

**CAUSAS DE LA NO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE TULUA**

**JULIÁN ALBERTO HERNÁNDEZ ALZATE
GLADIS YOLANDA MERA MUÑOZ
JAMILETH PEDROZA VASQUEZ
MARTHA CECILIA SINISTERRA MILLAN**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
TULUA - VALLE
2012**

**CAUSAS DE LA NO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE TULUA**

**JULIÁN ALBERTO HERNÁNDEZ ALZATE
GLADIS YOLANDA MERA MUÑOZ
JAMILETH PEDROZA VASQUEZ
MARTHA CECILIA SINISTERRA MILLAN**

TUTOR: SULAY ROCÍO ECHEVERRI MEJÍA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
TULUA - VALLE
2012**

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Tuluá, Febrero de 2012.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-------------|
| INTRODUCCION | 3 |
| 1. TITULO PROYECTO DE INVESTIGACION | 5 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| 2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA | 6 |
| 2.3 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA | 6 |
| 3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION | 8 |
| 3.1 TEORICA | 8 |
| 3.1.1 Perfil Epidemiológico Tuluá 2010 | 17 |
| 3.2 METODOLOGICA | 28 |
| 3.3 PRACTICA | 28 |
| 4. MARCO DE REFERENCIA | 29 |
| 4.1 MARCO TEORICO | 29 |

| | |
|--|----|
| 4.2 MARCO CONCEPTUAL | 31 |
| 4.2.1 Revisión de la Literatura | 41 |
| 4.2.2 Definición de Términos Básicos | 42 |
| 4.3 MARCO ESPACIAL | 45 |
| 4.4 MARCO TEMPORAL | 45 |
| 5. OBJETIVOS | 46 |
| 5.1 OBJETIVO GENERAL | 46 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 46 |
| 6. METODOLOGIA | 47 |
| 6.1 ÁREA DE ESTUDIO | 47 |
| 6.2 TIPO DE INVESTIGACION | 48 |
| 6.3 DISEÑO | 48 |
| 6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA | 48 |
| 6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 49 |
| 6.5.1 Sectorización | 50 |

| | |
|---|----|
| 6.5.2. Asignación de Responsabilidades por Sector | 50 |
| 6.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 51 |
| 6.7 PLAN DE ANÁLISIS | 51 |
| 6.8 COMPONENTE ÉTICO | 51 |
| 7. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN | 53 |
| 8. CRONOGRAMA | 55 |
| 9. PRESUPUESTO | 56 |
| 10. HALLAZGOS – DIARIO DE CAMPO | 59 |
| 11. ANÁLISIS DE RESULTADOS | 62 |
| 11.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS EN LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS | 62 |
| 11.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LAS CAUSAS DE LA NO AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 71 |
| 11.2.1 Causa: Desconocimiento del proceso de Afiliación | 73 |
| 11.2.2 Causa: Tramitología en la Afiliación | 76 |

| | |
|---|----|
| 11.2.3 Causa: Desconocimiento de Beneficios | 79 |
| 11.2.4 Causa: Falta de Dinero | 82 |
| 11.2.5 Motivo: Otras Causas | 85 |
| BIBLIOGRAFIA PRELIMINAR | 89 |
| ANEXOS | 91 |

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Cobertura de afiliación al régimen contributivo y subsidiado en Tuluá 2010

Cuadro 2. Total habitantes municipio Tuluá - urbano y rural

Cuadro 3. Población afiliada al régimen subsidiado – Tuluá 2010

Cuadro 4. Población afiliada sisbenizada – Tuluá 2010

Cuadro 5. Eventos de notificación obligatoria municipio de Tuluá Año 2009- 2010

Cuadro 6. Diez primeras causas de consulta médica general

Cuadro 7. Diez primeras causas de consulta por urgencias

Cuadro 8. Comportamiento de la mortalidad por grupos de edad y sexo - municipio de Tuluá Año 2010

Cuadro 9. Diez primeras causas de mortalidad general - Municipio de Tuluá año 2010

Cuadro 10. Mortalidad por grupos de causas años 2005 - 2010

Cuadro 11 Distribución nacional de la cobertura de aseguramiento en el SGSSS en 2006

Cuadro 12. Cronograma de actividades proyecto: Causas de la no afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud

Cuadro 13. Presupuesto trabajo de grado

Cuadro 14. Sitios de aplicación de las encuestas

Cuadro 15. Cantidad de personas encuestadas por sexo

Cuadro 16. Frecuencia de encuestados identificados con el Sisben

Cuadro 17. Frecuencia de encuestados por nivel de Sisben

Cuadro 18. Percepción de protección en salud de los encuestados que cuentan con el carnet del Sisben

Cuadro 19. Distribución de encuestados por grupos de edades

Cuadro 20. Media y Varianza de la muestra

Cuadro 21. Distribución de encuestados por sexo y estado civil

Cuadro 23. Distribución de los encuestados según la situación laboral por sexo

Cuadro 24. Distribución de encuestados por actividad económica

Cuadro 25. Distribución de encuestados según el sitio donde acuden en caso de enfermedad

Cuadro 26. Distribución por orden de frecuencia de las causas de la no afiliación al SGSSS

Cuadro 27. Distribución por actividad económica

Cuadro 28. Distribución por actividad económica

Cuadro 29. Distribución por actividad económica

Cuadro 30. Distribución por actividad económica

Cuadro 31. Distribución por actividad económica

Cuadro 32. Distribución detallada - otra causa

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Cobertura de afiliación al régimen contributivo y subsidiado en Tuluá 2010

Gráfico 2. Morbilidad por ira municipio de Tuluá Años 2004 – 2010

Gráfico 3. Morbilidad por edad municipio de Tuluá Años 2004 - 2010

Gráfico 4. Morbilidad por dengue municipio de Tuluá Años 2004 - 2010

Gráfico 5. Morbilidad por VIH /SIDA municipio de Tuluá Años 2004 - 2010

Gráfico 6. Canal endémico IRA municipio de Tuluá Años 2001 -2010

Gráfico 7. Canal endémico EDA municipio de Tuluá Años 2001 -2010

Gráfico 8. Canal endémico dengue municipio de Tuluá Años 2001 -2010

Gráfico 9. Distribución de la cobertura de aseguramiento en el SGSSS en 2006

Gráfico 10. Objetivos e instrumentos de la Ley 100 De 1993

Gráfico 11. Distribución por orden de frecuencia de las cinco causas principales de la no afiliación al SGSSS

Gráfico 12. Desconocimiento del proceso de Afiliación

Gráfico 13. Tramitología en la Afiliación

Gráfico 14. Desconocimiento de Beneficios

Gráfico 15. Falta de Dinero

Gráfico 16. Otra causa

Gráfico 17. Detallado - otras causas

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3 ENTREVISTA

1. TITULO: PROYECTO DE INVESTIGACION: CAUSAS DE LA NO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE TULUA

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La actualidad nacional ofrece distintos planteamientos en torno a la atención en salud y continuamente la legislación del país viene modificando la ley 100 de 1993, en busca de lograr su objetivo principal: *Garantizar la cobertura total y con equidad en salud para cada ciudadano colombiano y que ésta atención sea acorde a los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud.* Sin embargo, en nuestro país existe una relación estrecha entre salud y las condiciones de vida que tiene cada ciudadano. En Colombia ser habitante de la zona rural, ser joven, ser mujer, contar con una condición de discapacidad y pertenecer a una minoría étnica y si además sé es pobre o desplazado, representa una clara desventaja ante la vida y una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad y la muerte. Las desigualdades socio sanitarias reflejan la deuda social acumulada del desarrollo y la orientación y resultados de las políticas sociales en Colombia.

Por tal razón, es necesario el conocimiento exacto de las causales presentes que no permiten la cobertura universal del aseguramiento en salud, y para tal fin, se enfoca el trabajo en la ciudad de Tuluá, municipio ubicado estratégicamente en el centro del Valle del Cauca. Este trabajo planteará nuevas respuestas frente al acceso real a los servicios de salud, tratando de reafirmar si la tendencia

económica sigue siendo la principal causa de la no utilización de los servicios en salud tal como lo demostraba los estudios de Desarrollo Humano en Colombia hechos en el 2001¹ o por el contrario las tendencias de equidad buscadas por las políticas de Estado, han logrado romper las barreras generadas por aseguradores y prestadores en la población colombiana y específicamente de la tuluëña, objeto del presente estudio, en busca de lo que estratégicamente propone **la Carta de Ottawa**: la *abogacía* por la salud, con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y *mediar* a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad².

2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las causas de la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del municipio de Tuluá?

2.3 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA:

Estas preguntas corresponden a los objetivos específicos planteados en el estudio de las causas de la no afiliación de los habitantes de Tuluá al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

¹ **Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Saneamiento 2000-2001**. Informes anuales a las comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes. Bogotá.

² **OMS**. Glosario de promoción de la salud. Ginebra: WHO; 1998.

¿El factor económico continúa siendo el mayor obstáculo para la No Afiliación al SGSSS³ de los habitantes del municipio de Tuluá?

¿Los factores socio-culturales y el nivel educativo están directamente relacionados con la decisión de la No Afiliación al SGSSS en el municipio de Tuluá?

¿Cómo incide el desconocimiento del Costo/Beneficio del aseguramiento en salud, en la decisión de No Afiliarse al SGSSS de los habitantes del municipio de Tuluá?

¿La percepción de la calidad y la tramitología en la prestación de los servicios de salud en el municipio de Tuluá influyen de manera negativa en la decisión de afiliación al SGSSS?

¿Existe un retroceso en la cobertura de aseguramiento de los habitantes de la ciudad de Tuluá al SGSSS?

³ Sistema General de Seguridad Social en Salud.

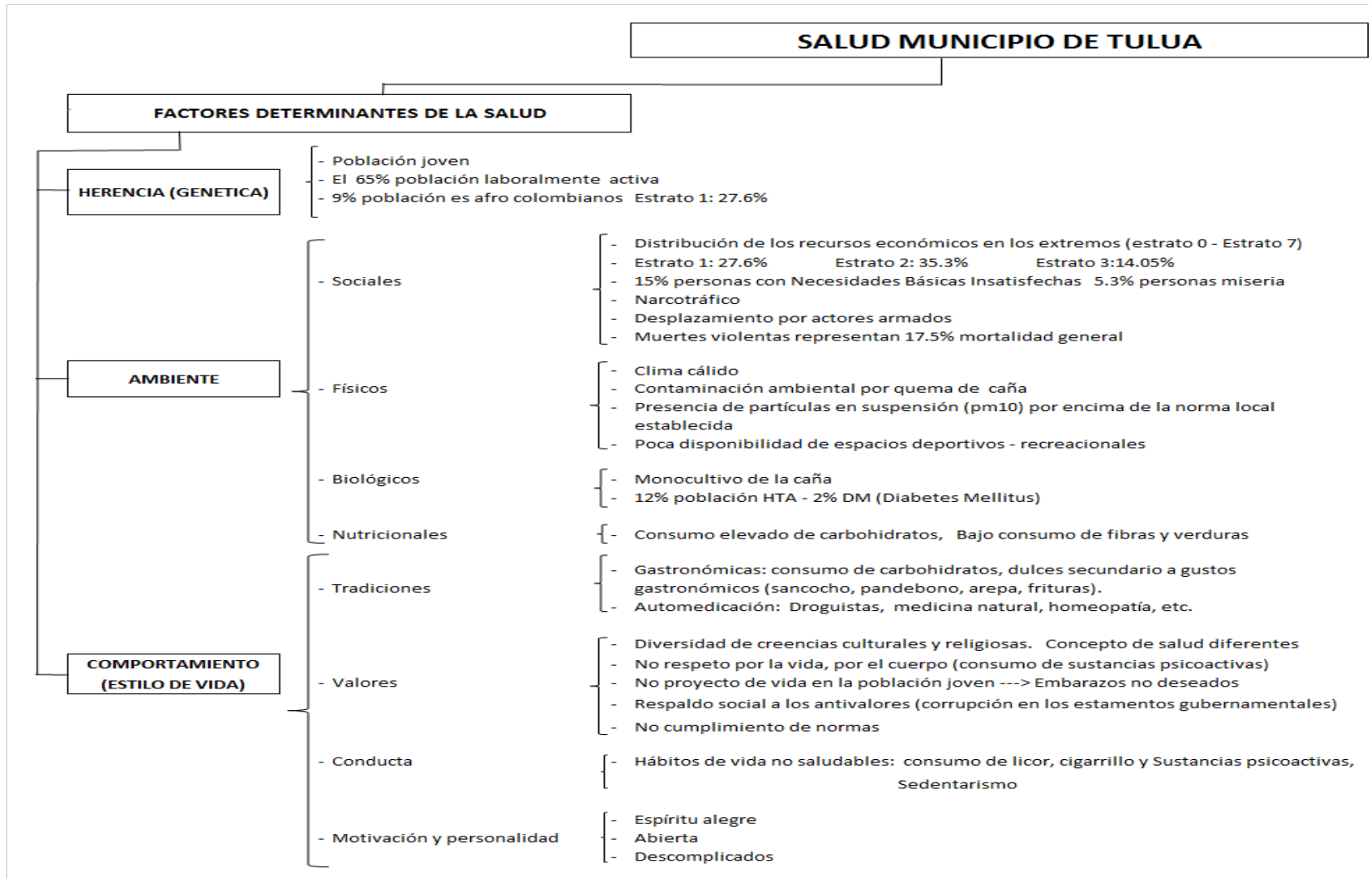
3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Conocedores que no se alcanzó la meta propuesta del 100% de cobertura en salud nacional al año 2002 y teniendo en cuenta que actualmente en Tuluá el 5.11% de la población se encuentra sin afiliación a ningún régimen de seguridad social en salud, sometida a servicios limitados en consulta externa especializada y cirugías programadas, sumado al complejo acceso a las urgencias de nivel III y IV, enfermedades catastróficas y de alto costo; se busca con este trabajo de investigación identificar las causas de la no afiliación al sistema, además de ser una herramienta para la implementación de políticas locales de aseguramiento a la población por parte de las entidades de vigilancia y control municipales.

Igualmente, este estudio busca establecer si las estrategias de Acción - Información - Capacitación desplegadas por el estado como ente regulador, de las EPS como aseguradoras y de las IPS como prestadoras, han logrado educar e informar a la población general sobre la cultura del aseguramiento y la importancia de participar activamente en el sistema.

MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE TULUA



SALUD MUNICIPIO DE TULUA

SERVICIOS DE SALUD

ACCESIBILIDAD

- Limitados para población zona rural motañosa. Disponen de jornadas de salud por la Secretaría de Salud Municipal (por vías de acceso y zonas de riesgo)
- Población zona rural plana y urbana accede a puestos de salud, hospitales y clínicas IV nivel (vías de acceso adecuadas)

OPORTUNIDAD

- Cobertura medicina general dentro del estándar para el total de la población
- Consulta especialidades básicas Hospital Tomas Uribe Uribe
- cobertura dentro del estándar para población regimen contributivo, prestadas por IPS públicas privadas
- Regimen subsidiado y vinculados no tienen oportunidad adecuada porque solo es prestada en el Hospital Dptal Tomas Uribe Uribe

DISPONIBILIDAD

- Limitada para regimen subsidiado , contributivo y vinculados por no disponibilidad de la especialidad y/o Políticas de las aseguradoras debido a convenios suscritos con otras entidades en la ciudad de Cali

NIVELES DE ATENCION

I NIVEL: Actividades de P Y P Consulta médica y odontología

II NIVEL: Laboratorio II nivel

III NIVEL:

COMPLEJIDAD

- Baja Complejidad

- Mediana Complejidad

- Alta complejidad

- Puestos de salud: 8 urbanos
- Puestos de salud: 7 rural
- Hospital Ruben Cruz Velez
- IPS privadas

- Cinco especialidades básicas
- Coomeva
- Clínica Oriente: urgencias
- Clínica San Francisco: urgencias
- Hospital Tomas Uribe Uribe: urgencias
- Clínica Alvernia: urgencias

- Subespecialidades: neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, Rx, UCI, Unidad Renal

SALUD PUBLICA - MUNICIPIO DE TULUA

La integran: Secretaría de Salud Municipal

ESTRUCTURALMENTE :

Se encuentra definida, integrada con la Secretaría de Gobierno, Oficina de Bienestar Social del Municipio, ONGs. Organizaciones comunitarias y de servicio social. Se maneja burocráticamente, no hay continuidad.

