

ACCESO Y COBERTURA AL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL SECTOR CARACAS,
BARRIO "LA PAZ" LOCALIDAD DE USME SANTAFE DE BOGOTA D.C. 1998.

KAROLINA BUSTOS MENDEZ
ANA PATRICIA LESMES BELLO
RICARDO JAVIER MONTES GOMEZ
MAURICIO JEFFERSON POLANIA RUIZ



DIRECTOR

ELBA MARIA BERMUDEZ
ODONTOLOGA – MAESTRIA ADMINISTRACION EN SALUD

ASESOR METODOLOGICO

ELBA MARIA BERMUDEZ
ODONTOLOGA – MAESTRIA ADMINISTRACIÓN EN SALUD

ASESOR ESTADISTICO

JOSE IGNACIO TORRES

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y SALUD PUBLICA
EN SANTAFE DE BOGOTA D.C.

1998

ACCESO Y COBERTURA AL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL SECTOR CARACAS,
BARRIO "LA PAZ" LOCALIDAD DE USME SANTAFE DE BOGOTA D.C. 1998.

KAROLINA BUSTOS MENDEZ

ANA PATRICIA LESMES BELLO

RICARDO JAVIER MONTES GOMEZ

MAURICIO JEFFERSON POLANIA RUIZ

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el Titulo de
ODONTÓLOGO

DIRECTOR

ELBA MARIA BERMUDEZ

ODONTOLOGA – MAESTRIA ADMINISTRACION EN SALUD

ASESOR METODOLOGICO

ELBA MARIA BERMUDEZ

ODONTOLOGA – MAESTRIA ADMINISTRACIÓN EN SALUD

ASESOR ESTADISTICO

JOSE IGNACIO TORRES

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y SALUD PUBLICA

EN SANTAFE DE BOGOTA D.C.

1998

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Elba María Bermúdez, Odontóloga – Maestría Administración en Salud, Directora del Departamento de Investigación y Salud Pública. Colegio Universitario Colombiano Facultad de Odontología.

Gustavo Duran Saavedra, Arquitecto - Promotor Comunitario Sector Caracas Barrio “La Paz” localidad de Usme en Santafé de Bogotá D.C.

Berenice Forero, Psicóloga, Directora de Aseguramiento. Dirección Local de Salud Usme.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION.	2
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA.	2
1.2 JUSTIFICACION.	2
1.3 PROPOSITO.	3
1.4 MARCO TEORICO.	3
1.4.1 Seguridad Social.	3
1.4.2 Régimen Subsidiado.	4
1.5 OBJETIVO GENERAL.	10
1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	10
2. ASPECTOS METODOLOGICOS.	12
2.1 TIPO DE ESTUDIO.	12
2.2 POBLACION.	12
2.3 MUESTRA.	12
2.4 DEFINICION DE VARIABLES.	13

2.5	INSTRUMENTO.	13
2.6	PROCEDIMIENTO.	16
2.7	PLAN DE ANALISIS.	17
3.	RESULTADOS.	18
4.	DISCUSION.	20
5.	CONCLUSIONES.	23
6.	RECOMENDACIONES.	25
	BIBLIOGRAFIA.	26
	ANEXOS	27

INTRODUCCION

Con esta investigación se quiere dar a conocer la importancia de la ley 100/93 Sistema De Seguridad Social en Salud en donde el gobierno implanta un Sistema de Régimen Subsidiado, que es el logro más importante y novedoso de la presente ley en cuanto a equidad y seguridad; no solo en lo que significa cobertura e incremento a los recursos destinados a dicha población; sino lo que representa pasar de un esquema tradicional de caridad y asistencia pública; a un modelo de Seguridad Social creciente en sus beneficios.

Se escogió el sector Caracas del Barrio “LA PAZ” localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C., el cual tiene las características necesarias para poder llevar a cabo la investigación, en donde se identificó: las familias que están afiliadas al Régimen Subsidiado, la frecuencia de acceso al servicio de salud, las razones de la no cobertura a toda la población en mención y el porcentaje de familias carnetizadas.

Para así dar a conocer la problemática de la comunidad creando una expectativa a nivel gubernamental sobre si realmente se están cumpliendo los objetivos y las metas que el Ministerio de Salud se trazo como son: la difusión y desarrollo del Régimen Subsidiado en todos los niveles de atención y el aumento de la cobertura a la población, persiguiendo el objetivo central “Salud para todos en el año 2000”.

Y de esta manera fiscalizar el desarrollo equilibrado del Sistema de Seguridad Social en Salud en su Régimen Subsidiado, equilibrio que debe preservarse tanto en sus tres protagonistas principales como son: ARS – IPS – Usuarios, así como la participación de entidades territoriales del sector público y del privado, especialmente en la distribución geográfica de los recursos que deben responder a una adecuada combinación de equidad y estímulo a la eficiencia de las entidades en mención.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION.

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA.

El fin que se persigue con esta investigación, es ver si los objetivos establecidos por la ley 100/93 del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre el Régimen Subsidiado a cumplido sus metas propuestas, en la prestación de un servicio de salud integral a los habitantes de la localidad de USME, Sector Caracas Barrio “LA PAZ” en Santafé de Bogotá D.C.

Con este estudio estadístico descriptivo se quiere dejar un precedente para que en un futuro se pueda realizar un análisis comparativo, por parte de otras entidades interesadas en el tema en mención.

Se sospecha que el problema surge a partir de la falta de información, orientación y educación del gobierno hacia la comunidad; interfiriendo en el uso de los derechos establecidos por la ley 100/93 del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.2 JUSTIFICACION.

Este trabajo se justifica para saber si la población del Sector Caracas Barrio “LA PAZ” localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C. se le proporciona la información adecuada sobre el Régimen Subsidiado, si accede o no a los servicios de salud haciendo uso de los derechos de la Seguridad Social recibiendo una cobertura del Régimen Subsidiado por parte de la Ley 100/93 del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.3 PROPOSITO.

Esta investigación se realiza para determinar la población que se beneficia con los servicios de salud determinados en la ley 100/93 Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde esta establecido que el Régimen Subsidiado es el encargado de cubrir al Sector Caracas del Barrio “LA PAZ” en Santafé de Bogotá D.C.

1.4 MARCO TEORICO.

1.4.1 Seguridad Social.

El Sistema de Seguridad Social tiene por objeto garantizar los derechos de las personas y la comunidad para obtener una calidad de vida de acuerdo con la calidad humana.

La Seguridad Social se basa en unos principios que son:

Eficiencia	Integridad
Universalidad	Unidad
Solidaridad	Participación

El estado Colombiano esta en la obligación de brindar Seguridad Social en forma progresiva, prestándola por medio de entidades públicas o privadas.

Los objetivos principales del Sistema de Seguridad Social son:

- Garantizar que las personas que tengan la capacidad económica o relación laboral suficiente para afiliarse al Sistema reciban prestaciones económicas y de salud.
- Garantizar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, permitiendo que sectores sin capacidad económica como campesinos, indígenas, trabajadores independientes, deportistas, madres comunitarias reciban prestaciones en forma integral.

- Prestar servicios sociales complementarios a personas de bajos recursos como medio de subsistencia.

El Sistema de Seguridad Social está compuesto por entidades públicas o privadas las cuales tienen normas y procedimientos que cumplen regímenes para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios. (Ley 100/93)

1.4.2 Régimen subsidiado.

El Régimen Subsidiado es un conjunto de normas las cuales permiten el ingreso de personas sin capacidad de pago al Sistema de Seguridad Social, con la finalidad de ampliar la cobertura e incrementar los recursos asignados a la salud de la población pobre del país; cumpliendo de esta manera los siguientes objetivos: acceso a la población más pobre a todos los planes definidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, velar por el desarrollo equilibrado del Sistema de Seguridad Social en su Régimen Subsidiado, garantizar a los beneficiarios del subsidio en salud la existencia de diferentes opciones para que puedan ejercer su derecho de la libre elección. (Forero de Saade, 1997)

Los beneficiarios de este régimen son aquellas personas del territorio nacional que estén identificadas en el nivel 1 y 2 del SISBEN ó se encuentren en el Listado Censal.

La Focalización es el proceso mediante el cual el gobierno nacional, departamental y municipal garantiza la adecuada distribución del gasto social para la población más pobre y vulnerable.

El SISBEN es el sistema de identificación de beneficiarios de programas sociales. Este consiste en una encuesta la cual permite obtener información socioeconómica de grupos específicos de la población en todos los distritos y municipios del país, la encuesta

ofrece resultados de niveles de pobreza en una escala del 1 a 6, constituyéndose como beneficiarios del Régimen Subsidiado los niveles 1 y 2 del SISBEN. (Ibid, 1997)

El SISBEN esta administrado por:

A nivel Municipal:	El Alcalde, Direcciones de Salud, Personería Municipal, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad.
A nivel Departamental:	La Oficina de Planeación y la Dirección de Salud.
A nivel Nacional:	La Misión Nacional con colaboración del Ministro de Salud, Dirección General de Seguridad Social, Subdirección del Régimen Subsidiado.

