de la población del área rural de Cali.[Tesis Maestría]. Cali. Centro de Documentación Escuela de Salud Pública. Universidad del Valle; 2009. p. 53, 58
- ¹² Ibid., p. 53, 58.
- ¹³ Ibid., p. 52, 58.
- ¹⁴ Mejía-Mejía Aurelio, Sánchez-Gandur Andrés F, Tamayo-Ramírez Juan C. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública* [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2010 June 16]; 9(1): 26-38. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lng=en. doi: 10.1590/S0124-00642007000100004.
- ¹⁵ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p. 35.
- ¹⁶ Ibid., p.95.
- ¹⁷ Ortiz Lopez R, De la Cruz A, Ramirez I, Perez M, Lopez Chañag O. Sistema de Seguridad Social en salud en san Juan de Pasto, línea de base urbana, 2008. Universidad de Nariño. Obtenido en junio 15 de 2010 de <http://akane.udenar.edu.co/siweb/coyuntura/wp-content/uploads/2010/05/SISTEMA-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-EN-SAN-JUAN-DE-PASTO.pdf>
- ¹⁸ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p. 198
- ¹⁹ Ibid., p. 116

- ²⁰ Ibid., p 201-202.
- ²¹ Mejía Aurelio. *Op.Cit.*, p. 31.
- ²² Sánchez Oliva. *Op.Cit.*, p. 52, 58.
- ²³ Aday LA, Andersen R. *Op.Cit.*
- ²⁴ Frenk J. *Op.Cit.*
- ²⁵ OPS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington, D.C. : OPS, 2002.
- ²⁶ Frenk J. *Op.Cit.*
- ²⁷ Varela C, Carrasquilla G, Tono T. *Op.Cit.* p. 99
- ²⁸ O'Meara Bautista G, Ruiz Gómez F, Amaya Lara J. *Op.Cit.*
- ²⁹ Rubio-Mendoza Martha L.. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá. *Rev. salud pública [revista en la Internet]*. [citado 2010 Jun 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600004&lng=es.
- ³⁰ Espinosa M. Mujer y salud en el trabajo informal callejero en Palmira, Valle del Cauca. [Tesis Maestría]. Cali. Centro de Documentación Escuela de Salud Pública. Universidad del Valle; 2009. p. 8
- ³¹ Frenk J. *Op.Cit.* p. 930.
- ³² O'Meara Bautista G, Ruiz Gómez F, Amaya Lara J. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá; 2003. p. 273
- ³³ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p.114.
- ³⁴ Rubio-Mendoza Martha L.. *Op.Cit.*, p. 29.
- ³⁵ Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. *Op.Cit.*
- ³⁶ Ministerio de la Protección Social. ENS. *Op.Cit.*, p. 115.
- ³⁷ Ibid., *Op.Cit.*, p.114.
- ³⁸ Ibid., *Op.Cit.*, p. 35.
- ³⁹ Valencia- Sierra Marta L., González-Echeverri Germán, Agudelo-Vanegas Nelson A., Acevedo-Arenas Liliana, Vallejo-Zapata Isabel C.. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. *Rev. salud pública [serial on the Internet]*. 2007 Oct [cited 2010 June 13]; 9(4): 529-540. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400005&lng=en.
- ⁴⁰ Andersen, R. et al. *Op.Cit.*
- ⁴¹ Alvis-Estrada Luis, Alvis-Guzmán Nelson, de la Hoz Fernando. Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. *Rev. salud pública [revista en la Internet]*. 2007 Mar [citado 2010 Jun 13]; 9(1): 11-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lng=es.
- ⁴² OPS. *Op.Cit.* p. 53.

2. Productos:

Tabla No. 1. Cantidad y tipo de productos pactados en el *Acta de Trabajo y Compromiso* y productos finalmente presentados

TIPO DE PRODUCTOS	No. de PRODUCTOS PACTADOS	No. de PRODUCTOS PRESENTADOS
Productos de nuevos conocimientos		
Artículo completo publicado en revistas A1 o A2	2	2
Artículo completo publicados en revistas B		
Artículo completo publicados en revistas C		
Libros de autor que publiquen resultados de investigación		
Capítulos en libros que publican resultados de investigación		
Productos o procesos tecnológicos patentados o registrados		
Prototipos y patentes		
Software		
Productos o procesos tecnológicos usualmente no patentables o protegidos por secreto industrial		
Normas basadas en resultados de investigación		

Formación de recursos humanos	No. de estudiantes vinculados	No. de tesis	No. De estudiantes Vinculados	No. De tesis
Estudiantes de pregrado		2		0*
Estudiantes de maestría	2	1	2	1
Estudiantes de doctorado				
Productos de divulgación				
Publicaciones en revistas no indexadas			1	
Presentación de resultados ante las Asociaciones de Usuarios	1		1	
Ponencias presentadas en eventos (congresos, seminarios, coloquios, foros)	No. de ponencias nacionales	No. de ponencias internacionales	No. de ponencias nacionales	No. de ponencias internacionales
Ponencia	1	1	1	1
Propuestas presentadas en convocatorias externas para búsqueda de financiación.		1		

*No fue posible vincular estudiantes de pregrado, se convocaron a través de los cursos de metodología de investigación de la ESP pero no se obtuvo respuesta.