PRACTICA:

Actividades dispersas de diversos actores del municipio. Aplicada por EPS - IPS Públicas y privadas.

FUNCIONES DE LA SALUD PUBLICA

1. PROTECCION DE LA SALUD

Liderada por:
Sedama
CVC
UES
Secretaría de Gobierno: Formulación, ejecución y coordinación políticas públicas

Agua potable: 100% cobertura
Desechos: Tuluaseo --> Residuos sólidos
RH --> Residuos biológicos
Alimentos: UES - Oficina de Vigilancia y control de Sec. Salud Municipal

2. FOMENTO DE LA SALUD

Secretaría de Gobierno - programas por grupos edad
Secretaría de educación - colegios, escuelas
ICBF, madres familias comunitarias
IPS nivel I en programas de fomento. Cumplimiento de norma 412 Ley 100

3. REPARACION DE LA SALUD

Cobertura Régimen Contributivo: 44% } 100% municipio
Cobertura Régimen Subsidiado: 56% }
Atención discapacitados: 30% del total (1,368)
Atención tercera edad: Comedores comunitarios
Rehabilitación limitada al Régimen Contributivo
Baja cobertura del Régimen subsidiado

4. DE APOYO

Gerencia de organizaciones en salud
- Coordinar el Sistema de SSS en el municipio, clara misión, visión, indicadores
- En la práctica liderado por IPS y EPS privada de acuerdo a niveles de desarrollo
Sec. Salud Municipal--> coordina el SSS en Salud del Municipio ---> cumplir con la normatividad legal vigente a las instituciones que lo conforman
Investigación:
Sivigila: Dependencia Secretaría de Salud Municipal, agrupa IPS del municipio
Univalle, Uceva: Tesis y monografías
Grupos integrales de la Secretaría de Salud Departamental
Planificación estratégica de cada uno de los actores individualmente
Recolección de la información para anuario estadístico por IPS. Oficina de Epidemiología

5. DE COORDINACION

La Secretaría de Salud Municipal lidera el cumplimiento de tareas específicas en caso de epidemias, jornada de vacunación y programa SIVIGILA
El liderazgo es asumido por IPS Clínica San Francisco, EPS Coomeva, S.O.S..
Saludcoop con mayor porcentaje de afiliados.
Según plan de desarrollo - Mayor liderazgo ejerce Secretaría Gobierno, intenta en misión y programas, intervenir de manera multisectorial para mejorar calidad de

SALUD PUBLICA - MUNICIPIO DE TULUA

AREAS DE LA SALUD PUBLICA

1, EPIDEMIOLOGIA

Oficina de Epidemiología de
Secretaría de Salud Municipal

IPS - EPS - Sivigila

Secretaría de Salud Municipal

- Programa de Sivigila integral
- Convocatoria Covés Municipales por eventos epidemiológicos
- Notificación Semanal, Covés de IPS - EPS
- No lidera continuidad en los procesos de vigilancia frente a todo el sector
- Actitud reactiva frente a evento mortalidad
- Vigilancia pasiva de la morbilidad

2. SALUD OCUPACIONAL

Secretaría de Salud Municipal

Empresas del sector público y privado

- Objetivo: vigilancia del cumplimiento de las normas de salud ocupacional, para mejorar seguridad
- Promoción y mantenimiento de la salud del trabajador con la intervención de las ARP, quienes realizan actividades según norma y por competencia comercial
- Trabajadores del Sector azucarero más afectado con el modelo de contratación predominante. Recibe poca intervención.

3. SALUD AMBIENTAL

SEDAMA
CVC

Fundación Río Tuluá y Río Morales

ICA

Secretaría de Salud Municipal
Mertulua

PTAR

UES

- Política ambiental para el campo y el medio ambiente
- Actor pasivo frente al manejo de aguas y contaminación ambiental por quemas indiscriminadas
- Trabajo por la conservación de las cuencas hidrográficas más importantes
- Controles y reportes de los productos y dosis de plaguicidas usados en cultivos agroindustriales
- Calidad del aire y control del ruido, monitorizado en 8 zonas
- Planta de sacrificio público con infraestructura y licencia sanitaria para operar
- Responsabilidad de CVC- Municipio - Levapan para control de la contaminación del río Tuluá
- Control de vectores - educación y fomento (zoonosis)

4. GERENCIA EN SALUD

Manejo de recursos

- vigilancia del cumplimiento de normas

La situación de la salud en el municipio de Tuluá, no es ajena ni diferente a la situación de todo nuestro país, ni a la de los países en vías de desarrollo, donde a pesar del incremento de los rubros para salud y educación, la distribución de recursos sin planificación a largo plazo con metas y objetivos concretos, no han permitido una verdadera mejora en las condiciones de salud y vida de nuestras comunidades; porque muchos de estos recursos se aplican al subsidio, con la intervención de intermediarios que no permiten que el 100% de estos recursos se manejen eficientemente. A pesar de la cobertura de aseguramiento descrita por cifras estadísticas y la existencia de una red de servicios medianamente accesible a nuestra población, ubicada en un centro de confluencia comercial y de servicios de salud para toda una región, con facilidades en todos los servicios de comunicación, no podemos afirmar que contemos con una salud integral.

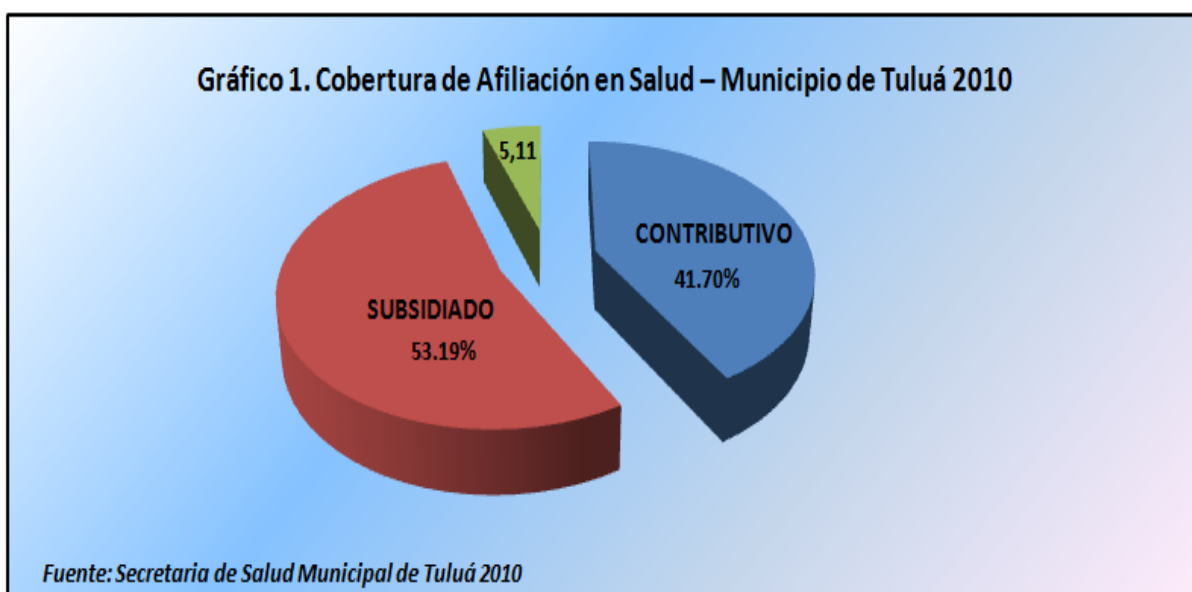
Hay sectores que actualmente tienen acceso a servicios que antes solo les era prestado en un esquema de caridad (Hospitales); sin embargo, encontramos inequidad social y presencia de factores medioambientales, socioeconómicos y políticos, que afectan de manera muy negativa la situación de salud del municipio.

En el Cuadro 1, se observa que Tuluá tiene una cobertura en afiliación al régimen contributivo que disminuyó del 51.89% en el 2007 al 43.95% en el 2010 y una cobertura de afiliación al régimen subsidiado que se incrementó del 48.11% en el 2007 al 56.05% en el año 2010. Igualmente, según los datos estadísticos de la ciudad, el 68% de la población afiliada es la laboralmente activa, presentándose una disminución crítica en los grupos de edad por encima de los 69 años; la concentración de afiliación en la zona urbana es del 69% frente a un 31% de la zona rural. (Ver Cuadro 3)

Cuadro 1. Cobertura de Afiliación en Salud – Municipio de Tuluá 2007 - 2010

| REGIMEN | AÑO 2007 | | AÑO 2010 | |
|-------------------------|---------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| | No | % | No | % |
| CONTRIBUTIVO | 96,533 | 51.89 | 103,952 | 41.70 |
| SUBSIDIADO | 89,489 | 48.11 | 132,581 | 53.19 |
| POBLACION SIN COBERTURA | <i>*No se posee Información</i> | | 12,727 | 5.11 |
| TOTAL | 186,022 | 100.00 | 236.533 | 100.00 |

NOTA: Los porcentajes cambian al ser sacados con el dato real de población de Tuluá al 2010 según el DANE. (199.244 hab.)



Cuadro 2. Total Habitantes Municipio de Tuluá - Urbano y Rural

| CONCEPTO | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| POBLACION CABECERA | 163.162 | 165.259 | 167.387 | 171.509 |
| POBLACION RURAL | 26.596 | 26.823 | 27.059 | 27.714 |
| TOTALES | 189.758 | 192.082 | 194.446 | 199.244 |

Fuente: DANE – Noviembre 22 - 2010

Cuadro 3. Población Afiliada al Régimen Subsidiado – Tuluá 2010

| EPSS | TOTAL AFILIADOS | SISBEN I | SISBEN II | SISBEN III | SUBSIDIOS TOTALES | SUBSIDIOS PARCIALES | NIVEL N |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|-------------------|---------------------|--------------|
| EMSSANAR | 88,002 | 29,570 | 48,342 | 6,540 | 68,395 | 19,607 | 3,498 |
| CAFESALUD | 30,474 | 15,347 | 12,832 | 1,831 | 28,631 | 1,843 | 435 |
| CAPRECOM | 14,005 | 4,631 | 5,228 | 762 | 12,887 | 1,118 | 3,384 |
| TOTAL | 132,481 | 49,548 | 66,402 | 9,133 | 109,913 | 22,568 | 7,317 |

Fuente: Área de Aseguramiento - Secretaría Municipal de Salud Tuluá 2010

Cuadro 4. Población Afiliada Sisbenizada – Tuluá 2010

| NIVEL DE SISBEN | POBLACION SISBENIZADA | TOTAL POBLACION PRIORIZADA | POB. AFILIADA AL REG. SUBSIDIADO | POBLACION SIN COBERTURA | POBLACION REGIMEN CONTRIBUTIVO |
|-----------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| I | 66,977 | 6,300 | 50,356 | 6,300 | - |
| II | 72,127 | 6,427 | 68,371 | 6,427 | - |
| III | 24,401 | - | 10,011 | - | - |
| OTROS | 336 | - | 7,414 | - | 103,952 |
| TOTAL | 163,841 | 12,727 | 136,152 | 12,727 | 103,952 |

Fuente: Área de Aseguramiento - Secretaría Municipal de Salud Tuluá 2010

Observamos una cobertura en salud mayor al 100% entre régimen contributivo, subsidiado y población sin cobertura, si se compara con la población de Tuluá al 2010 según la proyección del DANE (199.244 hab.); lo cual puede estar asociado a las afiliaciones temporales al reg. Contributivo y/o a las personas que han migrado a otros países, pero continúan activas en el sistema, haciendo uso de los servicios en las temporadas de vacaciones.

Tuluá también cuenta con una buena oferta de servicios de salud, que lo constituye en polo de desarrollo del sector por la presencia de especialidades y subespecialidades médicas, así como centros de diagnóstico especializado de 3 y 4 nivel y alta complejidad, constituyendo la ciudad en un centro de referencia para la zona de influencia. Pero esta oferta de servicios en todos los niveles, no

significa una oportunidad y accesibilidad para el 100% de la población afiliada, dado que las dos principales IPS públicas del municipio, atraviesan por una crisis donde el afiliado al régimen subsidiado y la población pobre y vulnerable (vinculados al sistema) terminan siendo los más afectados porque deben de desplazarse a la ciudad de Cali.

3.1.1 Perfil Epidemiológico de Tuluá – 2010

MORBILIDAD

Cuadro 5. Eventos de Notificación Obligatoria - Tuluá 2009 - 2010

| EVENTO | 2009 | 2010 | % VARIACION |
|--------------------------|---------------|---------------|-------------|
| EDA | 6.322 | 8.300 | 31% |
| IRA | 3.149 | 3.457 | 10% |
| DENGUE CLASICO | 298 | 457 | 53% |
| VARICELA | 172 | 110 | -36% |
| DENGUE HEMORRAGICO | 112 | 214 | 91% |
| INTOXICACION ALIMENTARIA | 44 | 0 | -4400% |
| EXPOSICION RABICA | 161 | 163 | 1% |
| HEPATITIS A | 5 | 3 | -40% |
| TBC | 12 | 36 | 200% |
| VIH /SIDA | 63 | 37 | -41% |
| SIFILIS CONGENITA | 0 | 9 | 900% |
| SIFILIS GESTACIONAL | 11 | 19 | 73% |
| LEPTOSPIROSIS | 62 | 35 | -44% |
| Subtotal | 10.411 | 12.840 | 23% |
| Resto | 246 | 179 | |
| TOTAL | 10.657 | 13.019 | 22% |

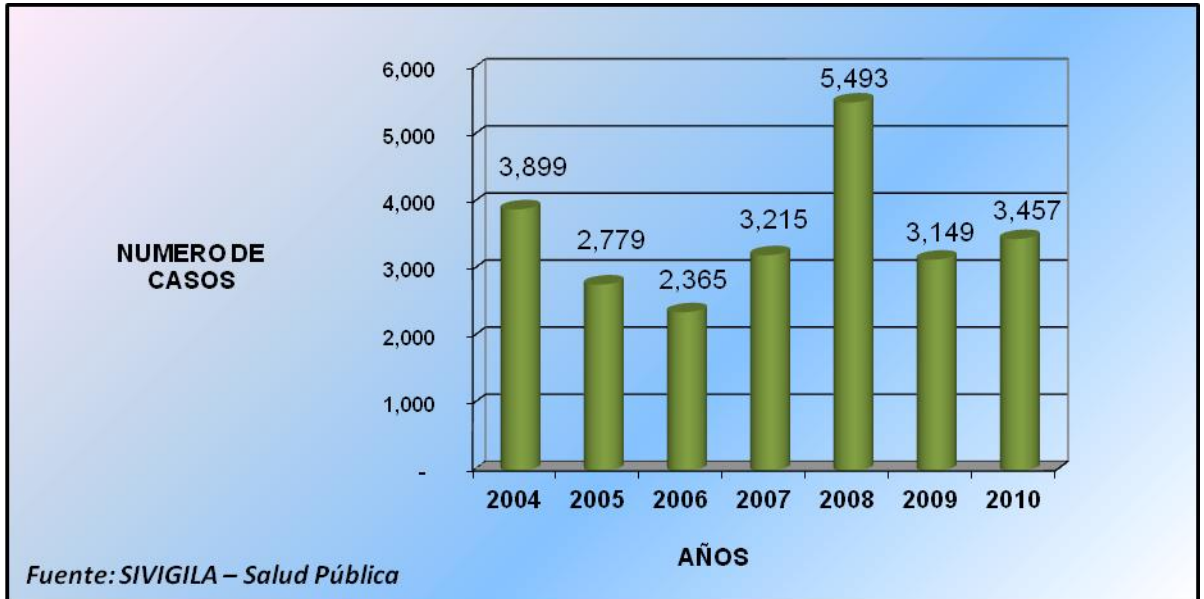
Fuente: Secretaria de Salud Tuluá 2010

En el Cuadro 5 aparece los eventos de notificación obligatoria, dentro de los cuales se destaca el IRA Y EDA como las dos principales causas de notificación obligatoria (90.3%) y de consulta en todos los servicios de atención médica del municipio, los cuales están directamente relacionados con las condiciones medio-ambientales como la calidad del aire y del agua. Varios estudios refieren la causalidad directa de estos factores en la presencia de estas dos patologías que generan un costo social y económico para la población estudiantil y laboralmente activa (Dennis 1996); se destaca además como uno de los eventos de mayor notificación el presentado por el dengue con una participación de 3.51%.