Los puntajes del SISBEN son:

El nivel 1 de zona urbana va entre	0 – 32 puntos.
El nivel 1 de zona rural va entre	0 – 18 puntos.
El nivel 2 de zona urbana va entre	32 – 47 puntos.
El nivel 2 de zona rural va entre	18 – 30 puntos.

El Listado censal es una relación de las personas beneficiarias del Régimen Subsidiado que se puede hacer en los municipios 5 y 6, o por autoridad de las comunidades indígenas, la realización de este es responsabilidad del alcalde y de la autoridad indígena reconocida por la comunidad.

Las listas de los beneficiarios se validan así:

- Validación Social: Esta validación es realizada por las Veedurías Comunitarias o por las Mesas de Solidaridad, las cuales tienen como función evitar que las personas pobres sean excluidas y que por ellas entren personas que si tienen capacidad de pago y son empleados.
- Validación Técnica: Esta revisión es realizada por la Personería Municipal, por la Oficina de Planeación Departamental, la Misión Social y el Ministerio de Salud con el propósito de evitar fraudes o adulteraciones.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado son instituciones autorizadas como administradoras de los subsidios en salud dentro de los cuales se encuentran las Entidades Promotoras de Salud, Cajas de Compensación Familiar, Las Empresas Sociales del Estado.

Su convocatoria consiste en un llamado a concurso de las instituciones interesadas en Administrar el Régimen Subsidiado a nivel territorial para que se inscriban en la Dirección de Salud siempre y cuando estén autorizadas por la Superintendencia de Salud. (Acuerdo 77, 1997)

Esta convocatoria es realizada por la Dirección Municipal de Salud o por la Dirección Departamental de Salud cuando los municipios no han sido descentralizados.

La selección de las ARS es responsabilidad de la Dirección de salud mediante un acto administrativo con previo consentimiento de la Junta de Licitaciones o Adquisiciones que está integrada por la Administración Departamental o Local y que debe incluir un representante de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

Las Direcciones de Salud están en la obligación de informar a los beneficiarios el nombre y la dirección completa de las instituciones que fueron aprobadas como ARS y directamente a los respectivos alcaldes. (Forero de Saade, 1997)

Las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado provienen de recursos fiscales y parafiscales:

- Dineros destinados a los municipios de los ingresos corrientes de la nación.
- Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Recursos propios destinados al subsidio de la demanda.

Al Fondo de Solidaridad y Garantía se accede por el equivalente a una tercera parte de

la UPC-S por el número de afiliados será girado por el FOSYGA en forma anticipada cada 4 meses a los Fondos Seccionales y Distritales de Salud.

Las Unidades de Pago de Capitalización Subsidiada es el valor promedio costo-año del POS-S establecido en el Sistema General de seguridad Social en Salud.

Los beneficiarios afiliados al Régimen Subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban a través de copagos y cuotas moderadoras establecidas para el Régimen Subsidiado y de acuerdo por el nivel fijado por el SISBEN:

1. Para indigencia (verificada) y para indígenas; no existen copagos, ni cuotas moderadas, la atención es gratuita.
2. Para los clasificados en el SISBEN en nivel 1 y los individuos en el Listado Censal.
El copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente.
El valor máximo por año será de medio salario mínimo.
Para el nivel 2 del SISBEN el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, y no debe exceder la mitad de un salario mínimo legal por un mismo evento. El valor máximo por año es el de un salario mínimo vigente.

La afiliación a Régimen Subsidiado es el proceso mediante el cual los beneficiarios ingresan al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de una ARS quien administra y garantiza la atención de los servicios contenidos en el POS-S. (Dpto. Aseguramiento, 1997)

Un beneficiario se encuentra afiliado a una ARS cuando el municipio y la Dirección o Secretaria de Salud, suscriban el contrato con dicha administradora, recibiendo de esta el carné de afiliado o la tarjeta de salud. El beneficiario dispone de 2 meses de plazo; desde el momento que ha sido informado sobre las diferentes ARS para elegir e

inscribirse a una de ellas. (Acuerdo 77, 1997)

En caso de que no lo haga la elección, la Dirección de Salud procederá a afiliarlo a una ARS (Empresa Social del Estado), una vez estén afiliados los beneficiarios, las ARS deberán remitir a la Dirección de Salud la lista de beneficiarios para la firma de los contratos. (ibid, 1997)

La asistencia al Plan de Beneficios P.O.S.-S. están diseñados fundamentalmente para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable. Progresivamente y antes del año 2001, el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado se igualaran con los contenidos del P.O.S. del Régimen Contributivo.

La cobertura de riesgos y servicios a que tienen derechos los afiliados al Régimen Subsidiado son:

a) Atención Básica de Primer Nivel

Acciones de promoción y educación, dirigidas a nivel individual, familiar y grupal, según el perfil epidemiológico, con el objeto de mantener la salud y fomentar el autocuidado y la solidaridad. (Buitrago, González y Villegas, 1997)

b) Acciones de Prevención de la Enfermedad y Protección Específica

Se orientaran a mantener la salud, prevenir la enfermedad y detectarla precozmente. La prestación de los servicios incluye los diferentes insumos y se deben complementar y coordinar con las del P.A.B.

c) Acciones de Recuperación de la Salud

Se refiere:

1 Atención Ambulatoria del Primer Nivel:

Garantiza la atención integral médica, odontológica y de enfermería, en forma ambulatoria, intra o extramural incluyendo el suministro de medicamentos, laboratorios clínicos y ayudas diagnósticas definidas por el MAPIPOS para él

primer nivel.

2 Atención Hospitalaria de Menor Complejidad:

Garantiza la atención integral de los eventos que requieran menor complejidad con internación a nivel hospitalario, entre ellos: suministros de medicamentos, material quirúrgico, imágenes diagnósticas, exámenes de laboratorio, derechos de hospitalización, cirugía, ligadura de trompas de falopio en planificación familiar y atención del parto para gestantes de bajo riesgo.

3 Atención Ambulatoria de recuperación de la salud en el segundo y tercer nivel de atención:

Garantiza consulta médica especializada ginecobstetrica y pediátrica. Consulta de oftalmología y optometría para menores de 20 años y mayores de 60.

4 Atención Hospitalaria de mayor complejidad:

Garantiza la atención medico quirúrgica de: Gestante con riesgo y complicaciones del puerperio, menores de 1 año en cualquier patología, casos que requieran apendicectomía, colecistectomía e histerectomía, por causas diferentes al cáncer.

5 Atención a Enfermedades de alto costo ruinosas o catastróficas:

Garantiza la atención en salud a todos los afiliados para:

Patologías Cardíacas, cubriendo intervenciones y procedimientos de cardiología y hemodinamia, intervenciones quirúrgicas de corazón y pericardio para lesiones congénitas y adquiridas, incluido trasplante de corazón y la cardiectomía del donante.

Patologías del Sistema Central cubre: intervenciones quirúrgicas para lesiones neurológicas o vasculares congénitas o adquiridas intracraneales o de la médula espinal.

Reemplazo Articular que cubre: Reemplazo total de cadera y rodilla, procedimientos quirúrgicos, prótesis y los derechos de hospitalización.

Insuficiencia Renal: Hemodiálisis y diálisis peritoneal trasplante renal.

Gran Quemado: Quemaduras mayores al 20% de extensión, quemaduras profundas en cara, pies, manos, o periné.

SIDA: Cubre. Atención integral del paciente con diagnóstico de SIDA

en relación con el síndrome y sus complicaciones.

VIH Positivo: Consulta especializada, controles de laboratorio y suministros de antiretrovirales.

Cáncer: Atención integral en: Estudios de complementación diagnóstica y de control, quimioterapia, radioterapia, y tratamiento médico posterior y manejo del dolor del paciente terminal.

Cuidados Intensivos: Desde el primer día pacientes de todas las edades críticamente enfermos, al neonato ante todas las patologías de cualquier etiología que requiere atención en cuidado intensivo.

d) Transporte del Paciente

El P.O.S.-S incluye traslado de pacientes hospitalizados de alto costo que requieren atención en un nivel superior, urgencias: cubre el costo de traslado de pacientes a otro nivel de atención, cuando tiene la remisión de un profesional.

e) Medicamentos y Ayudas Diagnósticas:

Incluye exámenes de laboratorio, actividades y procedimiento de radiología y ecografía. (Ibid, 1997)

1.5 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la cobertura y acceso a los servicios de salud poblacional del Sector Caracas Barrio “LA PAZ” localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C.

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Establecer el número de habitantes del sector Caracas del Barrio “LA PAZ”.