Tabla No. 2. Detalle de productos.

Tipo de producto:	Artículo
Nombre General:	Díaz-Grajales, C., Zapata-Bermúdez, Y., & Aristizábal-Grisales, J. C. (2011). Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i> , 10(21).
Nombre Particular:	Título Acceso A los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali
Ciudad y fechas:	Bogotá, Fecha de recepción: 07-06-11 Fecha de aceptación: 04-10-11
Participantes:	Autores/as Díaz-Grajales, Constanza; Zapata-Bermudez Yolanda; Aristizabal-Grisales Juan Carlos
Sitio de información:	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54522293010
Formas organizativas:	CEDETES - CEMIYA

Tipo de producto:	Artículo
-------------------	----------

Nombre General:	Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, Aristizábal Grisales JC. Acceso y satisfacción con servicios curativos: Análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2. Cali, Colombia. <i>Rev. Gerenc. Polít. Salud.</i> 2015; 14(29): 155-178
Nombre Particular:	Título Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2 - Cali, Colombia
Ciudad y fechas:	Bogotá Fecha de recepción: 15-05-15 Fecha de aceptación: 24-08-15
Participantes:	Autores/as Díaz-Grajales, Constanza; Zapata-Bermudez Yolanda; Aristizabal-Grisales Juan Carlos
Sitio de información:	doi: 10.11144/Javeriana.rgyps14-29.assc
Formas organizativas:	CEDETES - CEMIYA

Tipo de producto:	Ponencia
Nombre General:	Presentación de resultados de la investigación ante las Asociaciones de usuarios de los Servicios de Salud de Santiago de Cali.
Nombre Particular:	Título DIFERENCIAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN POBLACIÓN ASEGURADA DE ESTRATO II DEL MUNICIPIO DE CALI

Ciudad y fechas:	Cali 7 de diciembre de 2009
Participantes:	Autores/as Díaz-Grajales, Constanza
Sitio de información:	Lista de asistencia
Formas organizativas:	CEDETES - CEMIYA

Tipo de producto:	Ponencia oral
Nombre General:	XII Simposio: Envejecimiento saludable y seguro. Universidad del Valle, Octubre 20 al 22 de 2010
Nombre Particular:	Diferencias en el acceso a servicios de salud entre población afiliada al régimen contributivo y subsidiado en estrato II de Cali
Ciudad y fechas:	Santiago de Cali, Octubre 20 de 2010
Participantes:	Constanza Díaz Grajales
Sitio de información:	Agenda XII Simposio: Envejecimiento saludable y seguro. Universidad del Valle, Octubre 20 al 22 de 2010
Formas organizativas:	CEDETES - CEMIYA

Tipo de producto:	Ponencia Internacional
Nombre General:	Ponencia en modalidad de poster: Congreso Nacional de Salud Pública e Investigación, Congreso Internacional de Salud Bucal Colectiva
Nombre Particular:	Diferencias en el acceso a servicios de salud entre afiliados al contributivo y subsidiado en estrato 2 en Cali, 2009.
Ciudad y fechas:	Santiago de Cali, 3 al 5 de noviembre de 2010
Participantes:	Autora: Díaz-Grajales, Constanza
Sitio de información:	Certificado de asistencia y participación en el Congreso
Formas organizativas:	CEDETES - CEMIYA

3. Impactos actual o potencial:

Los actores técnicos y la comunidad académica en el campo de la salud pública, reconocen el comportamiento de las variables que afectan el acceso a servicios de salud en la población más pobre y vulnerable, tanto del régimen contributivo como en el subsidiado.

Los actores políticos reconocen y actúan para mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población pobre.



VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES
División de Proyectos

**FORMATO PARA LA ELABORACIÓN
DE INFORMES FINALES -
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

La presente versión del informe contiene las observaciones de los evaluadores:

Constanza Díaz C

Firma del investigador principal

VoBo Vicedecano de Investigaciones

*Por favor presente su informe impreso y en formato digital en hoja tamaño carta, letra arial
11, con espacios de 1 1/2*