Con respecto a la comparación correspondiente al período enero - diciembre de los años 2009-2010, se puede destacar:

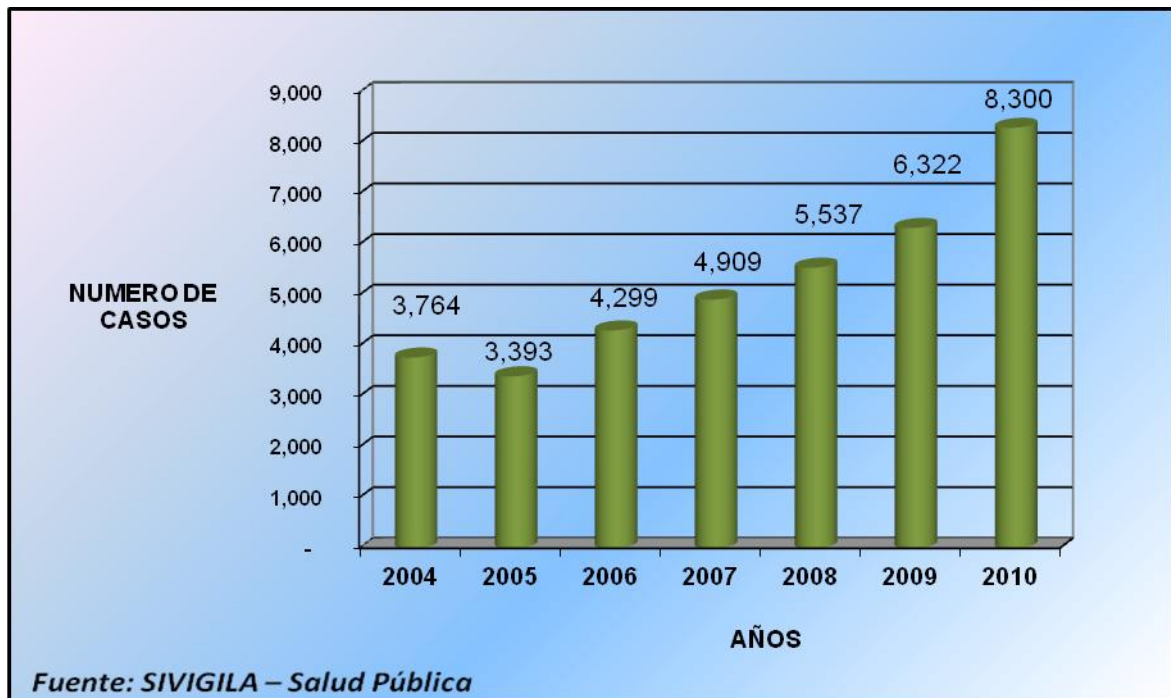
- Se presenta una disminución de 36% de los casos de varicela notificados en el período enero – diciembre de los años 2009 y 2010
- Otro factor importante es el aumento en los casos de dengue severo presentados 91%

Gráfico 2. Morbilidad por IRA - Municipio de Tuluá Años 2004 – 2010



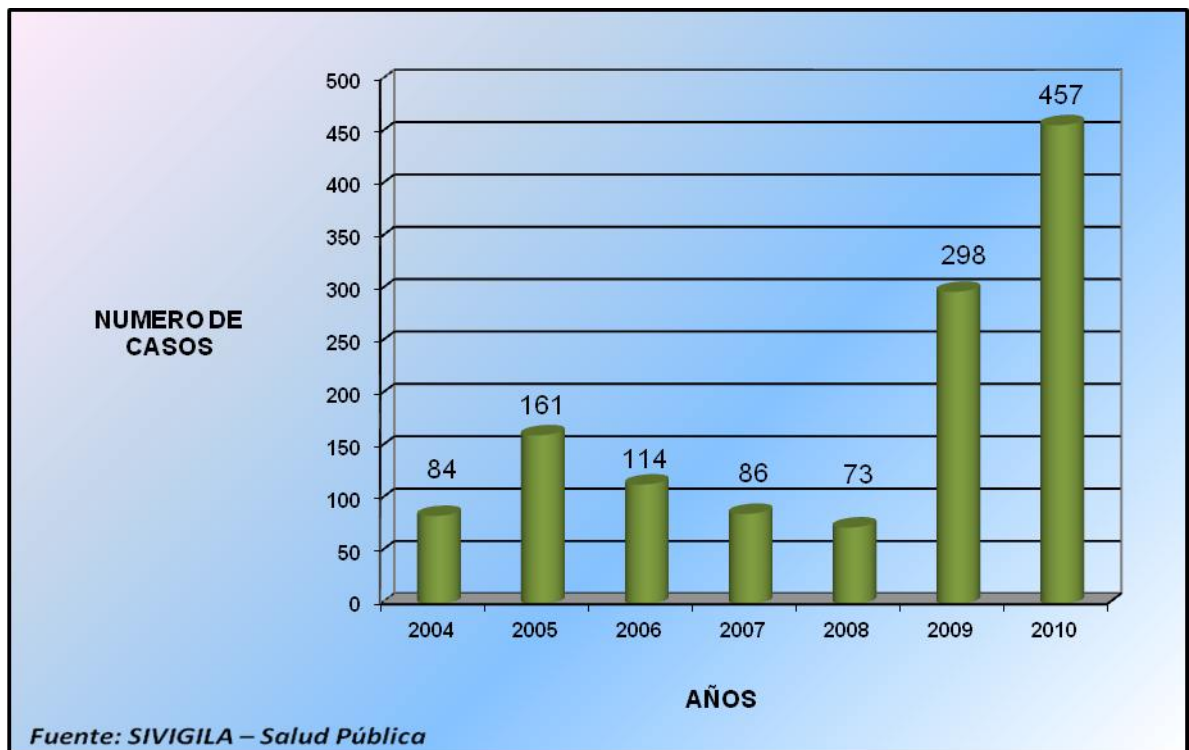
En el Gráfico 2 se muestra la frecuencia de los casos de IRA presentados y notificados durante el período comprendido del año 2004 al año 2010; destacándose como elemento de información, que el mayor número de casos presentados aparece en el año 2008 con 5.493 casos notificados

Grafico 3. Morbilidad por EDA - Municipio de Tuluá Años 2004 – 2010



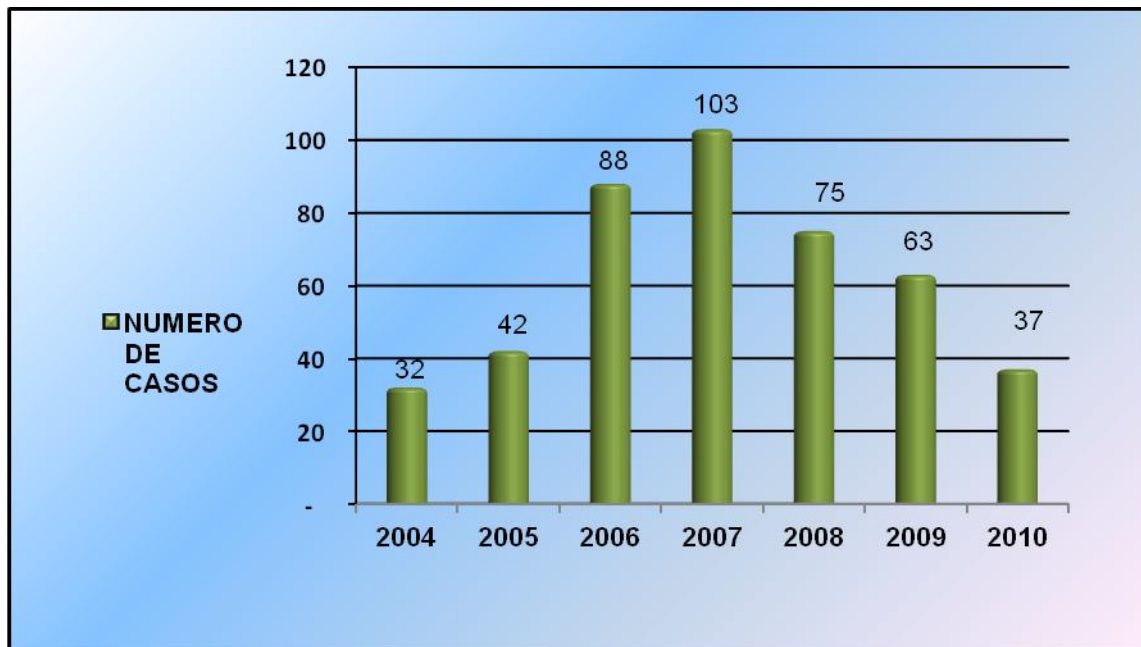
En el Gráfico 3 se muestra la frecuencia de los casos de EDA presentados y notificados durante el período comprendido del año 2004 al año 2010; destacándose como elemento de información que el mayor número de casos presentados en el año 2011 es de 8.300 notificaciones.

Gráfico 4. Morbilidad por DENGUE - Municipio de Tuluá Años 2004 – 2010



En el Gráfico 4 se presenta la frecuencia de los casos presentados y notificados durante el período comprendido del año 2004 al año 2010; destacándose como elemento de información que el mayor número de casos presentados aparece en el año 2010 con 457 casos notificados.

Gráfico 5. Morbilidad por VIH /SIDA - Municipio de Tuluá Años 2004 – 2010



Fuente: SIVIGILA – Salud Pública

En el Gráfico 5 se muestra la frecuencia de los casos presentados y notificados durante el período comprendido del año 2004 al año 2010; destacándose como elemento de información, que el mayor número de casos presentados aparece el año 2007 con 103 casos notificados.

Para ampliar la información de la morbilidad, a continuación se presentan los *canales endémicos*⁴ de los eventos de mayor incidencia, como lo son: EDA, IRA, Dengue, los cuales sirven para detectar cambios bruscos en la aparición y distribución de la enfermedad, seguir las tendencias y los patrones de

⁴ **Los canales endémicos** representan gráficamente, sobre la incidencia histórica, la incidencia actual de un evento para poder detectar tempranamente cifras anormalmente altas de casos de la enfermedad en estudio.

enfermedad, generación de información para la acción y conocer de manera continua el comportamiento epidemiológico de las patologías sujetas a vigilancia y de esta forma ejecutar medidas eficaces y oportunas de intervención. (Ver Gráficos 6, 7 y 8).