2. Determinar con entrevistas semiestructuradas para saber el número de familias afiliadas al Régimen Subsidiado.
3. Identificar el número de familias carnetizadas que acceden al servicio de salud y determinar a que ARS pertenecen.
4. Descubrir por que las familias que se encuentran carnetizadas no acuden a los servicios de salud.
5. Determinar las causas del por que hay familias que no se encuentran carnetizadas y no tienen acceso a los servicios de salud.
6. Realizar conclusiones y presentar recomendaciones.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS.

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Para dar cumplimiento a los objetivos, el estudio que se utilizó fue de tipo descriptivo sistemático, el cual consistió en determinar la totalidad de la población, cantidad de manzanas y el promedio de viviendas.

De esta manera se estableció la muestra a estudiar y la distribución de los hogares para desarrollar el trabajo de campo de una manera adecuada para obtener resultados confiables, teniendo en cuenta que la masa poblacional del Sector Caracas es demasiado extensa.

2.2 POBLACION.

Es la población universal del Sector Caracas del Barrio "LA PAZ" localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C.

2.3 MUESTRA.

Según el Censo realizado en 1993 se determinó que la población del Sector Caracas del Barrio "LA PAZ" localidad de USME, es de 1300 familias; cada una con un promedio de 5 integrantes, estos datos se encuentran certificados por la Junta de Acción Comunal de dicho sector.

De la cual se tomó un número de 110 familias como totalidad de muestra para aplicar el instrumento y esto da un margen de error de 0.9% permisible margen de confiabilidad 95%.

La fórmula que se empleo fue la siguiente:

$$P = \frac{X}{n} = \frac{\text{Extensión}}{\text{Tamaño de la muestra}}$$

P = Porcentaje de estudio

2.4 DEFINICION DE VARIABLES.

- Porcentaje de hogares que fueron censados por el SISBEN.
- Porcentaje de los hogares afiliados al Régimen Subsidiado y ARS a las cuales están afiliadas.
- Frecuencia de utilización de los servicios de la EPS o ARS por parte de los hogares.
- Grado de conocimiento sobre los servicios que ofrece el Régimen Subsidiado.
- Evaluar las causas del no acceso a los servicios de salud por parte de la población estudiada

2.5 INSTRUMENTO.

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

***DESCRIPCION DE LA COBERTURA Y ACCESO
AL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL SECTOR
CARACAS BARRIO "LA PAZ" LOCALIDAD DE USME.***

SANTAFE DE BOGOTA D.C. 1998

ENCUESTA N° _____

DIRECCION

1. FAMILIA _____
Primer Apellido Segundo Apellido

INTEGRANTES

Padre ☐

Madre ☐

Hijos ☐

Otros ☐

Total _____

2. ¿Tiene un carnet que lo identifique como afiliado al Sistema de Seguridad Social?

Si ☐

No ☐

3. ¿Se le ha realizado censo del SISBEN?

Si ☐

No ☐

4. ¿Se encuentran afiliados a una EPS o ARS?

Si ☐

No ☐

Cual _____

Nº de personas afiliadas de su familia _____

5. ¿Con qué frecuencia utiliza la familia el servicio de su EPS o ARS?

a) 4 veces al año

b) 2 veces al año

c) 1 vez al año

d) No accede

6. ¿Si usted o su familia no accede a los servicios de salud, indique por cual de la siguientes razones?

- a) Por desinformación
- b) Por falta de recursos económicos
- c) Por la mala calidad de la atención
- d) Por falta de tiempo
- e) Por asistir a otro servicio

Especifique cual _____

7. ¿Sabe usted a que servicios tiene derecho por parte de su EPS o ARS?

	Si	No
Consulta Externa	☐	☐
Urgencias	☐	☐
Gastos de Hospitalización	☐	☐
Exámenes de laboratorio	☐	☐
Embarazo	☐	☐
Cirugía	☐	☐
Odontología	☐	☐
Medicamentos	☐	☐
Radiología	☐	☐

8. ¿Conoce usted vecinos o amigos que no están dentro del sistema del SISBEN?

Si ☐ No ☐

9. ¿Si no están carnetizados, cual cree usted que es la razón principal?

2.6 PROCEDIMIENTO.

El primer paso para llevar a cabo la investigación, fue determinar la población que serviría como base social para el desarrollo del trabajo de campo.

La comunidad elegida fue la población del Sector Caracas Barrio "LA PAZ" Localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C., por presentar las características y rasgos sociales necesarios para desarrollar la investigación estadística.

Esta población esta conformada por 1.300 familias como resultado del último Censo en 1993, datos que facilitó el Presidente de la Acción Comunal y el Promotor Comunitario del sector Caracas; a su vez con un plano del barrio con la ubicación y división urbana.

Se diseñó una encuesta semiestructurada en la que se obtuvo el nivel de información, cobertura y acceso del núcleo de estudio sobre Régimen Subsidiado; el Tema Central de la Investigación.

Luego se estableció una muestra poblacional como resultado del estudio estadístico que se realizó con base a la división y planeación del sector. Esto ayudó a determinar el número de casas, las cuales fueron encuestadas.

Se realizó una reunión con la comunidad en general para dar la información necesaria sobre el desarrollo del trabajo de campo; y solicitar la colaboración de la población para la obtención de resultados la más exacta posible.

El trabajo de campo consistió en desarrollar el instrumento en cada una de las casas seleccionadas, se aplicó la encuesta al jefe de familia (Familia Principal) de cada uno de los hogares.

Luego se realizó la tabulación de datos y obtención de resultados con ayuda de la estadística descriptiva.

De esta manera se llegó a definir el grado de información de la población sobre Régimen Subsidiado y se pudo proceder a aplicar conferencias de nivelación y Conocimiento del Sistema de Seguridad Social a la Comunidad; cumpliendo así los objetivos de la investigación.

2.7 PLAN DE ANALISIS.

Se empleo de la estadística descriptiva los siguientes puntos:

1. Distribución de frecuencias
2. Porcentajes
3. Promedios



3. RESULTADOS

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos se obtuvieron los siguientes resultados:

Ubicación geográfica del Barrio “LA PAZ” localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C. (Ver gráfica 1)

El total de familias en el Sector Caracas Barrio “LA PAZ” localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C. es de 1300 y la muestra estudiada es de 110 que equivale a un 8.6%.

59 familias se encuentran carnetizadas (54%) a una ARS y 51 familias no carnetizadas (46%). (Ver gráficas 2 y 3)

13 familias están afiliadas a la ARS del INSTITUTO DE LOS SEGUROS SOCIALES que equivalen a 19.6%.

8 familias están afiliadas a la ARS de SALUCOOP que equivalente a 12.1%

7 familias están afiliadas a la ARS de SAN JORGE que equivalen a 10.6%.

6 familias están afiliadas a la ARS de FONDO DE LOTEROS que equivalen a 9%

6 familias están afiliadas a la ARS del HOSPITAL DE TUNJUELITO que equivalen a 9%

6 familias están afiliadas a la ARS de COMPENSAR que equivalen a 9%.

5 familias están afiliadas a la ARS de ASFAMILIAS que equivalen a un 7.5%

3 familias están afiliadas a la ARS del SISBEN que equivalen a 4.5%

2 familias están afiliadas a la ARS de COLSUBSIDIO que equivalen a 3%

2 familias están afiliadas a la ARS de UNICAJAS que equivalen a 3%

2 familias están afiliadas a la ARS de USME que equivalen a 3%.

1 familia está afiliada a la ARS del CAMI DE DIANA TURBAY que equivale a 1.5%

1 familia está afiliada a la ARS del CAMI DE MOLINO que equivale a 1.5%

1 familia está afiliada a la ARS de CAFE SALUD que equivale a 1.5%

1 familia está afiliada a la ARS de CODENSA que equivale a 1.5%

1 familia está afiliada a la ARS de CAPRECOM que equivale a 1.5%

1 familia está afiliada a la ARS de GARAGOA que equivale a 1.5%

(Ver gráfica 4)

66 familias estaban afiliadas a una ARS o EPS equivalente a un 60% y 44 familias no afiliadas equivalente a un 40%. (Ver gráfica 5 y 6)

46 familias usan los servicios de salud con una frecuencia de 4 veces al año, equivalente a un 69% de la muestra.

7 familias usan el servicio de salud con una frecuencia de 2 veces al año, equivalente a 11% de la muestra.

8 Familias que usan el servicio de salud con una frecuencia de 1 vez al año, equivalente a 11% de la muestra.

6 familias que no acceden a los servicios de salud, equivalentes al 9% de la muestra.

(Ver gráfica 7 y 8)

Las razones por las cuales las familias no acceden a los servicios de salud fueron:

- Desinformación 30 familias equivalente al 27.2%
- Falta de recursos 1 familia equivalente al 0.9%
- Mala calidad de la atención 1 familia equivalente al 0.9%

- Falta de tiempo 1 familia equivalente al 0.9%
- Otros servicios de salud 0 familias
- No contestaron 53 familias equivalente a un 48.1%

(Ver gráfica 9 y 10)

- Especificaron 24 familias equivalente a 21.8%
- No habitaban en el sector 3 familias equivalente a 2%
- Falta de carne 21 familias que equivale a 19%

(Ver gráfica 11 y 12)

4. DISCUSION.

Con base al estudio que se realizó sobre acceso y cobertura al Régimen Subsidiado, en el Sector Caracas Barrio "LA PAZ" localidad de USME en Santafé de Bogotá D.C. y al establecer el número de habitantes del sector, se determinó que la población es de 1300 familias ubicadas en la zona, establecidas como resultado del censo de 1993 realizado por el DANE. Esta información fue suministrada por medio de una carta; la cual fue facilitada por el Presidente de la Junta de Acción Comunal, el Señor Sifredo Gallo.

El núcleo social estudiado presenta una ubicación geográfica, al sur oriente de la capital. Con unas características socioeconómicas y culturales deficientes; una infraestructura urbana con vías de acceso no pavimentadas, con servicios básicos que no cubren en su totalidad a toda la población. Con respecto al estado de vivienda de la población se detectó que hay variados tipos de materiales de construcción como ladrillo, madera, cartón, latas y concreto.

Se recibió una buena atención por la Junta de acción Comunal del barrio la cual colaboró al máximo, prestando servicios de comunicación a la población por medio del perifoneo y acceso al auditorio de información final, el cual fue la iglesia. Se logró establecer una buena relación ya que se realizaron encuestas personalizadas a la población y esta demostró una percepción positiva al momento de realizarla, mostrando interés por medio de la formulación de diferentes interrogantes sobre el Régimen Subsidiado, SISBEN y Ley 100 de 1993.

Con el apoyo de la Junta de Acción Comunal, se realizaron encuestas en forma de Intervalos teniendo en cuenta el muestreo aleatorio con selección sistemática, el cual dio como muestra del estudio 110 familias.

Bajo la supervisión teórica y social de la Secretaria de Salud fue apoyada por la parte de aseguramiento en la Dirección Local de Salud de Usme.

Con base en resultados obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas se determinó el número de familias afiliadas al Régimen Subsidiado y se observó que la población en el 25% no ha sido censada por el Departamento Nacional de Planeación; debido a diversas causas como son:

- Información confusa e ineficiente por parte del gobierno y sus diferentes estamentos como son Las Alcaldías, Direcciones Locales de Salud, Secretaria Distrital y Departamental y el Ministerio de Salud.
- Mala aplicación de la encuesta SISBEN por parte de los empadronadores contratados debido a la ubicación y el difícil acceso al sector; ya que ellos no compartían los intereses comunes contemplados en el Sistema de seguridad Social en Salud.
- Falta de estrategias para dar la información adecuada a la población por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado, dio como consecuencia la deficiencia en la afiliación y carnetización; produciendo desconocimiento en cuanto a la prestación de servicios de salud y los derechos que les otorga la ley.

Teniendo en cuenta el balance general de la realización de la encuesta se estableció que la mitad de la población no tenía el conocimiento y por lo tanto no poseía carné para acceder al servicio de salud. Esta situación está determinada en parte por el desinterés de la comunidad y la falta de información del gobierno y las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Se identificó que el número de familias carnetizadas es muy bajo 59% en cuanto a la proporción que esperaba cubrir el Gobierno, debido a una desinformación o al mal uso de los medios para difundir la misma esto trajo como consecuencia el déficit en cubrimiento del Régimen Subsidiado, contribuyendo así para debilitar las cadenas de acción y así llegar a la meta propuesta “Salud para todos en el año 2.000”.

Se observó que hay un desequilibrio en cuanto a la población censada con respecto a las

familias que se encuentran carnetizadas y que si acceden a los servicios de salud. Un porcentaje muy bajo (42%); de familias no acceden a los servicios por diversos motivos como son: desinformación, mala atención; pues para poder obtener el acceso a los servicios de salud era necesario desplazarse a horas muy tempranas para obtener solamente una boleta de cita en la Institución Prestadora de Servicio a la cual pertenecen, falta de recursos; debido a que las Instituciones a las que están afiliados se encuentran ubicadas en lugares muy lejanos a su sitio de residencia y no contaban con la solvencia económica para trasladarse, y por último falta de tiempo.

Se determinó que la causa principal del no acceso de la población encuestada es por desinformación debido a que esta no sabe, sobre como, cuando y donde adquirirla para poder recibir así servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios y algunas veces desconocen la ubicación de la Administradora del Régimen Subsidiado a la cual se deben afiliar.

5. CONCLUSIONES.

Se identificó que la población que habita en el sector no posee un desarrollo adecuado y que posee necesidades básicas insatisfechas en un porcentaje muy alto y trayendo como consecuencia una falta de focalización sobre los derechos a nivel salud que les ofrece la ley.

Se observó que la participación comunitaria es muy grande para poder sobre llevar las inclemencias de la supervivencia en algunas ocasiones y siempre esperando una solución inmediata no solo a sus problemas de salud sino de su desarrollo poblacional en general.

Se determinó que la cantidad de familias afiliadas al Régimen Subsidiado es muy baja (60%), pues se esperaba que la población beneficiada fuera mucho mayor. El gobierno ha invertido mucho recurso humano y económico para lograr llevar a cabo este programa y no se han cumplido las metas propuestas.

En la población hay insatisfacción porque están interesados en salud, bienestar, estilos de vida saludables y desarrollo comunitario pero por desinformación o falta de actitud por parte del ente estatal que no se les brinda el interés que merecen por parte del gobierno.

Se observó que un 54% de la población poseía sus carnés, pero el resto de la comunidad no lo tenían debido a que no sabían dónde buscar o a que entidad dirigirse para carnetizarse y aprovechar los beneficios brindados por la Ley 100 de Seguridad Social en Salud.

Se determinó que personas inescrupulosas presentaban dos y tres carnés de Seguridad Social; situación que no se debe presentar ya que con esto se le está negando el derecho a un conciudadano a acceder a los servicios de salud y esto se presente básicamente por

la desinformación de la población.

Analizando los resultados se observó que la población canalizada no acude a los servicios de salud porque se presentan una gran cantidad de problemas entre los cuales están como primera medida la desinformación de la población sobre la forma de acceso a estos y como segunda la insatisfacción del usuario al asistir a su ARS desmotivando de esta manera al usuario.

Se identificó diversidad de factores externos de carácter social que obstaculizan el acceso poblacional a los servicios de salud como:

- Inseguridad
- Bajo estrato socioeconómico
- Desinformación
- Baja escolaridad

Se observó la presencia de los desplazados originarios del Valle del Cauca, Antioquía y Costa Atlántica volviendo a formas primitivas de hábitat pues se han convertido en nómadas forzados sin un acceso a servicios de salud estables y sin un seguimiento apropiado de sus estilos de vida.



6. RECOMENDACIONES.

- Aumentar los sistemas de vigilancia y control por parte del gobierno hacia las Administradores de Régimen Subsidiado, llevándose a cabo por medio de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Aplicar sanciones adecuadas a las ARS, cuando no tengan una adecuado distribución de la información de servicios de salud hacia los usuarios y no permitiendo las carnetización de los mismos.
- Aumentar la cobertura de información por medios masivos de comunicación para una mejor difusión en la comunidad de los beneficios que otorga la Ley 100 de 1993.
- Vigilar la adecuada prestación de los servicios de salud por medio de la ARS dando cumplimiento a lo establecido en la ley como son el Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Verificar la afiliación de cada beneficiario a una sola ARS, para aumentar así la cobertura a la población y eliminando la doble carnetización.

BIBLIOGRAFIA.

BITRAGO, Willam. VILLEGAS, María. GONZALES, Juan Carlos. Salud y comunidad; Seguridad Social y participación ciudadana. Santafé de Bogotá: Unión Editores Ltda – Clínica Hospital Juan N. Corpas, 1997.

BITRAGO, Willam. VILLEGAS, María. GONZALES, Juan Carlos. Como hacer participación social en salud. Santafé de Bogotá: Unión Editores Ltda: 1997

CIRCULARES TERNA CONJUNTO N° 04MS-056SNS. Ministerio de Salud. República de Colombia, 1998.

FORERO DE SADE, María Teresa. Régimen Subsidiado deberes y derechos. Santafé de Bogotá.

FORERO DE SADE, María Teresa. ABC del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá D.C.: Ministerio de Salud, 1997.

INSTRUCCIONES DEL ACUERDO 77 DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Afiliación e Inscripción al Régimen Subsidiado.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Régimen Subsidiado del Sistema General Social de Salud y participantes vinculados. Santafé de Bogotá D.C.: Departamento de aseguramiento, 1997.