Gráfico 6. Canal Endémico IRA Municipio de Tuluá Años 2001 – 2010

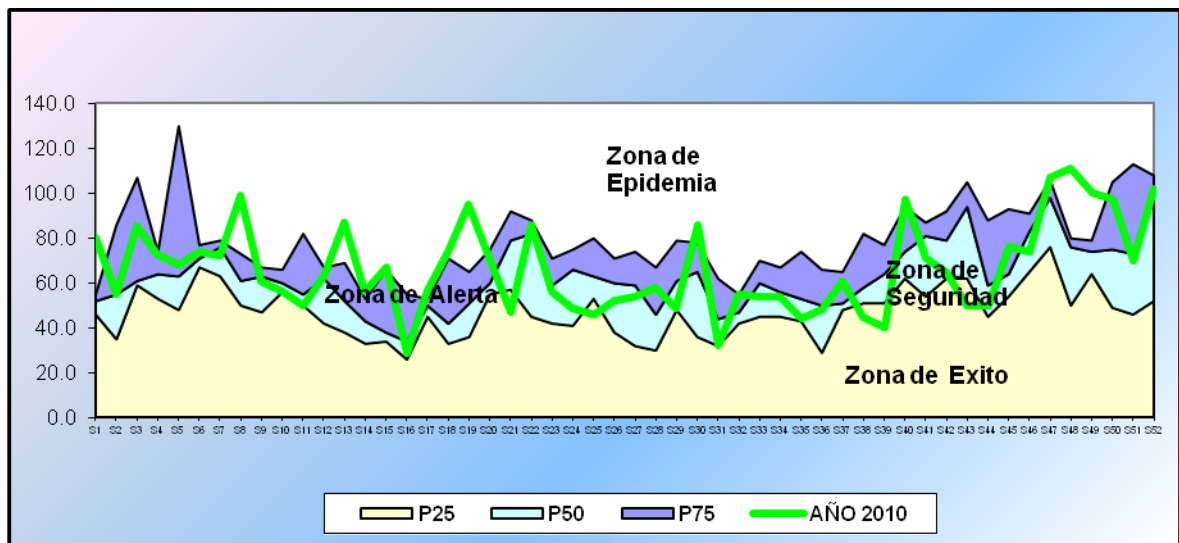


Gráfico 7. Canal Endémico EDA - Municipio de Tuluá Años 2001 – 2010

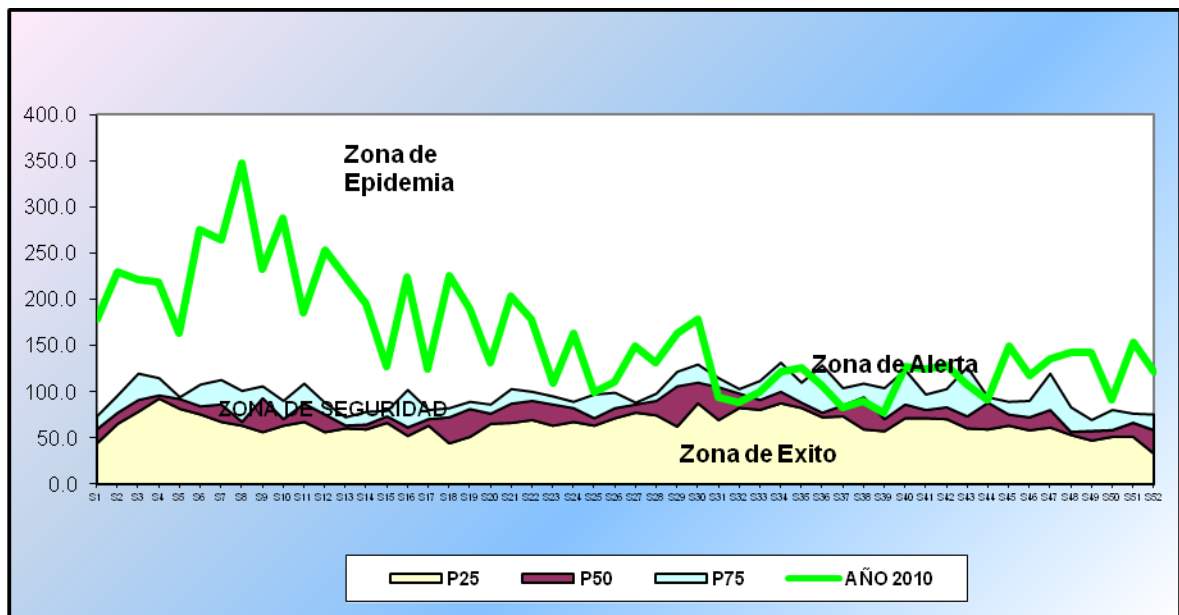
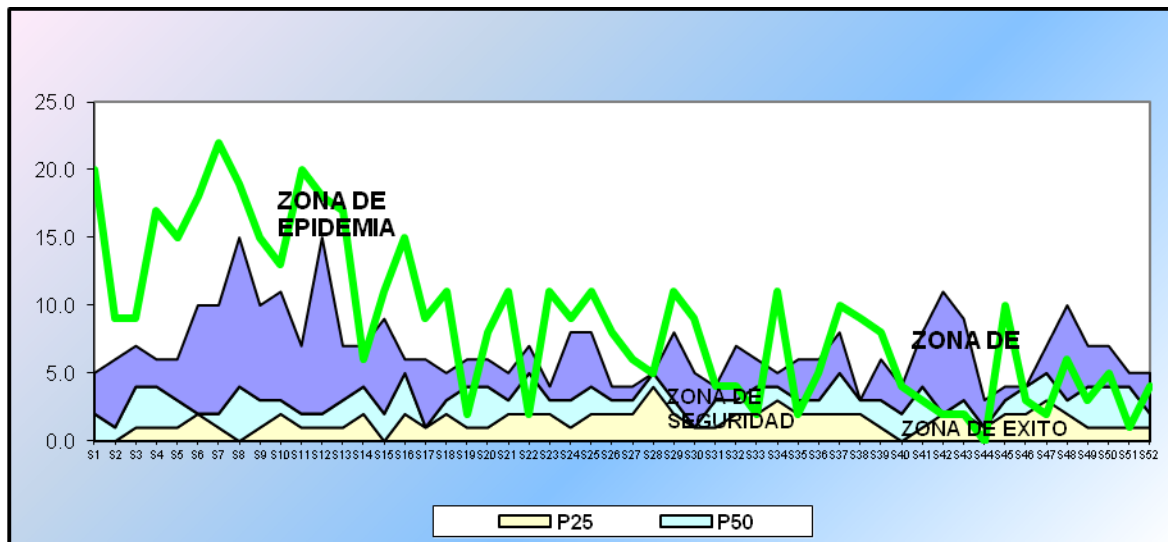


Gráfico 8. Canal Endémico DENGUE - Municipio de Tuluá Años 2001 – 2010



Cuadro 6. Diez Primeras Causas de Consulta Médica General

| Cód. | Causa | Frecuencia |
|------|---|----------------|
| I10X | Hipertensión esencial(primaria) | 21.573 |
| B349 | Infección viral | 7.897 |
| E149 | Diabetes mellitus | 5.450 |
| A09X | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 5.539 |
| Z348 | Supervisión de otros embarazos normales | 5.472 |
| Z001 | Control de salud de rutina del niño | 4.128 |
| M545 | Lumbago no especificado | 3.820 |
| B829 | Parasitosis intestinal | 3.312 |
| R104 | Otros dolores abdominales y los no especificados | 3.146 |
| N390 | Infección vías urinarias | 2.890 |
| | Subtotal | 63.227 |
| | Resto | 68.708 |
| | TOTAL | 131.935 |

Fuente: Secretaria de Salud Tuluá 2010

Cuadro 7. Diez Primeras Causas de Consulta por Urgencias

| Cód. | Causa | Frecuencia |
|-------------|---|-------------------|
| B349 | Infección viral | 5.225 |
| A09X | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 4.976 |
| R104 | Otros dolores abdominales y los no especificados | 3.769 |
| R509 | Fiebre | 3.420 |
| N390 | Infección vías urinarias | 2.989 |
| I10X | Hipertensión esencial | 2.875 |
| J096 | Infección aguda de las vías respiratorias | 2.450 |
| J449 | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 2.124 |
| K297 | Gastritis | 1.923 |
| M545 | Lumbago no especificado | 1.905 |
| | Subtotal | 31.656 |
| | Resto | 18.724 |
| | Total | 50.380 |

Fuente: Secretaría de Salud Tuluá 2010

La morbilidad general nos muestra un comportamiento similar al de Colombia, siendo la hipertensión esencial la primera causa de consulta médica, muy relacionado con la tercera causa la Diabetes Mellitus, enfermedades crónicas y de alto costo, directamente relacionadas con la herencia y los hábitos de vida no saludables donde los mayores esfuerzos de las IPS están encaminados a controlar y/o mantener en los estándares de salud a estos pacientes. Sin embargo, los mayores esfuerzos deben de aplicarse en la construcción de una cultura desde la pre concepción y los primeros años de infancia, basada en adquirir buenos hábitos de vida tales como una nutrición balanceada, la práctica de ejercicio, hábitos higiénicos y el mejoramiento del ambiente. Estos cambios deben ser liderados desde las políticas públicas, integrando todos los actores de la sociedad y esencialmente los medios de comunicación.

MORTALIDAD

Cuadro 8. Comportamiento de la Mortalidad por grupos de Edad y Sexo – Municipio de Tuluá Año 2010

| Grupos de Edad | Hombres | | | | | Mujeres | | | | | Población Total | | | | |
|----------------|------------|-----|---------------|---------------|------------------|------------|-----|---------------|----------------|------------------|-----------------|-----|--------------|----------------|------------------|
| | F | FA | % | Pob. | TM * 100.000 Hab | F | FA | % | Pob. | TM * 100.000 Hab | F | FA | % | Pob. | TM * 100.000 Hab |
| 0-4 | 15 | 15 | 2,62 | 8.121 | 184,71 | 11 | 19 | 3,10 | 7.699 | 142,88 | 26 | 26 | 2,80 | 15.820 | 164,35 |
| 5-9 | 1 | 16 | 0,17 | 8.120 | 12,32 | - | 11 | - | 7.839 | - | 1 | 27 | 0,11 | 15.959 | 6,27 |
| 10-14 | 3 | 19 | 0,52 | 8.932 | 33,59 | 2 | 13 | 0,56 | 8.344 | 23,97 | 5 | 32 | 0,54 | 17.276 | 28,94 |
| 15-19 | 5 | 24 | 0,87 | 9.647 | 51,83 | 3 | 16 | 0,85 | 9.248 | 32,44 | 8 | 40 | 0,86 | 18.895 | 42,34 |
| 20-24 | 30 | 54 | 5,24 | 9.079 | 330,43 | 4 | 20 | 1,13 | 8.626 | 46,37 | 34 | 74 | 3,66 | 17.705 | 192,04 |
| 25-29 | 37 | 91 | 6,46 | 7.682 | 481,65 | 5 | 25 | 1,41 | 8.300 | 60,24 | 42 | 116 | 4,53 | 15.982 | 262,80 |
| 30-34 | 25 | 116 | 4,36 | 6.883 | 363,21 | 7 | 32 | 1,97 | 7.448 | 93,98 | 32 | 148 | 3,45 | 14.331 | 223,29 |
| 35-39 | 37 | 153 | 6,46 | 6.104 | 606,16 | 6 | 38 | 1,69 | 6.956 | 86,26 | 43 | 191 | 4,63 | 13.060 | 329,25 |
| 40-44 | 19 | 172 | 3,32 | 6.314 | 300,92 | 12 | 50 | 3,38 | 7.911 | 151,69 | 31 | 222 | 3,34 | 14.225 | 217,93 |
| 45-49 | 20 | 192 | 3,49 | 6.144 | 325,52 | 7 | 57 | 1,97 | 7.518 | 93,11 | 27 | 249 | 2,91 | 13.662 | 197,63 |
| 50-54 | 28 | 220 | 4,89 | 5.048 | 554,68 | 12 | 69 | 3,38 | 6.049 | 198,38 | 40 | 289 | 4,31 | 11.097 | 360,46 |
| 55-59 | 34 | 254 | 5,93 | 3.936 | 863,82 | 13 | 82 | 3,66 | 4.911 | 264,71 | 47 | 336 | 5,06 | 8.847 | 531,25 |
| 60-64 | 37 | 291 | 6,46 | 3.030 | 1221,12 | 30 | 112 | 8,45 | 3.818 | 785,75 | 67 | 403 | 7,22 | 6.848 | 978,39 |
| 65-69 | 42 | 333 | 7,33 | 2.361 | 1778,91 | 19 | 131 | 5,35 | 2.774 | 684,93 | 61 | 464 | 6,57 | 5.135 | 1187,93 |
| 70-74 | 51 | 384 | 8,90 | 1.899 | 2685,62 | 44 | 175 | 12,39 | 2.419 | 1818,93 | 95 | 559 | 10,24 | 4.318 | 2200,09 |
| 75+ | 189 | 573 | 32,98 | 2.637 | 7167,24 | 180 | 355 | 50,70 | 3.447 | 5221,93 | 369 | 928 | 39,76 | 6.084 | 6065,09 |
| TOTALES | 573 | | 100.00 | 95.937 | | 355 | | 100.00 | 103.307 | | 928 | | 100.0 | 199.244 | 465.76 |

Fuente: DANE- Certificados de Defunción – Salud Pública 2010

Cuadro 9. Diez Primeras Causas de Mortalidad General - Municipio de Tuluá Año 2010

| No. Orden | Causas | No. Casos | % | Tasa X 100,000 hab |
|-----------|-----------------------------|------------|--------------|--------------------|
| 1 | Infarto agudo de miocardio | 152 | 16,38 | 76,29 |
| 2 | Homicidio con arma de fuego | 135 | 14,55 | 67,76 |
| 3 | Accidente cerebro vascular | 63 | 6,79 | 31,62 |
| 4 | Epoc | 40 | 4,31 | 20,08 |
| 5 | Cáncer gástrico | 30 | 3,23 | 15,06 |
| 6 | Insuficiencia cardiaca | 28 | 3,02 | 14,05 |
| 7 | Accidente de tránsito | 26 | 2,80 | 13,05 |
| 8 | Neumonía | 25 | 2,69 | 12,55 |
| 9 | Insuficiencia renal | 23 | 2,48 | 11,54 |
| 10 | Cáncer de pulmón | 20 | 2,16 | 10,04 |
| | Subtotal | 542 | 58,41 | |
| | Resto | 386 | 41,59 | |
| | TOTAL | 928 | 100 | |

Fuente: DANE- Certificados de Defunción – Salud Pública 2010

Cuadro 10. Mortalidad por Grupos de Causas Años 2005 - 2010

| CAUSAS | AÑO 2005 | AÑO 2006 | AÑO 2007 | AÑO 2008 | AÑO 2009 | AÑO 2010 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Violentas | 24.32% | 22.15% | 21.97% | 21.49% | 19.41% | 21.23% |
| Cardiacas - cerebro vasculares | 31.10% | 25.73% | 30.80% | 31.57% | 29.75% | 31.47% |
| Tumores Malignos | 14.51% | 14.04% | 14.37% | 16.70% | 14.56% | 17.46% |
| Enfermedades Respiratorias | 3.11% | 9.80% | 9.55% | 7.43% | 10.34% | 4.85% |
| Enf. Sistema Genitourinario | 2.26% | 1.41% | 2.98% | 2.55% | 4.11% | 4.09% |
| Enf. Sistema Endocrino | 3.11% | 0.94% | 1.64% | 1.02% | 2.00% | 0.86% |
| Infeciosas | 2.26% | 4.62% | 5.24% | 4.58% | 5.06% | 4.09% |
| Otras | 11.59% | 15.65% | 13.45% | 14.66% | 14.77% | 15.95% |

Fuente: DANE- Certificados de Defunción – Salud Pública 2010

Como se observa en el Cuadro 10 de Mortalidad por Grupos de causas años 2005 - 2010, en el año 2010 las muertes violentas siguen siendo la segunda causa y se

presentó un incremento en dos (2) puntos con respecto al año 2009. Esta causal es muy proporcional a la del Valle del Cauca, que presenta una de las tasas de mortalidad más altas de Colombia, aspecto que ha originado desplazamiento y migración, en especial al continente europeo y una caracterización como territorio de riesgo.

Así mismo, el infarto de miocardio, que sumado a todas las causas de enfermedades de riesgo cardiovascular, representan un 28% y se constituye en la primera causa de mortalidad.

3.1.2 Red de Salud – Municipio de Tuluá

3.1.2.1 Red de Prestadores. Considerada a nivel departamental como la ciudad con mayor eficiencia en la prestación de servicios hospitalarios, Tuluá cuenta con una infraestructura y calidad en servicios de la salud que le son de utilidad a las ciudades y municipios circunvecinos, cuenta con clínicas privadas, dos (2) hospitales de carácter estatal, centros de apoyos diagnósticos y una red de puestos de salud a través de lo ancho de su territorio, no limitándose solo al área urbana, sino a la zona rural.

Cuadro 11. Red de Prestadores – Municipio de Tuluá

| CLASE DE PRESTADOR | CANTIDAD |
|--------------------|-----------|
| IPS – PRIVADAS | 39 |
| IPS – PUBLICAS | 2 |
| TOTAL IPS | 41 |

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca 2011

Los dos hospitales de carácter estatal o público del Municipio de Tuluá, ofrecen servicios a sus usuarios provenientes no sólo de la cabecera municipal y de su

parte rural sino de su área de influencia como son los Municipios de El Dovio, Versalles, Bolívar, Toro, La Unión, Roldanillo, Zarzal, Bugalagrande, Andalucía, Riofrío, Trujillo y San Pedro, según su grado de complejidad baja. (Cuadro 12).

Cuadro 12. Servicios IPS Públicas del Municipio de Tuluá

| INSTITUCION | USUARIOS POTENCIALES | HOSPITAL | COMPLEJIDAD | |
|--|----------------------|------------|---------------|--------------|
| | | | B Baja Tipo C | Media tipo B |
| ESE HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ | 146,468 | Remisora | X | |
| ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE | 341,477 | Referencia | | X |

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca 2011

Estos servicios se encuentran enmarcados según la tipología del portafolio de servicios diseñado por la Gobernación del Valle así:

Cuadro 13. Tipología del Portafolio de Servicios

| CRITERIO | ESE HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE |
|--|--|---|
| | Baja Complejidad | Media Complejidad |
| Ambulatorio | Promoción y prevención Consulta electiva de medicina general Odontología | Consulta electiva de medicina general Consulta electiva de medicina especializada según demanda |
| Urgencias | Urgencias 24 horas con médico general | Urgencias 24 horas con médico general Disponibilidad de medicina especializada y Cirugía de urgencias |
| Hospitalización | Camas de baja complejidad según demanda | Camas de media complejidad según demanda, con especialidades básicas. Unidad de Cuidados Intermedios |
| Quirófanos | NO | Cirugía electiva Cirugía ambulatoria Cirugía de Urgencias |
| Sala de Partos | Atención al parto de bajo riesgo | Atención al parto de bajo riesgo |
| Servicios de apoyo | Laboratorio de baja complejidad Servicio de Imagenología de baja complejidad | Laboratorio de media complejidad Servicio de Imagenología de media complejidad |
| Rangos de población de referencia | De 20 a 40 mil usuarios | Mayor a 100 mil usuarios |

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca 2011

3.1.2.1.1 Hospital Rubén Cruz Vélez del Municipio de Tuluá. Cuenta en su servicio con una amplia red conformada por ocho (8) puestos de salud en el área urbana: San Pedro Claver, El Jardín, Villa Colombia, La Cruz, Victoria, Portales del Río, Independencia, San Antonio y siete (7) en la Zona Rural: Corregimiento Barragán, Corregimiento Puerto Frazadas, Corregimiento San Rafael, Corregimiento la Marina, Corregimiento Monteloro, Corregimiento Tres Esquinas, Corregimiento Santa Lucía.