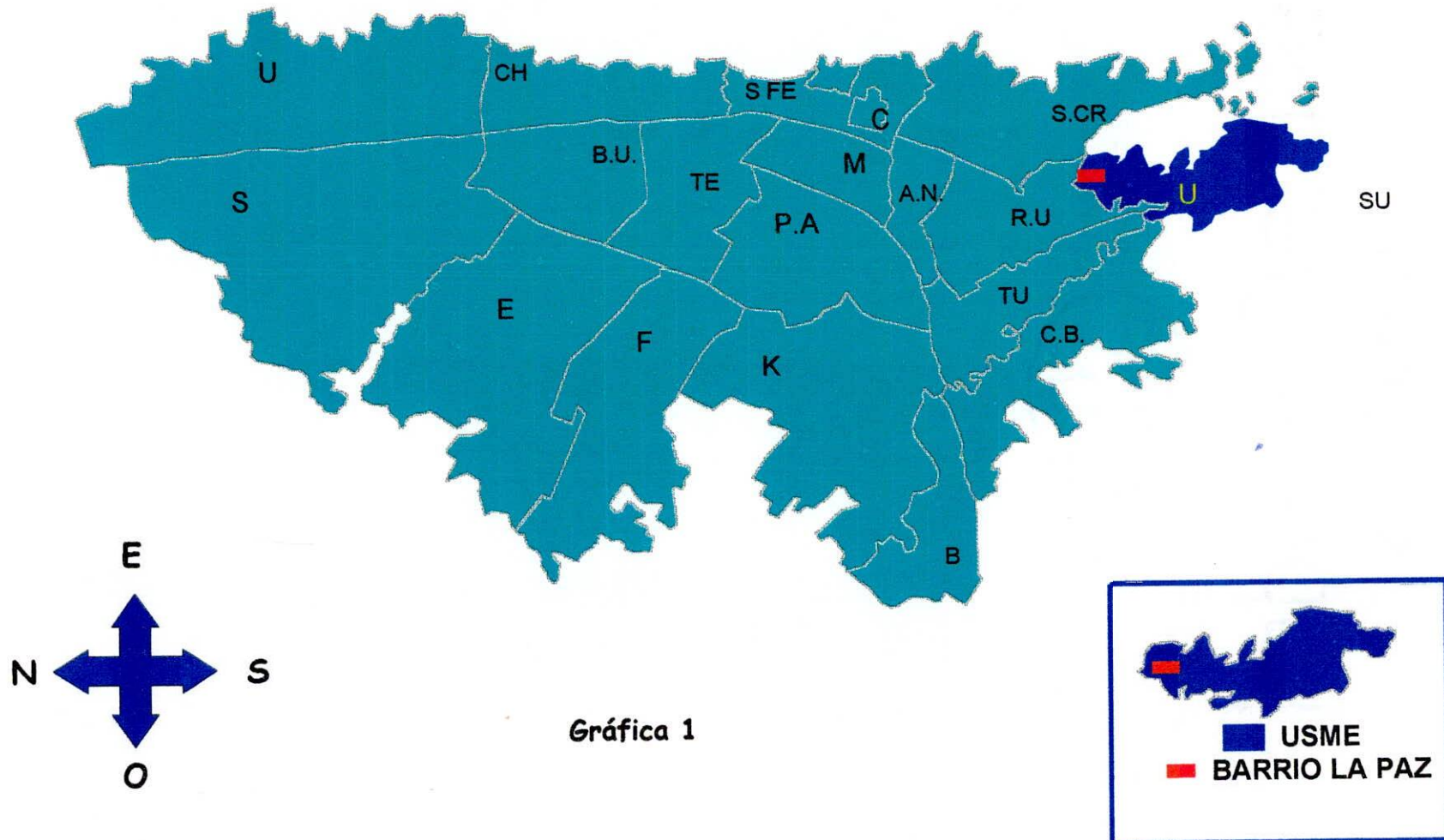
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. LEY 100 DE 1993 Y DECRETOS REGLAMENTARIOS. República de Colombia 1997,

ANEXOS

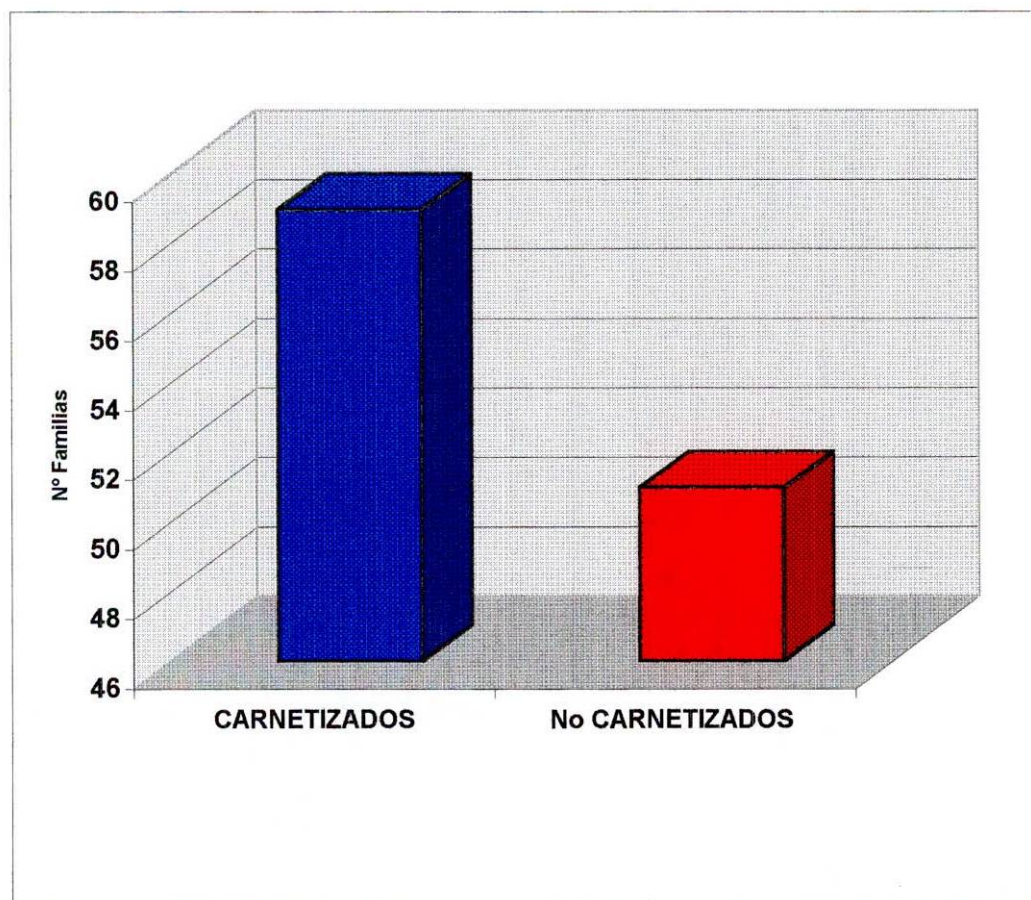
- Gráfica 1 Mapa de Santafé de Bogotá.
- Gráfica 2 Carnetización al Sistema de Seguridad Social a una ARS o EPS(Número de familias).
- Gráfica 3 Carnetización al Sistema de Seguridad Social a una ARS o EPS(Porcentaje de familias).
- Gráfica 4 ARS que sustentan las afiliaciones.
- Gráfica 5 Familias afiliadas a una ARS o EPS (Número de familias).
- Gráfica 6 Familias afiliadas a una ARS o EPS (Porcentaje de familias).
- Gráfica 7 Frecuencia de acceso al servicio de salud en la EPS o ARS (Número de familias).
- Gráfica 8 Frecuencia de acceso al servicio de salud en la EPS o ARS (Porcentaje de familias).
- Gráfica 9 Causas del no acceso a los servicios de salud (Número de familias).
- Gráfica 10 Causas del no acceso a los servicios de salud (Porcentaje de familias).
- Gráfica 11 Causas de no carnetización de la población (Número de familias).
- Gráfica 12 Causas de no carnetización de la población (Porcentaje de familias).



SANTA FE DE BOGOTA D.C.



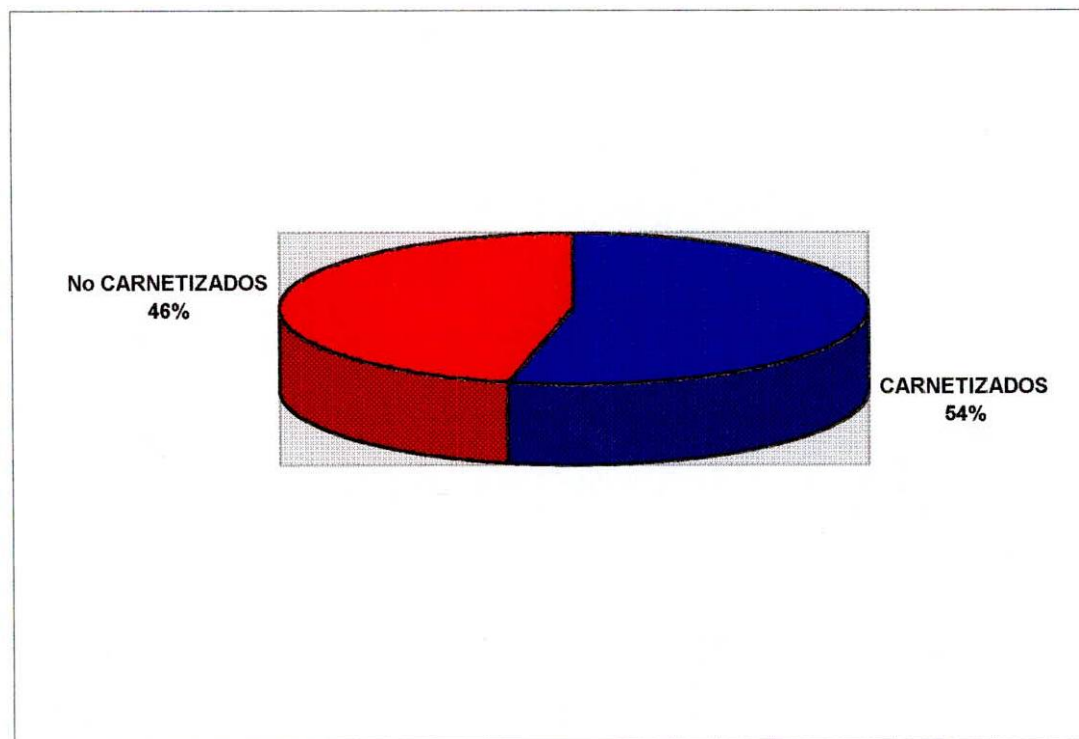
CARNETIZACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (ARS O EPS)



	CARNETIZADOS	59 FAMILIAS
	No CARNETIZADOS	51 FAMILIAS

Gráfica 2

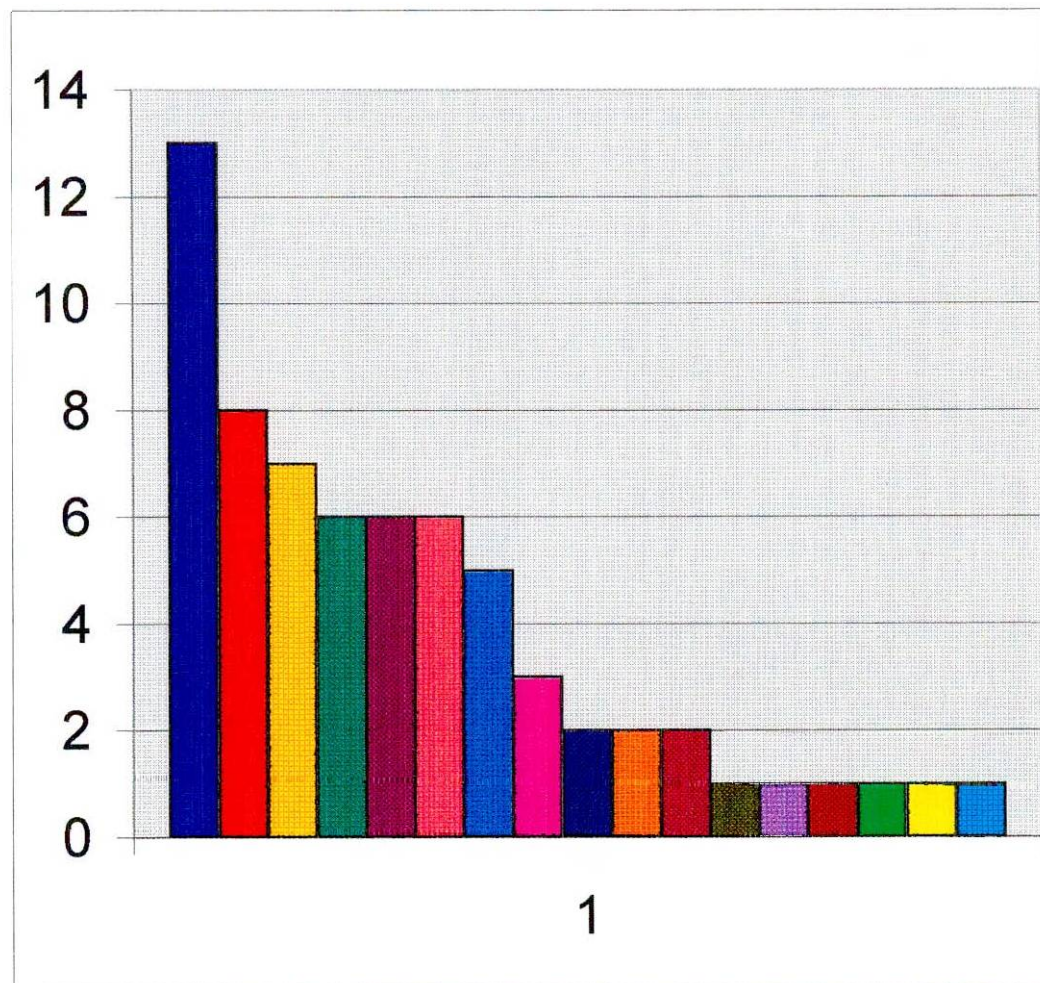
CARNETIZACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (ARS O EPS)



Gráfica 3

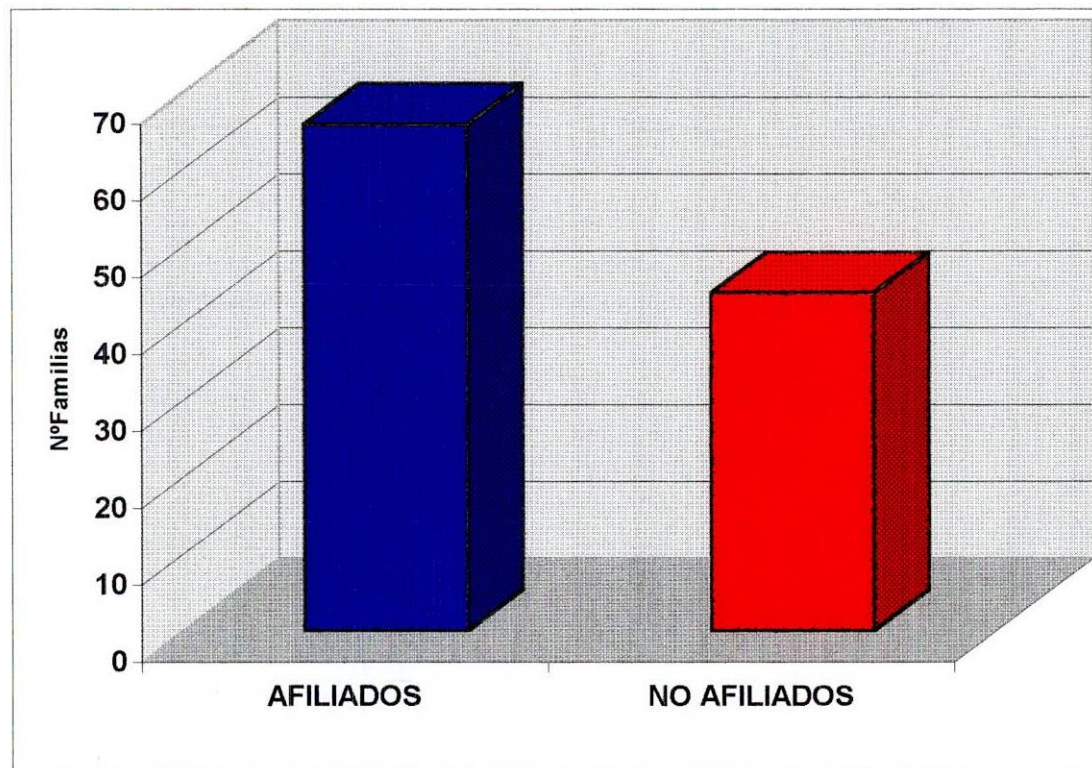
ARS QUE SUSTENTAN LAS AFILIACIONES

	ISS	13 FAMILIAS
	SALUDCOOP	8 FAMILIAS
	H. SAN JORGE	7 FAMILIAS
	FONDO LOTERC	6 FAMILIAS
	H. TUNJUELITO	6 FAMILIAS
	COMPENSAR	6 FAMILIAS
	ASFAMILIAS	5 FAMILIAS
	SISBEN	3 FAMILIAS
	COLSUBSIDIO	2 FAMILIAS
	UNICAJAS	2 FAMILIAS
	USME	2 FAMILIAS
	CAMI. DIANA TU	1 FAMILIAS
	CAMI. MOLINOS	1 FAMILIAS
	CAFESALUD	1 FAMILIAS
	CODENSA	1 FAMILIAS
	CAPRECOM	1 FAMILIAS
	GARAGOA	1 FAMILIAS