3.1.2.1.2 Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe. Con la expedición de la ley 10/90, 60/93 y 100/93, las instituciones de salud iniciaron un proceso radical de cambio, es así como en el año de 1.996 por medio de la ordenanza 005 de Enero 12, se transforma en Empresa Social del Estado, que le confiere Autonomía Administrativa y Patrimonio propio.

El hospital presta servicios de baja, mediana y alta complejidad en las especialidades básicas, en servicios de urgencias 24 horas, ambulatorios y de hospitalización: cirugía general, pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia, traumatología y ortopedia y anestesia. Adicionalmente presta servicios de urología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica, dermatología, cirugía laparoscopia, terapias de apoyo.

Cuadro 14. Clasificación de las IPS Privadas y Públicas por Grupo de Servicios

| GRUPO DE SERVICIOS | IPS PRIVADAS | IPS PUBLICAS | | |
|----------------------------------|--------------|--------------|---------|---------------|
| | | ESES | NO ESES | PUESTOS SALUD |
| Apoyo Diagnóstico | 43 | 2 | 1 | 3 |
| Atención Extramural | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Consulta Externa | 56 | 2 | 1 | 4 |
| Otros Servicios | 11 | 1 | 1 | |
| Promoción y Prevención | 18 | 2 | 1 | 3 |
| Quirófano | 8 | 1 | | |
| Transporte Especial de Pacientes | 4 | 2 | | |
| Urgencias | 2 | 2 | | |

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca 2011

3.1.2.2 Servicios Ofertados Municipio de Tuluá. Para la atención de los servicios de salud el Municipio de Tuluá cuenta con Las IPS públicas y privadas que cubren servicios de baja, mediana y alta complejidad. (Cuadro 15).

Cuadro 15. Servicios Ofertados Municipio de Tuluá

| SERVICIOS OFERTADOS Y PRESTADORES | NIVEL | COMPLEJIDAD | CONSULTA EXTERNA | URGENCIAS | HOSPITALIZACIÓN | QUIROFANOS | SERVICIOS DE APOYO | OTROS SERVICIOS | PROMOCION Y PREVENCIÓN | ATENCIÓN EXTRAMURAL | TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES |
|-----------------------------------|-------|-------------|------------------|-----------|-----------------|------------|--------------------|-----------------|------------------------|---------------------|----------------------------------|
| IPS PRIVADAS | | | | | | | | | | | |
| CLINICA SAN FRANCISCO S.A. | 3 | ALTA | x | x | x | x | x | x | | | x |
| CLINICA ORIENTE LTDA | 2 | MEDIA | x | x | x | | x | x | x | x | x |
| CLINICA ALVERNIA LTDA. | 2 | MEDIA | x | | x | x | x | x | x | | |
| CLINICA MARIANGEL DUMIAN | 3 | ALTA | x | x | x | x | x | x | | | |

Cuadro 15. (Continuación)

| SERVICIOS OFERTADOS Y PRESTADORES | NIVEL | COMPLEJIDAD | CONSULTA EXTERNA | URGENCIAS | HOSPITALIZACIÓN | QUIROFANOS | SERVICIOS DE APOYO | OTROS SERVICIOS | PROMOCION Y PREVENCIÓN | ATENCIÓN EXTRAMURAL | TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES |
|--|-------|-------------|------------------|-----------|-----------------|------------|--------------------|-----------------|------------------------|---------------------|----------------------------------|
| IPS PUBLICAS | | | | | | | | | | | |
| E.S.E. HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 1 | BAJA | x | x | x | | x | x | x | | x |
| E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 2 | MEDIA | x | x | x | x | x | | x | | x |
| IPS CAPRECOM-INPEC TULUA | 2 | BAJA | x | | | | x | x | x | | |
| PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO | 1 | BAJA | x | | | | x | | x | | |
| PUESTO DE SALUD VICTORIA | 1 | BAJA | x | | | | | | | | |
| UNIDAD DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN HRCV TULUÁ | 1 | BAJA | | | | | x | | x | | |
| PUESTO DE SALUD BARRAGAN | 1 | BAJA | | | | | x | | x | | |
| PUESTO DE SALUD DE TRES ESQUINAS | 1 | BAJA | x | | | | x | | x | | |
| PUESTO DE SALUD SAN PEDRO CLAVER | 1 | BAJA | x | | | | x | | x | | |
| SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES TULUA | 1 | BAJA | x | | | | | | | | |

Fuente: Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca 2011

Adicionalmente dentro del municipio existen IPS privadas que ofrecen sus servicios a la comunidad Tuluëña y sus alrededores en:

- Apoyo diagnóstico y complementario: 41 IPS en servicios de diagnóstico cardiovascular, radiología e imágenes diagnósticas, ecografías y ultrasonografía, endoscopia, laboratorio clínico, medicina nuclear y urología.

- Consulta Externa: 63 IPS en las especialidades como odontología, Implantología, endodoncia, dermatología, fisioterapia, fonoaudiología, ginecología, gastroenterología, cardiología adultos y pediátrica, cirugía plástica y estética entre otras.

- Hospitalario 2 IPS dedicadas al cuidado en casa de pacientes.

- Quirúrgico 2 IPS dedicadas a la prestación de servicios en cirugía plástica y cirugía plástica maxilofacial.

- Promoción y Prevención 10 IPS, dedicadas a los servicios de Vacunación, Promoción de la salud, Atención y prevención en salud oral.

- Transporte Especial de Pacientes 1 IPS con el servicio de ambulancia asistencial básica y medicalizada.

- 6 IPS que prestan otros servicios como son: Servicios de estética, Rehabilitación Integral de pacientes, salas EDA, ERA, yesos y procedimientos menores.

3.1.2.3 Situación Actual de la Red de Servicios de Salud. Si bien es cierto la ciudad de Tuluá es estimada como la de mayor eficiencia en la prestación de servicios de salud, considerada como punto de referencia en materia de salud para otras ciudades y algunas ciudades capitales, tanto por su ubicación geográfica como por la cantidad de profesionales existentes, calidad de la prestación del servicio y nivel de servicios ofertados. Sin embargo, existen dificultades expresadas por empresarios y la comunidad en general respecto a la prestación del servicio de salud por los distintos entes y operadores en lo relacionado con:

- Los tiempos de adjudicación de las citas con médicos especialistas y en la remisión de las mismas.
- En el caso de citas con médico especialista, se prolifera la no continuidad en la atención ocasionado por el cambio constante de médico tratante.
- Remisión de pacientes a la ciudad de Cali ó a Buga para procedimientos menores y exámenes
- Las incomodidades ocasionadas al usuario en el momento de otorgar una cita en ciudad diferente a Tuluá, tanto para procedimientos, como en servicios que se tienen aquí mismo en la ciudad, contándose con el recurso médico y la especialidad correspondiente.⁵
- La notoria situación de la prestación de servicios de salud por parte de los aseguradores, donde se ha pasado de un servicio humano a la búsqueda del bien económico. La importancia se centra en las tarifas y en obtener la mayor rentabilidad a menor costo.

Sumado a las quejas presentadas por los usuarios, se encuentran el sin número de normas que regulan el sistema, *el crecimiento notable de la población, la falta de apoyo político al municipio por más de tres (03) años, la disminución de remisiones a especialistas locales por parte de las IPS y EPS del régimen contributivo que remiten a Cali sumado a la pérdida de algunos especialistas que se van de Tuluá en busca de mejores ofertas económicas y condiciones laborales, dicha carencia de especialistas en algunas áreas de la salud, han hecho que el problema se agudice.*

⁵ **Reunión 2 de marzo de 2011** convocada por la Cámara de Comercio de Tuluá y la Secretaria de Salud Municipal

En busca de establecer las causas que generan este tipo de inconvenientes y los correctivos necesarios fue creado y conformado mediante la *Resolución No. 0733* del 23 de mayo de 2011 El observatorio de la Salud en el Municipio de Tuluá - Valle, con el objetivo que este sirva como veedor permanente de la situación de la salud en el municipio, que sirva como medio de acercamiento a los actores políticos y sociales, servir de apoyo técnico, de herramienta, promover y divulgar el resultado de investigaciones en salud realizadas previo la elaboración de un diseño, preparación, ejecución y desarrollo de la investigación y así lograr fortalecer el sector salud y el mejoramiento en la prestación de los servicios entre otras.

La oferta de servicios en el municipio para el régimen contributivo es suficiente si se tiene en cuenta las clínicas privadas y el incremento en el número de camas que se originó con la apertura de la nueva IPS *Clínica Mariangel Duman*, que cuenta con 100 camas de hospitalización, 20 camas de UCI, 10 camas para cuidado Intermedio, 10 camas de cuidado neonatal y 15 camas de cuidado pediátrico; clínica del dolor, especialidades y subespecialidades que fortalecen la prestación de la alta complejidad en Tuluá y su Zona de influencia; pero para los vinculados el panorama es cada día más crítico, si tenemos en cuenta que la apertura de la UCI que funciona al interior del Hospital Tomas Uribe Uribe bajo el modelo unión temporal, solo provee dos camas de cuidado intermedio para la población con cargo a la demanda, (vinculados) para una subregión de 22 municipios. Aunada a esta poca oferta esta la crisis crónica del Hospital, donde se atiende la población del régimen subsidiado con estándares bajos de calidad, por las limitaciones económicas y de gestión que presenta esta IPS.

Se espera que la gestión del observatorio de la salud sea un punto de apoyo para el desarrollo de una de las principales IPS publicas de la Subregión centro.

3.2 JUSTIFICACION METODOLÓGICA

El tema de investigación propuesto cuenta con estudios preliminares en cuanto a cobertura en salud y percepción del servicio, los cuales sirven como fundamento para este trabajo. Así mismo, para lograr el cumplimiento de los objetivos del trabajo se acude al empleo de técnicas de investigación y recopilación de información directa desde la población de la ciudad de Tuluá, como la aplicación de encuestas a muestras de población no cubierta por el SGSSS.

3.3 JUSTIFICACION PRÁCTICA

De acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo de investigación, se puede afirmar que el estudio sirve directamente a dos actores directos del sistema general de seguridad social en salud, a saber:

-A los entes de vigilancia y control a nivel municipal, para conocer las diferentes causas de la no afiliación al SGSSS, con el fin de promover estrategias y políticas públicas que permitan dar solución a la problemática actual de cobertura y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos a nivel local.

-A Las IPS, porque el trabajo servirá para medir la percepción en términos de calidad de los servicios brindados, estableciendo estrategias de mercado a ese segmento de la población no cubierta en el Plan Obligatorio de Salud y con capacidad de pago.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

Desde 1993 el país ha buscado responder a una nueva concepción de política social en salud, además de ser coherentes con el discurso de la Organización Mundial de la Salud, la cual invita a los países a que busquen que sus ciudadanos alcancen un grado de bienestar que les permitan llevar una vida social y económicamente productiva, definiendo además la “Atención Primaria” como la estrategia fundamental para lograr al máximo posible, la meta de salud para todos.

El proceso de descentralización del sector público de la salud de Colombia se inició con el decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100. Estos procesos están fundamentados y enmarcados en la constitución Política de Colombia de 1990, que en su artículo 49 determinó que:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las Entidades Territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley”.

El propósito fundamental de la Ley 100 de 1993 era alcanzar la cobertura universal en la prestación de los servicios asistenciales de salud a través de una estrategia de acceso a un plan obligatorio de servicios igualitarios, que pretendía resolver los grandes problemas presentados en el régimen anterior de salud nacional: la segmentación de la población y las desigualdades en el acceso debido a las barreras económicas de la población.

La meta inicial del sistema era garantizar el total de la cobertura nacional hacia los años 2001 y 2002, con el Plan Obligatorio de Salud (POS) para toda la población. Para tal efecto, se crearon tres regímenes, el subsidiado para una población sin capacidad de pago (Según las estimaciones preliminares el 30% de la población nacional), financiado por el Estado y por los trabajadores cotizantes; el Contributivo, para la población trabajadora con capacidad de pago (70%) y el de servicios o planes de atención complementaria (PAC), regido por reglas del mercado y que podría llegar al 10% de la población con mayores recursos financieros.

En esos años de transición desde la creación de la Ley 100 en 1993, la población ingresaría progresivamente a uno de esos sistemas de aseguramiento. Dado que no hubo un crecimiento macroeconómico positivo de los ingresos reales de los trabajadores colombianos, sumándole a una situación preocupante a nivel empleo (20% como tasa de desempleo iniciando el 2002), al igual de sistemáticos recortes a los dineros del Estado para la Salud y un aumento a otros ítems como la guerra, provocaron una disminución expresa al régimen contributivo y un estancamiento para el subsidiado.

Este panorama actualmente sigue siendo devastador, hasta tal punto que el mismo Ministerio de la protección social reconoció a principios del año 2010 que el SGSSS no había cumplido los objetivos señalados en la Ley, decretando la Emergencia Social en el país. Igualmente, las perspectivas de mejora continúan

siendo una interrogante difícil de solucionar, por que las dificultades enfrentadas por el Sistema de Seguridad Social en Salud están ligadas fundamentalmente a la concepción de la política social y de transformación del mercado laboral colombiano, las cuales muestran cifras alarmantes respecto al deterioro de la calidad de vida y el empobrecimiento de la población.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

El sistema de seguridad social en salud colombiano ofrece un mismo plan integral y obligatorio con un pago proporcional igual del ingreso (salario) para todos sus afiliados, a la vez que se promueve la “libre elección” en función del prestigio, la calidad y la oportunidad o accesibilidad geográfica que se ofrece a los usuarios. Así en Colombia no existe ni un sistema de precios por cada clase de plan como ocurre en otros países (EEUU o Chile); ni un sistema exclusivamente público (como en algunos países europeos); ni tampoco establece un sistema de financiación mediante impuestos (como en Canadá o Reino Unido), por el contrario busca focalizar los subsidios estatales sólo a la población más pobre y no asalariada. De esta forma, el SGSSS está estructurado sobre dos pilares: *la cobertura universal y la competencia.*

En este sentido la dirección, coordinación y control del sistema está a cargo del Estado, pero permite a las entidades privadas que participen en los procesos de afiliación recaudo y contratación. De esta suerte el Estado obliga la cobertura de todo ciudadano sin permitir exclusiones, y a su vez promueve la competencia al dejar que el sector privado participe como Empresa Promotora de Salud (EPS) y/o

como Institución de Prestación de Servicios (IPS), acabando con el monopolio que estaba en manos del ISS⁶ antes de 1990.