Gráfica 4

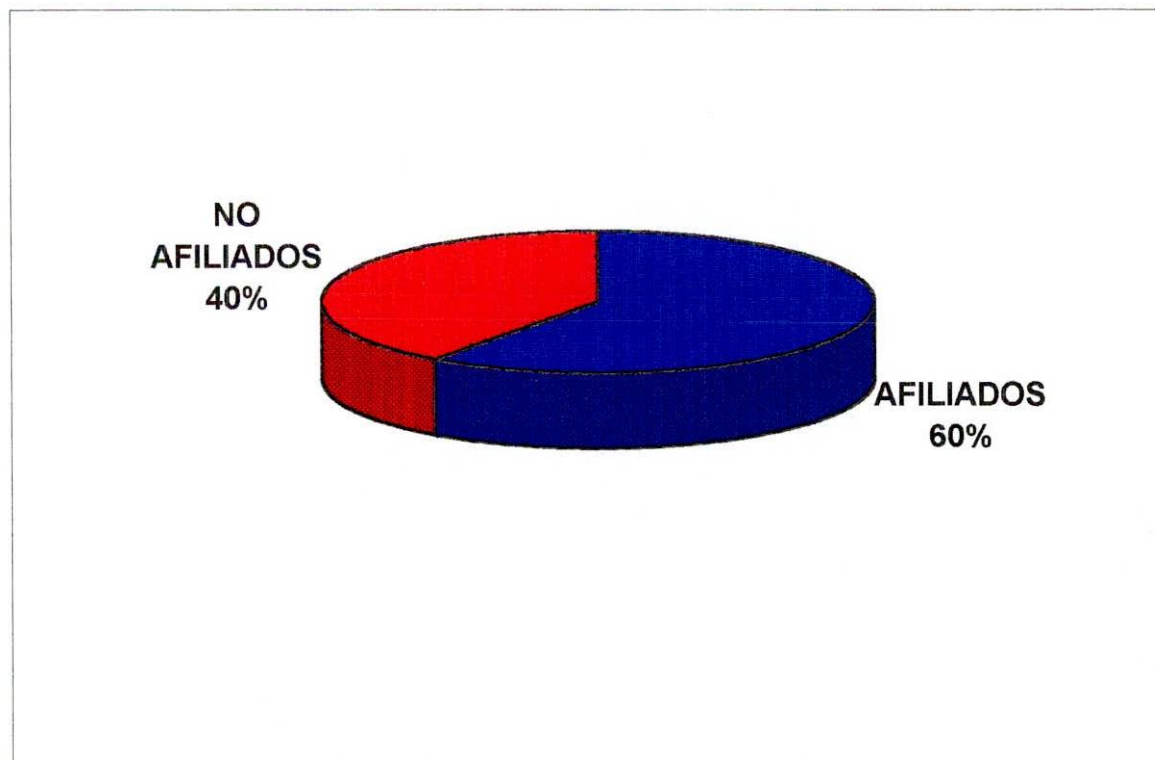
FAMILIAS AFILIADAS A UNA ARS O EPS



	AFILIADOS	66 FAMILIAS
	NO AFILIADOS	44 FAMILIAS

Gráfica 5

FAMILIAS AFILIADAS A UNA ARS O EPS

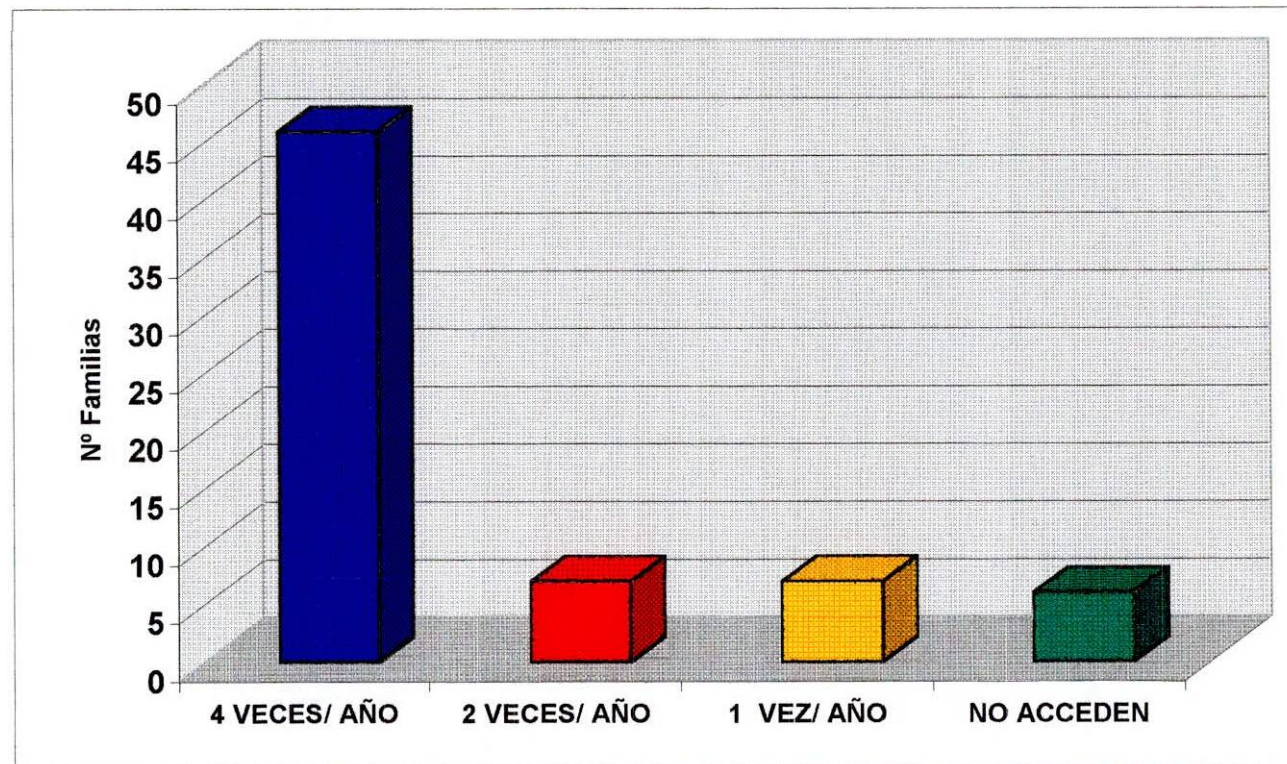


■ AFILIADOS
■ NO AFILIADOS

66 FAMILIAS
44 FAMILIAS

Gráfica 6

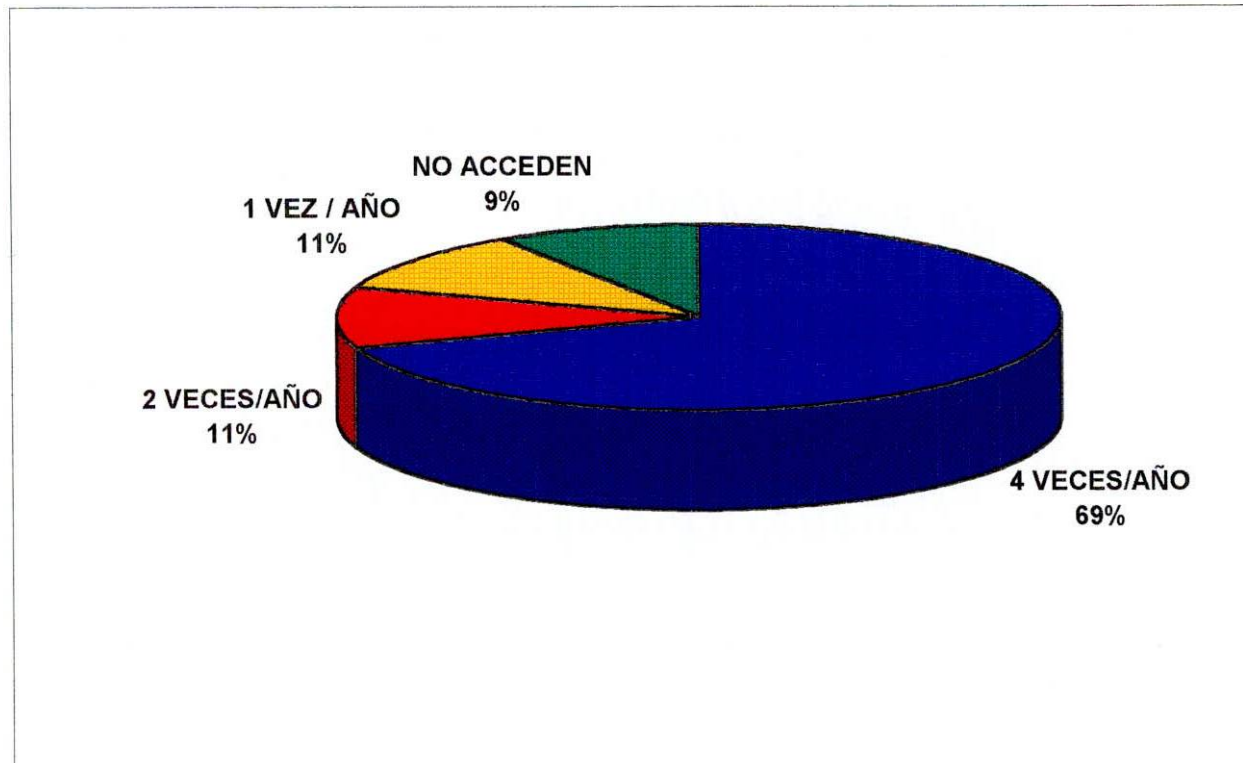
FRECUENCIA DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD (ARS O EPS)