La competencia que se da bajo este sistema es parcial por cuanto ésta no se da ni por precios ni por cantidad del servicio ofrecido, dado que el POS cobra una tarifa igual a todos y la cantidad del servicio es el mismo independientemente de la EPS que se elija. Por supuesto, hay algún tipo de competencia en la calidad de la atención que pueda prestar a cada EPS al afiliado, en cuanto a lo diligente, y a lo agradable (ya sea en lo visual o por la buena ubicación) de las instalaciones donde prestan el servicio.

En este orden de ideas la seguridad social en salud es: “la posibilidad y la probabilidad que tienen los usuarios de acceder con certeza e integralmente a los servicios, mediante el derecho de contraprestación que le otorga a los trabajadores y patronos el pago de la contribución obligatoria. La cotización crea pues una obligatoriedad institucional para la atención de los afiliados y beneficiarios”⁷ y el Estado sólo tiene la obligación de facilitar el acceso y vigilar los derechos y obligaciones de los afiliados.

Acorde con este esquema se implantaron la Ley 10 de 1990, la cual reordenó la oferta de servicios al descentralizar las competencias hacia los municipios y departamentos, la Ley 100 de 1993, que reordenaba la demanda al ampliar las posibilidades del sistema contributivo y al desarrollar los subsidios a la demanda.

6 El instituto de seguro social- ISS es una entidad pública del Estado colombiano creada en el ámbito de la seguridad social. Funcionó bajo cuatro negocios de la salud: entidad promotora de salud (EPS) junto a una red de clínicas, es decir, instituto prestador de salud (IPS); así mismo con cesantías y pensiones y la administradora de riesgos profesionales (ARS). El proceso de privatización de la entidad inició en 1990 y En 2007 fueron privatizadas todas las IPS de la entidad en todo el país. En 2008 se privatizó la EPS y la ARS, quedando en la actualidad sólo con el negocio de cesantías y pensiones.

⁷ **JARAMILLO, IVÁN, El futuro de la salud en Colombia, Ley 100 de 1993 cinco años después**, 4° edición, FESCOL – FES – FRB y Fundación Corona, Bogotá, 1999. Pág. 107

De una forma más detallada y de acuerdo a lo descrito anteriormente, los objetivos de la Reforma en Salud realizada a partir de 1990 con la Ley 100, eran los de lograr la cobertura universal, la equidad en los servicios y la mejora en el tiempo de la calidad de servicio prestado. Para cumplir estos objetivos, en su Art. 157, esta Ley 100 de 1993 estableció que cualquier colombiano era participe del SGSSS, unos como afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros como participantes “Vinculados”, a saber:

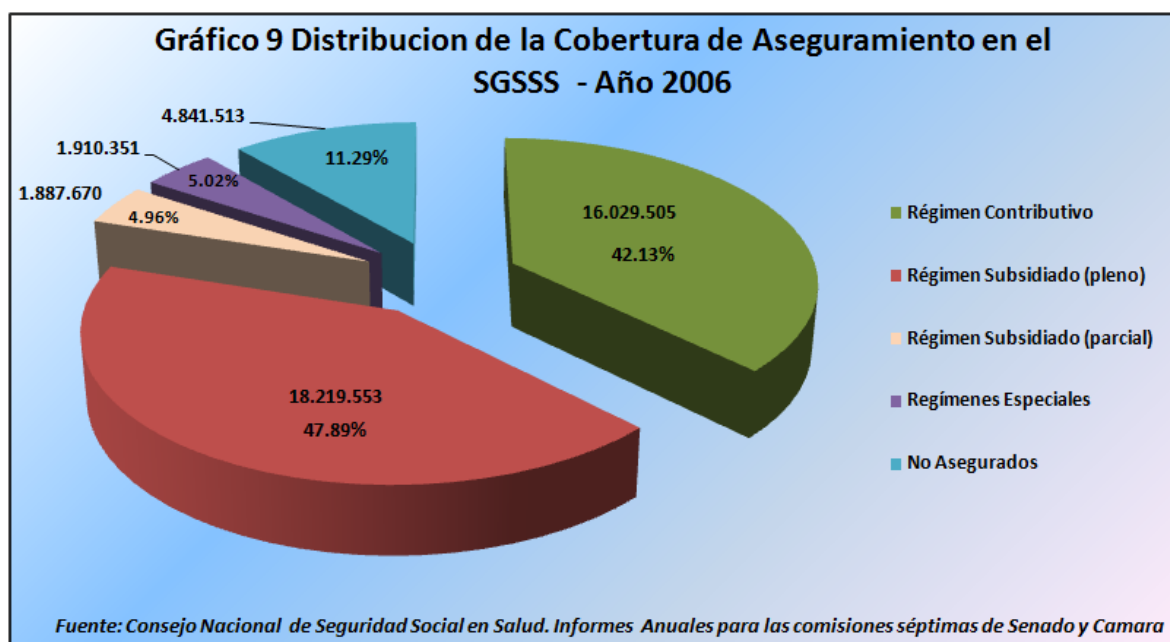
- a. Los afiliados al régimen contributivo son las personas vinculadas a un trabajo, los servidores públicos, pensionados, jubilados e independientes con capacidad de pago.
- b. Los afiliados al régimen subsidiado son las personas que no poseen capacidad de pago para cubrir el valor de la cotización.
- c. Los “Vinculados” son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras acceden a ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho “a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el estado”⁸
- d. Los regímenes excepcionados, que abarcan los regímenes de excepción y los especiales. Los regímenes de excepción son establecidos por el Art. 279 de la Ley 100 que establece que el sistema de seguridad social integral SSSI (pensiones, salud, riesgos profesionales) no se aplica a ciertas entidades como las Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio y Ecopetrol. El Régimen especial se refiere a esta misma condición con las Universidades Públicas y el SENA.

⁸ **Ley 715 de 2001. “Población Pobre no asegurada”**, con clasificación socioeconómica de niveles I, II y III en la encuesta SISBEN, que no están afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

Cuadro 16. Distribución Nacional de la Cobertura de Aseguramiento en el SGSSS – Año 2006

| REGIMEN | POBLACION | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|-------------------|---------------|
| Régimen Contributivo | 16,029,505 | 42,13% |
| Régimen Subsidiado (pleno) | 18,219,553 | 47,89% |
| Régimen Subsidiado (parcial) | 1,887,670 | 4,96% |
| Regímenes Especiales | 1,910,351 | 5,02% |
| TOTAL COBERTURA ASEGURAMIENTO | 38,047,079 | 88,71% |
| No Asegurados | 4,841,513 | 11,29% |
| Población Total (Censo 2005) | 42,888,592 | |

Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes Anuales para las comisiones séptimas del Senado y la Cámara



Lograr y mantener la cobertura universal requiere una base financiera estable. Por eso para tal fin, la Ley 100 planteaba la solidaridad entre el regimen contributivo y

el Régimen Subsidiado para garantizar unos recursos crecientes para el Régimen Subsidiado. Dentro del Régimen Contributivo, la solidaridad está determinada por el perfil de riesgo y el nivel salarial de los afiliados. Cada individuo contribuye proporcionalmente a su nivel de ingreso y el FOSYGA, mediante la UPC, destina los recursos de estas contribuciones a cada EPS, de acuerdo al perfil de riesgo de cada usuario. De esta manera existe solidaridad entre las personas más y menos ricas, así como entre las personas con distintos perfiles de riesgo, garantizando la estabilidad del sistema y evitando que las EPS quiebren por atender, por ejemplo, únicamente a las personas de mayor riesgo.

En cuanto a la calidad del servicio, la normativa proyectaba que las mejoras se logran mediante la *creación* de empresas aseguradoras, las cuales actúan como intermediarias entre los afiliados y las IPS para garantizarles a los individuos una mejor atención, y la *introducción* de un sistema de competencia entre las EPS. De esta manera, y con la creación de una única UPC como mecanismo de pago, la calidad es la única variable que permite a las EPS diferenciarse entre ellas. Esto no solo garantiza una mejor calidad sino que también elimina la guerra de precios entre estas entidades como estrategia para atraer a nuevos afiliados.

Igualmente, La ley 100 programó un aumento en cobertura, no sólo por las mayores afiliaciones a los regímenes Contributivo y Subsidiado sino también por la eliminación de los subsidios a la oferta, una vez se alcanzara la meta de cobertura universal. En particular, la normativa representaba un mayor impacto para la población pobre, debido a la creación del Régimen Subsidiado (principal objetivo de la Reforma) como mecanismo de aseguramiento para este grupo poblacional. (Gráfico 10)

Finalmente, y al no lograrse estos objetivos en un 100% dentro de la población nacional, sumado a las dificultades presentadas en la aplicación de la normativa desde el año 1993 a la fecha, ésta ha tenido diferentes reformas hasta la actualidad.



En la última reforma estructural de la Ley de Seguridad Social en Salud, la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 respecto a la cobertura del SGSSS, comenta:

Artículo 1°. Objeto de la ley. *Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.*

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Artículo 3°. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- **Universalidad.** *El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.*
- **Solidaridad.** *Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.*
- **Igualdad.** *El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.*
- **Obligatoriedad.** *La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.*
- **Prevalencia de derechos.** *Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios*

corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

- **Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
- **Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
- **Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
- **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
- **Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

- **Progresividad.** *Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.*
- **Libre escogencia.** *El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.*
- **Sostenibilidad.** *Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.*
- **Transparencia.** *Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.*
- **Descentralización administrativa.** *En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.*
- **Complementariedad y concurrencia.** *Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

- **Corresponsabilidad.** *Toda persona debe propender por su auto cuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.*
- **Irrenunciabilidad.** *El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.*
- **Intersectorialidad.** *Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.*
- **Prevención.** *Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.*
- **Continuidad.** *Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.*

4.2.1 Revisión de la Literatura. Existen pocos estudios en Colombia sobre las causas de la No Afiliación al SGSSS. El primero de estos estudios fue realizado por Panopoulous y Vélez (2001), quienes estudiaron los determinantes de la afiliación al régimen subsidiado para ver el impacto que éste tiene sobre el uso de servicios de salud. En dicho trabajo se utiliza la Encuesta de Calidad de Vida

(ECV) de 1997, tomando únicamente a los jefes de hogar de los niveles 1 y 2 del SISBEN. En particular, se encuentra que hay un problema de endogeneidad entre la afiliación al régimen subsidiado y el estado de salud de las personas. Una vez controlan por este efecto, el estado de salud de los hogares se convierte en un determinante significativo del uso de los servicios de salud, y es más importante que las características socioeconómicas del hogar. Para el área urbana existe un impacto positivo de la afiliación al régimen subsidiado sobre las consultas médicas, mientras que para el área rural el impacto se daba en la hospitalización. Entre las características que influyen positivamente en el uso de los servicios médicos se destacan el género (ser mujer), la educación (menor educación), la edad (personas mayores) y la no participación en el mercado laboral. En términos generales, los autores concluyen que estar afiliado al régimen subsidiado no tenía, para 1997, ningún efecto sobre el uso de los servicios de salud.

Contrario a este resultado, Trujillo et al. (2005) encuentran que las personas afiliadas al régimen subsidiado hacen un mayor uso de los tres tipos de servicios de salud: la atención preventiva, la atención ambulatoria y la hospitalización. Para su estudio, los autores también utilizan la ECV de 1997, sobre un grupo de personas pertenecientes a los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, afiliados a alguna aseguradora (EPS, ARS), que no hagan ningún pago mensual de seguro y no tengan ninguna contribución de un familiar o Empleador al sistema de salud ni ningún seguro particular o complementario.

Por último, Zambrano (2007) no estudia causas de la No Afiliación, pero sí determinantes de la salud, diferenciando entre las áreas urbana y rural entre 1997 y 2003. Entre estos determinantes se incluye la afiliación al Régimen Subsidiado.

4.2.2 Definición de Términos Básicos:

Atención Primaria: Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos de la comunidad.

Causas Críticas: Son las causas que dan origen a los problemas que busca enfrentar a través de los programas, subprogramas o proyectos. Enfrentarlas soluciona substancialmente el problema identificado.

Comunicación: Transferencia de información comprendida de una a otra persona. Proceso por el cual se muestran unos resultados y son conocidos por otras personas, permitiendo compartir e intercambiar ideas y opiniones con el objeto de mejorar la ejecución de una actividad que sea juzgada y evaluada.

Encuesta: es un formulario que actualmente preguntas por medio de las cuales se puede conocer y medir los niveles de alguna variable específica que se quiera conocer a través de la construcción de un indicador determinado. Una encuesta puede tener varios estados:

Completa: la encuesta física se encuentra diligenciada completamente.

Incompleta: la encuesta física no se diligenció completamente.

Estrategias: Se refiere a tácticas sobre cómo lograr los objetivos propuestos, por consiguiente se refleja en planes, programas y proyectos.

Opciones o maneras elegidas por la entidad para utilizar sus recursos y dirigir los esfuerzos hacia el logro de los objetivos, considerando sus propias fortalezas y debilidades y las oportunidades y amenazas que caracterizan su entorno.

Función: Cada una de las responsabilidades inherentes al cargo que debe cumplir el servidor público para el cabal cumplimiento de su misión. Acción y ejercicio de un empleo, facultad u oficio.

Gestión: Proceso que desarrolla actividades productivas con el fin de generar rendimientos de los factores que en él intervienen. Diligencia que conduce al logro de un negocio o satisfacción de un deseo.

Indicador: Valor matemático que expresa relación entre volumen de producción en un proceso económico y la cantidad de insumos que interviene en ella. Expresa relación de causa-efecto y por ello es elemento fundamental para la toma de decisiones.

Índice de Cobertura: Razón porcentual entre la población cobijada por el sistema de salud en el área geográfica sobre la población total de esta área.

Paciente: Adj. Sustantivo. Que tiene paciencia. Enfermo que está sometido a tratamiento médico.

Procedimiento: Es la forma metódica de hacer operaciones repetitivas. Forma o manera de hacer o desarrollar las fases sucesivas de un proceso. Comprende el conjunto metódico de actividades y tareas necesarias para el logro de los objetivos o metas propuestas.

Proceso: Conjunto de actividades que recibe uno o más insumos o pasos y crea un producto de valor para otro usuario, formando una cadena orientada a obtener un resultado final. De su diseño y documentación depende el éxito de la gestión. Conjunto de las fases, momento o etapas sucesivas de un fenómeno, tarea u operación.

Red de Prestación de Servicios: conjunto de unidades prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, articuladas entre sí, ubicadas cada una de ellas en un espacio geográfico, con diferente capacidad de resolución de problemas de salud, apoyada en normas operacionales, en sistema de información, comunicación, transporte, insumo y en recursos logísticos, de tal forma que en su conjunto proporcione la respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población.

Sisbén: Comprende un conjunto de reglas, normas y procedimientos, que permiten obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en los distritos y municipios del país.

Es una herramienta básica que facilita el diagnóstico socioeconómico preciso de determinados grupos de la población, se aplica a hogares no colectivos, y es muy útil para la elaboración del plan de desarrollo social de los municipios y la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios para programas sociales, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, representada mediante un indicador resumen de calidad de vida - índice Sisbén.

El índice refleja un puntaje de 0 a 100 para cada una de las familias. Una familia es más pobre cuanto más se acerca su puntaje a 0 y menos cuanto más se aproxima a 100. Las variables para la construcción del indicador se determinaron con base en la información obtenida en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997 aplicada a 9.600 hogares en todo el país. Con esta información se ordenó, según el nivel de pobreza, a cada una de las familias colombianas a partir de un conjunto de variables socioeconómicas, incluyendo las características de índole regional, tamaño de las cabeceras y zona de residencia.

Sistema: Sucesión de elementos que ordenadamente relacionados y secuencialmente dispuestos contribuyen en un todo al logro de fines determinados.

4.3 MARCO ESPACIAL

El espacio en el cual se desarrolló el objeto de la investigación es el municipio de Tuluá, Valle del Cauca.

4.4 MARCO TEMPORAL

El trabajo de investigación tuvo en cuenta el año 2011, como periodo en el cual se realizó el proyecto.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las diferentes causas de la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del municipio de Tuluá.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar si el factor económico continúa siendo la principal causa al momento de la decisión de no afiliación al SGSSS de los habitantes del municipio de Tuluá.

Identificar si el estrato socioeconómico y el nivel educativo de la población están directamente relacionados con la decisión de la no afiliación al SGSSS.

Determinar si el desconocimiento de la ley de seguridad social en salud, sus beneficios, ventajas y costos influye en la decisión de la No Afiliación al SGSSS.

Establecer mediante el análisis de las variables: desconfianza, mal servicio y tramitología, si la calidad del servicio es un factor primordial en la decisión de no afiliación al SGSSS de los habitantes del municipio de Tuluá.

Comprobar mediante los resultados de este estudio si los porcentajes estadísticos de cobertura han sido proporcionales al crecimiento demográfico del municipio de Tuluá.

6.1 METODOLOGÍA

6.1 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el municipio de Tuluá, el cual cuenta con 199.244⁹ habitantes, del que se tomó la población urbana. Desde el punto de vista de las coordenadas geográficas, Tuluá se encuentra a 4° 05' de latitud norte y 76° 12' de longitud occidental. Está ubicado en la zona Centro del Departamento del Valle del Cauca a 102 Km. de Cali, a 172 Km. de Buenaventura y a 24 Km. de Buga. Es atravesado de sur a norte por el río Tuluá.

Su influencia socioeconómica se extiende sobre las localidades vecinas de Andalucía, Bugalagrande, Bolívar, Riofrío, Roldanillo, Trujillo, Zarzal, Sevilla, Buga, San Pedro y otras cuya población total asciende a 500.000 habitantes según el DANE, (Proyección ajustada al censo de 1.993). Por su ubicación geográfica juega un papel de centro equidistante entre Cartago, Armenia y Pereira por una parte y Cali la Capital del Departamento por la otra.

Tuluá es así un epicentro regional, comercial, industrial, agrícola, turístico y prestador de servicios de excelente calidad. La estructura vial y de transporte generada por la vía panamericana en la doble calzada Buga- Tuluá – La Paila, al igual que la Troncal del Pacífico o vía Panorama, han permitido que esta ciudad tenga acceso desde los municipios que la circundan.

Los criterios de selección fueron: La estratégica ubicación geográfica del municipio como polo de desarrollo del sector salud para el centro y Norte del Valle,

⁹ Fuente: **Anuario Estadístico de Tuluá. 2010**

el haber implementado la reforma del sector salud; contar con habitantes en todos los estratos socioeconómicos; disponer de infraestructura en todos los niveles de atención; y contar con porcentajes altos de afiliación al SGSSS distribuidos entre los regímenes contributivo y subsidiado.

6.2 TIPO DE INVESTIGACION

El enfoque investigativo del presente trabajo es mixto, al ser *cuantitativo* porque es medible y utiliza cifras estadísticas a través de la encuesta aplicada; y también *cualitativo* porque se va a generar categorías al conceptualizar con los resultados, las causas de la No Afiliación al SGSSS.

6.3 DISEÑO

Se llevó a cabo un trabajo analítico con un diseño de tipo Transversal que implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.

6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

El programa que se utilizó para calcular el tamaño de la muestra fue el visto en la clase de Sistemas de Información y Garantía de la Calidad, llamado STATS v.1.1. Tomando en cuenta las siguientes variables:

Población o Universo

Error Máximo Aceptable

Porcentaje Estimado de la Muestra

Nivel de Confianza

El Universo es el Número de personas No Afiliadas al SGSSS, el error máximo aceptable es la exactitud probabilística que se desea lograr, el porcentaje estimado es la apreciación del porcentaje de respuesta y por último el nivel de confianza determina la certeza que se quiere lograr en los resultados. De esta forma, tomando dichos parámetros se dice que:

- Población o Universo = 12.727
- Error Máximo Aceptable= 5%
- Porcentaje Estimado de la Muestra= 50%
- Nivel de Confianza= 95%
- Tamaño de la Muestra= 372,90

Por tal razón se tomó como muestra un total de **373** Encuestas.

Criterios de inclusión y exclusión: Los datos se segmentaron por criterios de edad de 14 a 90 años, acceso a los servicios de salud a través del Sisben y/o Vinculados, nivel de educación, actividad económica, zona de residencia, estado civil y sexo.

6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó un trabajo de campo para la aplicación del instrumento de recolección de datos (encuesta). Para la validez del instrumento se utilizó una prueba piloto entre los participantes que cumplían el perfil, para validar la encuesta. Igualmente,

para garantizar el rigor y la calidad de los datos se aplicaron las siguientes estrategias: triangulación de diferentes fuentes de datos, diferentes lugares, diferentes investigadores en la recolección y análisis de datos y descripciones amplias.

6.5.1 Sectorización. Los sectores definidos para encontrar el mayor número de usuarios no Afiliados al SGSSS, a quienes se les aplicó la encuesta:

- Hospital departamental Tomas Uribe Uribe
- Sector Comercial de la Calle Sarmiento (pequeños negocios formales de venta de calzado, remates, misceláneas)
- Sector Comercial de la Calle 30 (almacenes y talleres de Motos y Bicicletas)
- Puntos de parqueo de Taxistas y “Moto-ratones “transportadores informales”.
- Centro comercial La 14 y centro comercial La Herradura
- Torre de Consultorios Médicos particulares UMEVA
- Zona rural media y plana de Tuluá.

6.5.2 Asignación de Responsabilidades por Sector

- Julián Alberto Hernández A.: Puntos de parqueo de Taxistas y “Moto-ratones” (transportadores informales), torre de consultorios Médicos particulares UMEVA y corregimientos.
- Gladis Yolanda Mera M.: Hospital departamental Tomas Uribe Uribe y Corregimientos.
- Jamileth Pedroza V.: Sector Comercial de la Calle Sarmiento (pequeños negocios formales de venta de calzado, remates, misceláneas), Centro comercial La 14 y corregimientos.

- Martha Cecilia Sinisterra M.: Sector Comercial de la Calle 30 (almacenes y talleres de Motos y Bicicletas), centro comercial La Herradura y corregimientos.

6.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de los datos se realizó de manera exploratoria, mediante encuestas individuales estructuradas (Ver Anexo 1. Encuesta).

6.7 PLAN DE ANÁLISIS

Se hizo un análisis narrativo de contenido, a partir de la aplicación de las encuestas. Una vez procesados los datos en el programa aplicativo estadístico llamado EPI Info Versión 3.5.3, se consolidó la muestra, para observar y analizar los resultados básicos en la conceptualización del problema de la investigación.

6.8 COMPONENTE ÉTICO

Esta investigación se realizó bajo un componente ético y moral que permitió:

1. La garantía de guardar la privacidad de los informantes, el respeto a la autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos para este proyecto.
2. Respetar la dignidad de las personas, es decir que los objetivos del proyecto aunque importantes no deben pasar por encima de la salud, bienestar y el cuidado en los participantes de la investigación.

3. El uso de los datos y la información de los encuestados, se utilizó con fines exclusivos para este proyecto.
4. La devolución de los resultados a las personas, comunidades o instituciones participantes.
5. Garantizar la no influencia a obtener una respuesta determinada y respetar la opinión o el pensamiento de los encuestados, las cuales nos mostraron los problemas prácticos relacionados con la situación concreta de las personas no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud del Municipio de Tuluá, además de determinar si sus decisiones son de tipo moral, económico o culturales (creencias).

7. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Al realizar la presente investigación con el fin de determinar las causas de la no afiliación al sistema general de seguridad social en salud de los habitantes del municipio de Tuluá, será divulgado de las siguientes formas:

1. A nivel Municipal a través de la publicación de un artículo resumen de la investigación en un medio de publicación reconocido de la ciudad dirigido a toda la población del municipio, donde se plasmen los objetivos de la investigación, el alcance de la misma, la metodología utilizada, el tamaño de la muestra, los resultados definitivos y las conclusiones obtenidas, con el objetivo de dar un aporte significativo al Municipio.
2. Tramitaremos la publicación de los resultados obtenidos por medio de la Universidad Católica de Manizales previa aprobación del mismo, en una revista especializada en salud de la institución, con el objetivo de dar a conocer la importancia de la evaluación constante de la situación real del SGSSS en cuanto a las causales de la no afiliación al sistema que lleva al incumplimiento de las metas establecidas por el gobierno.
3. Por medio de la divulgación vía internet en la página web www.mednet.cl¹⁰, para que se convierta en un artículo de consulta, análisis y de soporte intelectual.

¹⁰ Pagina Web de la Revista Electrónica de educación médica continua: **MedWave**, con sede en Chile desde el 2001.

8. CRONOGRAMA

| Cuadro 18. Cronograma de Actividades - Proyecto: Causas de la No Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del Municipio de Tuluá | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|----------------|------------------|------------------|--------------|----------------|
| ACTIVIDADES | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO |
| | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas | Semanas |
| Revisión Bibliográfica | | | | | | | | | | | |
| Diseño | | | | | | | | | | | |
| Aplicación - Trabajo de Campo | | | | | | | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | | |
| Correcciones y Asesorías | | | | | | | | | | | |
| Informe Final | | | | | | | | | | | |
| Presentación Artículo Científico | | | | | | | | | | | |
| Elaboración Presentación | | | | | | | | | | | |
| Socialización Final Proyecto | | | | | | | | | | | |

9. PRESUPUESTO

| Cuadro 19. PRESUPUESTO TRABAJO DE GRADO | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Abril del 2011 A Enero del 2012 | | | | | |
| ASPECTO | No. DE ACTIVIDADES | ASIGNACION MENSUAL | TOTAL MES | No. DE MESES | GRAN TOTAL |
| PERSONAL INVESTIGATIVO | | | | | |
| Investigadores Principales con salario de \$1.770.000,00, dedicación de 15 horas semanales, durante 10 meses | 4 | 840.750 | 3.363.000 | 10 | 33.630.000 |
| Costos Indirectos: Auxiliar de Investigación (Trabajo de Campo), con salario de \$600.000,00, dedicación de 15 horas semanales, durante 4 meses | 2 | 190.000 | 380.000 | 4 | 1.520.000 |
| SUBTOTAL | | | | | \$ 35.150.000 |
| Gastos Varios por servicios | | | | | |
| Viáticos | | | | | |
| Pasajes, transporte de los investigadores y auxiliares de investigación para la realización del trabajo de campo | 6 | 80.000 | 480.000 | 4 | 1.920.000 |
| Alimentación | 4 | 60.000 | 240.000 | 5 | 1.200.000 |
| SUBTOTAL | | | | | \$ 3.120.000 |
| Otros gastos | | | | | |
| Fotocopias de 400 encuestas de 2 páginas c/u. para la toma de la muestra a \$50,00 c/u. | | 40.000 | 40.000 | 1 | 40.000 |
| Alquiler de Computador por \$100.000,00 mes durante 10 meses para registro de toda la información | 1 | 100.000 | 100.000 | 10 | 1.000.000 |
| Pago de tabulación de la información, Aproximadamente 9,325 a \$80,00 c/u | 9325 | 80 | 746.000 | 1 | 746.000 |
| Utilización de Internet durante 10 meses a \$40.000,00 | | 40.000 | 40.000 | 10 | 400.000 |
| Capacitación en manejo de Hardware - Epi info para la realización del resumen y análisis de la información | | 150.000 | 150.000 | 1 | 150.000 |
| SUBTOTAL | | | | | \$ 2.336.000 |
| TOTAL PRESUPUESTO | | | | | \$ 40.606.000 |

Dentro del presupuesto se tuvo en cuenta:

La bibliografía: se tiene en cuenta las fotocopias de la encuesta con el consentimiento informado, un promedio de 500 copias a \$50 cada uno, para un total de \$50.000. Se tiene en cuenta los meses en que se aplicará el trabajo de campo de junio a octubre del 2011.

La adquisición de las *Normas Icontec*, para la elaboración del anteproyecto y proyecto de grado.

Los viáticos: corresponden a los pasajes movilización de los integrantes del proyecto cuatro (4) y alimentación durante el trabajo de campo.

Análisis y manejo de la información: alquiler del computador durante la elaboración del anteproyecto, desarrollo del mismo e informe final. El análisis e interpretación de la información de los cuatro (4) participantes del proyecto, se calculó con un horario semanal de 10 horas por 4 semanas al mes por el número de meses del estudio.

La capacitación del programa estadístico *EPI INFO Versión 3.5.3*.

Documento final: digitación, impresión y empastadas del proyecto de investigación el cual se multiplica por el número de copias (3) requeridas para la sustentación.

Talento humano: valor correspondiente a la asesoría del proyecto.

10. HALLAZGOS – DIARIO DE CAMPO

En nuestras visitas a estos sitios encontramos las siguientes particularidades:

- Las personas no son tan abiertas a hablar de este tema, en especial cuando se abordan personas que cuentan con el Cargo de una EPS del Régimen Subsidiado.
- Hay un gran desconocimiento de cómo funciona el sistema y los derechos que tienen tanto los vinculados como los beneficiarios.
- En los hospitales, se puede afirmar que un 90% de las personas asistentes a los centros públicos de salud, cuentan con una EPS del régimen subsidiado y que la entidad más recurrente es Emssanar ESS, de la cual las personas tienen un amplio concepto positivo.
- En general en todos los sitios visitados, existe un alto grado de dificultad en la consecución de las personas que cumplen con el perfil para contestar la encuesta del proyecto de investigación.
- En el cuadro adjunto están relacionadas las personas y encuestas aplicadas (Cuadro 20), de las cuales solo el 45% cumplen con el perfil.
- Se presentaron 3 casos especiales, relacionados con mujeres adolescentes que ya son madres solteras que no están afiliadas a ninguno de los dos regímenes, y si quisieran hacerlo al régimen Contributivo, la legislación SGSSS no permite su afiliación no las afilian por su condición de menores de edad.

Cuadro 20. Sitios de Aplicación de las Encuestas

| SITIOS VISITADOS | PERSONAS CONTACTADAS | PERSONAS ENCUESTADAS | % |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| Hospital TOMAS URIBE URIBE | 20 | 8 | 40 |
| Corregimientos | 20 | 7 | 35 |
| Calle Sarmiento | 30 | 15 | 50 |
| Calle 30 | 30 | 14 | 47 |
| Taxistas y "Moto-ratones" | 20 | 9 | 45 |
| Centro comercial LA 14 | 30 | 14 | 47 |
| centro comercial La Herradura | 20 | 8 | 40 |
| Médicos particulares UMEVA | 20 | 10 | 50 |
| TOTAL A LA FECHA | 190 | 85 | 45 |

Ante el grado de dificultad para completar el total de la muestra (373), se definió realizar las siguientes estrategias para su cumplimiento:

- Entrevistar a la Coordinadora de Cuentas del Hospital Tomas Uribe Uribe, quien maneja el listado de población vinculada.
- Entrevistar a las trabajadoras sociales de los dos hospitales quienes tienen bases de datos de población vinculada que habita en la Zona urbana y Rural plana de Tuluá.
- Realizar visitas domiciliarias y/o entrevista telefónica a las personas que cuenten con un teléfono en los listados suministrados por los hospitales.
- Entrevistar a coordinador de la oficina de desarrollo social del municipio de Tuluá quien también tiene información de población vinculada.