4 VECES/ AÑO	46 FAMILIAS
2 VECES/ AÑO	7 FAMILIAS
1 VEZ/ AÑO	7 FAMILIAS
NO ACCEDEN	6 FAMILIAS

Gráfica 7

FRECUENCIA DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD (ARS O EPS)



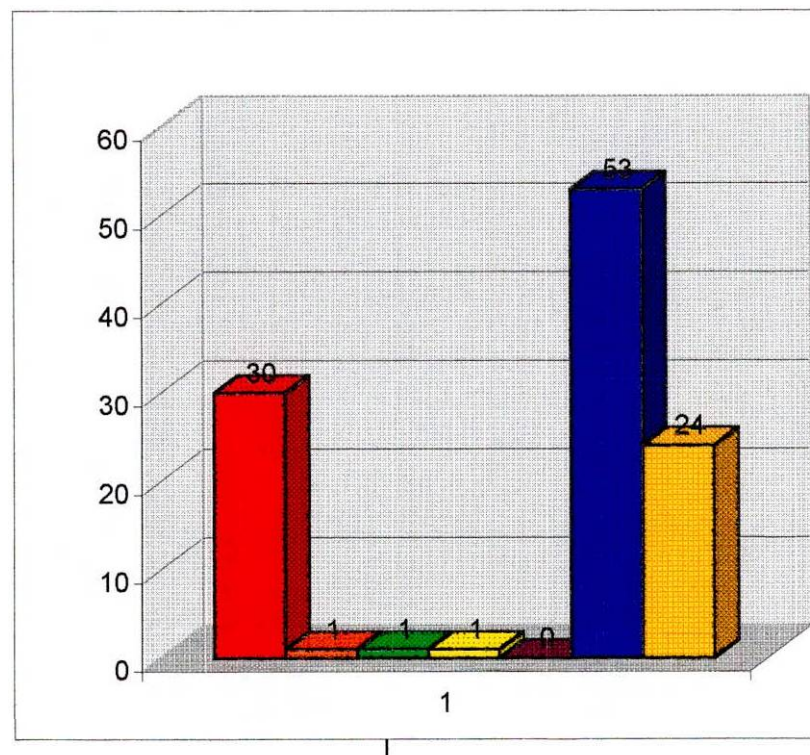
4 VECES/AÑO	46 FAMILIAS
2 VECES/AÑO	7 FAMILIAS
1 VEZ / AÑO	7 FAMILIAS
NO ACCEDEN	6 FAMILIAS

Gráfica 8

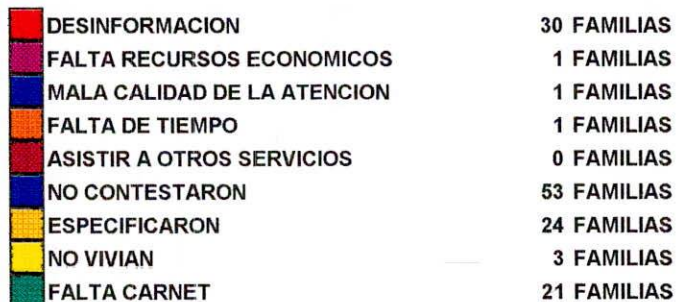
CAUSAS DEL NO ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

DESINFORMACION	30 FAMILIAS
FALTA RECURSOS ECONOMICOS	1 FAMILIAS
MALA CALIDAD DE LA ATENCION	1 FAMILIAS
FALTA DE TIEMPO	1 FAMILIAS
ASISTIR A OTROS SERVICIOS	0 FAMILIAS
NO CONTESTARON	53 FAMILIAS
ESPECIFICARON	24 FAMILIAS

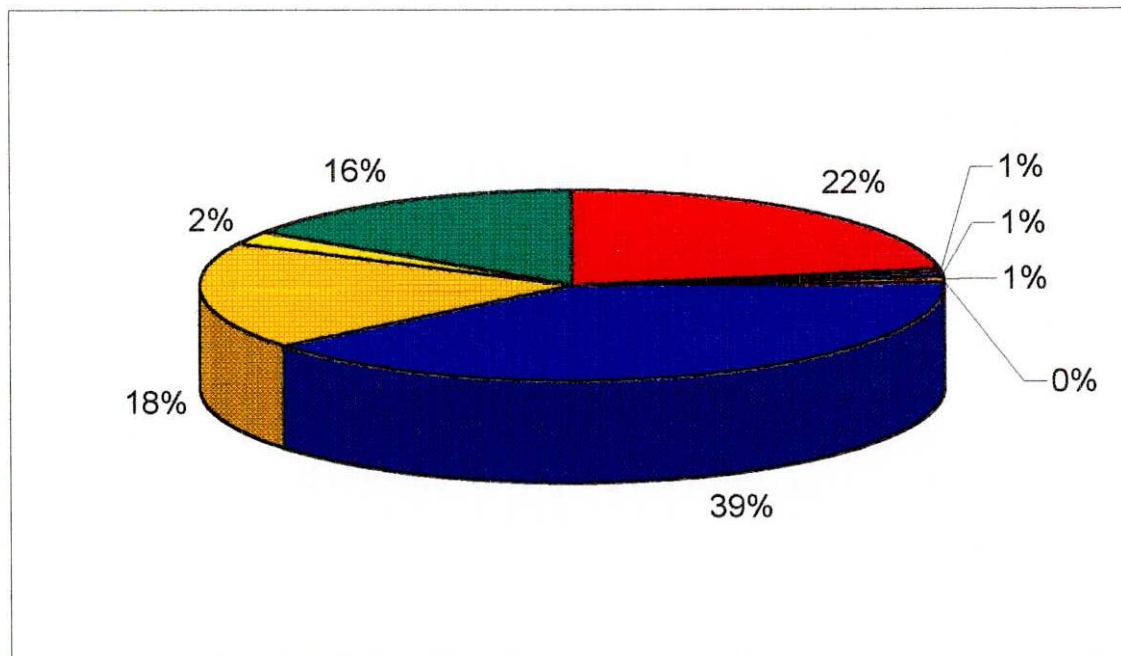
Gráfica 9



CAUSAS DEL NO ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



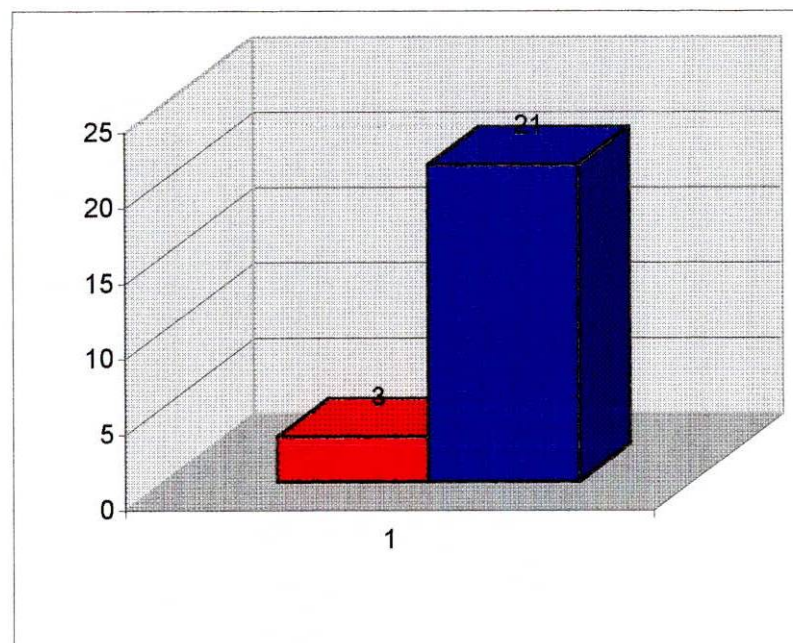
Gráfica 10



CAUSAS DE NO CARNETIZACION DE LA POBLACION

ESPECIFICARON	
NO VIVIAN	3 FAMILIAS
FALTA CARNET	21 FAMILIAS

Gráfica 11



CAUSAS DE NO CARNETIZACION DE LA POBLACION



Gráfica 12