11. ANALISIS DE RESULTADOS

En el desarrollo de las 373 encuestas que comprendían la muestra de la población para el análisis de las causas de la No Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del municipio de Tuluá, arrojaron los siguientes resultados:

11.1 ANALISIS DE RESULTADOS EN LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS

Del total de encuestados, el 48.50% de la muestra correspondió a hombres en una frecuencia de 181 personas y el 51.50% fueron mujeres en una frecuencia de 192 personas. (Ver Cuadro 21).

Cuadro 21. Cantidad de Personas Encuestadas Por Sexo

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado | |
|------------------------|------------|------------|----------------------|---|
| Masculino | 181 | 48.50% | 48.50% |  |
| Femenino | 192 | 51.50% | 100.00% |  |
| Total | 373 | 100.00% | 100.00% |  |
| Int. Conf. 95 % | | | | |
| Masculino | 43.40% | 53.70% | | |
| Femenino | 46.30% | 56.60% | | |

Cuadro 22. Frecuencia de Encuestados Identificados con el Sisben

| Para la atención de los servicios en salud, Usted se encuentra identificado con el SISBEN: | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado | |
|--|------------|----------------|----------------------|--|
| Si | 137 | 36.73% | 36.70% | |
| No | 236 | 63.27% | 100.00% | |
| Total | 373 | 100.00% | 100.00% | |
| Int. Conf. 95 % | | | | |
| Yes | | 31.90% | 41.90% | |
| No | | 58.10% | 68.10% | |







De acuerdo con el cuadro 22 se observa que del total de las 373 personas que contestaron la encuesta, el 36.73% (137 encuestados) han sido identificadas por el SISBEN, clasificándose en el nivel I el 40.88%, en el nivel II el 34.31% y en el nivel III el 24.81%, sin asignación de una EPSS (Ver Cuadro 23).

Cuadro 23. Frecuencia de Encuestados Por Nivel de Sisben

| NIVEL DE SISBEN | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado | |
|------------------------|------------|----------------|----------------------|--|
| I | 56 | 40,88% | 40,88% | |
| II | 47 | 34,31% | 75,19% | |
| III | 34 | 24,81% | 100,00% | |
| Total | 137 | 100,00% | 100,00% | |
| Int. Conf. 95 % | | | | |
| I | | 32,60% | 49,60% | |
| II | | 26,40% | 42,90% | |
| III | | 17,80% | 32,90% | |

Así mismo, podemos afirmar que de estas personas identificadas con el SISBEN, el 45.30% (62 encuestados) se sienten protegidos en salud con el carnet del Sisben y el 54,70% (75 encuestados) no se sienten protegidos. (Ver Cuadro 24).

Cuadro 24. Percepción de Protección en Salud de los Encuestados que cuentan con el Carnet del Sisben

| Se siente protegido con el carné de SISBEN que tiene? | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado | |
|---|------------|------------|----------------------|---|
| Si | 62 | 45.30% | 45.30% |  |
| No | 75 | 54.70% | 100.00% |  |
| Total | 137 | 100.00% | 100.00% |  |
| Int. Conf. 95 % | | | | |
| Si | 36.70% | 54.00% | | |
| No | 46.00% | 63.30% | | |
| Por Que? | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado | |
| A veces es muy malo en la atencion | 1 | 1.30% | 1.30% | |
| Casi no me atienden | 1 | 1.30% | 2.70% | |
| Cubre unas cosas | 1 | 1.30% | 4.00% | |
| Desconoce los servicios | 1 | 1.30% | 5.30% | |
| Dificultad en las citas con especialistas | 3 | 4.00% | 9.30% | |
| Es de caridad | 1 | 1.30% | 10.70% | |
| Es una encuesta para acceder a subsidios | 44 | 58.70% | 69.30% |  |
| Hay falencias | 2 | 2.70% | 72.00% | |
| mala atencion en las oficinas | 1 | 1.30% | 73.30% | |
| No cubre nada | 2 | 2.70% | 76.00% | |
| No cumple con las expectativas | 1 | 1.30% | 77.30% | |
| No es buena la atencion | 3 | 4.00% | 81.30% | |
| No ha podido cambiar de ciudad | 1 | 1.30% | 82.70% | |
| No ofrece muchos beneficios | 1 | 1.30% | 84.00% | |
| No se para que sirve | 12 | 16.00% | 100.00% |  |
| Total | 75 | 100.00% | 100.00% |  |

Igualmente, de los 75 encuestados que cuentan con SISBEN y no se sienten protegidos en salud con el mismo, manifestaron como los principales motivos el identificar al SISBEN como una “encuesta para acceder a subsidios” (44

encuestados – 58.70%), en segundo lugar afirmaron “No se para que sirve” (12 encuestados – 16%), seguido por “dificultad en la citas con especialistas” y “No es buena la atención” (3 encuestados C/U – 4%) como los más representativos.

Cuadro 25. Distribución de Encuestados Por Grupos de Edades

| Edades | Frecuencia Hombres | % | Zona Urbana | % | Zona Rural | % |
|--------------|--------------------|----------------|-------------|----------------|------------|----------------|
| <=14 | 1 | 0.55% | 1 | 0.68% | 0 | 0.00% |
| >14 - 29 | 71 | 39.23% | 60 | 40.54% | 11 | 33.33% |
| >29 - 44 | 60 | 33.15% | 51 | 34.46% | 9 | 27.27% |
| >44 - 59 | 32 | 17.68% | 25 | 16.89% | 7 | 21.21% |
| >59 - 74 | 11 | 6.08% | 8 | 5.41% | 3 | 9.09% |
| >74 - 89 | 5 | 2.76% | 3 | 2.03% | 2 | 6.06% |
| >89 - 90 | 1 | 0.55% | 0 | 0.00% | 1 | 3.03% |
| Total | 181 | 100.00% | 148 | 100.00% | 33 | 100.00% |
| Edades | Frecuencia Mujeres | % | Zona Urbana | % | Zona Rural | % |
| <=14 | 2 | 1.00% | 2 | 1.30% | 0 | 0.00% |
| >14 - 29 | 100 | 52.10% | 87 | 56.10% | 13 | 35.10% |
| >29 - 44 | 57 | 29.70% | 49 | 31.60% | 8 | 21.60% |
| >44 - 59 | 18 | 9.40% | 11 | 7.10% | 7 | 18.90% |
| >59 - 74 | 12 | 6.30% | 4 | 2.60% | 8 | 21.60% |
| >74 - 89 | 3 | 1.60% | 2 | 1.30% | 1 | 2.70% |
| >89 - 90 | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% |
| Total | 192 | 100.00% | 155 | 100.00% | 37 | 100.00% |

En cuanto a la distribución de los encuestados por grupos de Edades, en el cuadro 25 podemos observar que hay 181 hombres, con una mayor concentración viviendo en la zona urbana de la ciudad (148 encuestados), además existe una

mayor frecuencia de personas de sexo masculino entre las edades de 14 a 29 años (33.33%).

Así mismo, podemos decir que hay 192 mujeres, de las cuales la mayor concentración reside en la zona urbana (155 encuestadas) y el porcentaje más representativo de las mismas se encuentra en la edad de los 14 a los 29 años (35.10%). De esta forma, existe similitud en ambos sexos respecto al grupo de edad de la población por fuera de los servicios y la cobertura en salud. (>14-29 años).

Cuadro 26 Media y Varianza de la Muestra

| Observaciones | Total | Media | Varianza | Desviación típica | |
|---------------|-------|---------|----------|-------------------|------|
| 373 | 12997 | 34.8445 | 242.336 | 15.5671 | |
| Mínimo | 25% | Mediana | 75% | Máximo | Moda |
| 14 | 22 | 31 | 43 | 90 | 20 |

De los 373 encuestados, la media aritmética es de 34.8445, la varianza da como resultado un valor de 242.336, con una desviación típica o estándar de 15.5671. De la misma forma, se observa que la mínima de la edad es de 14 años y el máximo de 90 años, con un punto medio de 31 años, donde el 25% se encuentra hasta los 22 años y el 75% hasta 43 años. Por último la moda es 20 años, lo cual quiere decir que esta es la edad que más se repite entre los encuestados. (Cuadro 26).

Cuadro 27. Distribución de Encuestados por Sexo y Estado Civil

| Sexo | Frecuencia | % | Soltero | % | Casado | % | Viudo | % | Unión Libre | % | Otro | % |
|------------------|------------|----------------|------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|-------------|---------------|----------|--------------|
| Masculino | 181 | 48.53% | 69 | 38.12% | 52 | 28.73% | 8 | 4.42% | 51 | 28.18% | 1 | 0.55% |
| Femenino | 192 | 51.47% | 77 | 40.10% | 44 | 22.92% | 14 | 7.29% | 56 | 29.17% | 1 | 0.52% |
| Total | 373 | 100.00% | 146 | 39.14% | 96 | 25.74% | 22 | 5.90% | 107 | 28.69% | 2 | 0.54% |

En cuanto a los resultados encontrados en la distribución de los encuestados por sexo y estado civil del cuadro 27, se puede afirmar que de los hombres el 38.12% son solteros, el 28.73% son casados, el 4.42% son viudos y el 28.18% viven en unión libre. En cuanto a las mujeres, el 40.10% son solteras, el 22.92% son casadas, el 7.29% son viudas y el 29.17% viven en unión libre. Con lo anterior podemos expresar que la tendencia marca que es mayor la población femenina que no se encuentra afiliada al SGSSS y que de la totalidad de los encuestados, la población soltera es el foco más representativo que se encuentra sin protección en salud en el municipio de Tuluá (39.14%).

Cuadro 28 Distribución de encuestados por nivel Educativo y Sexo.

| Nivel Educativo | Masculino | % | Femenino | % | Total general |
|----------------------|------------|--------|------------|--------|---------------|
| Bachillerato | 74 | 40.88% | 82 | 42.71% | 156 |
| Primaria | 67 | 37.02% | 59 | 30.73% | 126 |
| Universitario | 8 | 4.42% | 25 | 13.02% | 33 |
| Tecnólogo | 18 | 9.94% | 13 | 6.77% | 31 |
| Ninguna | 13 | 7.18% | 9 | 4.69% | 22 |
| Otro | 1 | 0.55% | 4 | 2.08% | 5 |
| Total general | 181 | | 192 | | 373 |

En relación al nivel educativo y analizando los resultados en el orden de frecuencias, se observa que los hombres en un 40.88% han realizado estudios de Bachillerato (74 encuestados), el 37.02% la primaria (67 encuestados), el 4.42% tienen un nivel universitario, el 9.94% son tecnólogos y el 7.18% no posee ninguna educación. En cuanto a las mujeres, se observa que un 42.71% ha realizado estudios de Bachillerato (82 encuestados), el 30.73% la primaria (59 encuestados), el 13.02% tienen un nivel universitario, el 6.77% son tecnólogos y el 4.69% no posee ninguna educación. La relación del nivel educativo con el aseguramiento en salud nos muestra que tanto las personas que han realizado estudios de bachillerato, tecnologías y universidad, de los cuales se presupone que tienen una mayor oportunidad de estabilidad laboral y de seguridad social, se encuentran también desprotegidos por el hecho de no haber alcanzado todavía un empleo, y/o porque buscan mejores condiciones de acceso a lo que ofrece el SGSSS, acudiendo de manera esporádica a la consulta privada.

Cuadro 29. Distribución de los Encuestados según la Situación Laboral por Sexo.

| Situación Laboral | Sexo | | | | Total general |
|----------------------|------------|----------------|------------|----------------|---------------|
| | Masculino | % | Femenino | % | |
| Desempleado | 32 | 17.68% | 94 | 48.96% | 126 |
| Empleado | 25 | 13.81% | 34 | 17.71% | 59 |
| Independiente | 124 | 68.51% | 64 | 33.33% | 188 |
| Total general | 181 | 100.00% | 192 | 100.00% | 373 |

La distribución de la situación laboral con respecto al sexo (Cuadro 29) nos indica que los hombres en un mayor porcentaje se desempeñan como trabajadores independientes 68.51%, seguido por un 17.68% como desempleados y solo un 13.81% como empleados. Con respecto a la actividad económica (Cuadro 30) la mayor concentración la ocupa la opción “otras actividades económicas” con el

33.58% (79 encuestados), seguido del 24.63% (34 encuestados) como comerciantes, 14.93% (21 encuestados) sin actividad económica, 12.69% (18 encuestados) en trabajos de construcción, 7.46% (13 encuestados) como vendedores ambulantes y por último 6.72% (16 encuestados) que se dedican al transporte informal.

Cuadro 30. Distribución de Encuestados por Actividad Económica

| Actividad Económica | Frecuencia | | Frecuencia | | Total | % |
|---------------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|
| | Hombres | % | Mujeres | % | | |
| Comerciantes | 34 | 24.63% | 20 | 14.19% | 54 | 19.15% |
| Vendedor ambulante | 13 | 7.46% | 7 | 4.73% | 20 | 6.03% |
| Empleada doméstica | 0 | 0.00% | 23 | 12.16% | 23 | 6.38% |
| Transporte Informal | 16 | 6.72% | 3 | 2.03% | 19 | 4.26% |
| Construcción | 18 | 12.69% | 0 | 0.00% | 18 | 6.03% |
| Otra Actividad | 79 | 33.58% | 96 | 39.86% | 175 | 36.88% |
| Desempleado | 21 | 14.93% | 43 | 27.03% | 64 | 21.28% |
| Total | 181 | 100.00% | 192 | 100.00% | 373 | 100.00% |

Las mujeres por su parte muestran respecto a la situación laboral, que la mayoría de esta población se encuentra desempleada en un 48.96%, seguido por un 33.33% como Independientes y un 17.71% como empleadas. Con respecto a la actividad económica (Cuadro 31) la mayor concentración la ocupa la opción “otras actividades económicas” con el 39.86% (96 encuestados), seguido del 27.03% (43 encuestados) como desempleados, 14.19% (20 encuestados) como comerciantes, 12.16% (23 encuestados) como empleadas domésticas, 4.73% (7 encuestados) como vendedoras ambulantes y por último 2.03% (19 encuestados) que se dedican al transporte informal.

Cuadro 31. Distribución de encuestados según el sitio donde acuden en caso de enfermedad

| DONDE ACUDEN EN CASO DE ENFERMEDAD | | | | | | |
|---|------------------|--------------|-----------------|--------------|-------------------------|----------------|
| SITIO | Masculino | | Femenino | | Total respuestas | % |
| | urbano | Rural | urbano | Rural | | |
| Hospital | 108 | 23 | 131 | 25 | 287 | 70.86% |
| Clínica particular | 6 | 3 | 13 | 5 | 27 | 6.67% |
| Médico particular | 6 | 3 | 8 | 6 | 23 | 5.68% |
| Farmacia | 16 | 3 | 6 | 0 | 25 | 6.17% |
| Puesto de salud | 5 | 2 | 7 | 6 | 20 | 4.94% |
| Medicina Naturista | 9 | 3 | 1 | 0 | 13 | 3.21% |
| Otro sitio | 3 | 0 | 2 | 5 | 10 | 2.47% |
| TOTAL | 153 | 37 | 168 | 47 | 405 | 100.00% |

El cuadro 31 respecto a la pregunta: ¿Donde acuden las personas encuestadas en caso de Enfermedad?, muestra resultados que confirman una de las hipótesis planteadas en la presente investigación, que ser mujer es una de las condiciones que está directamente relacionada con el desempleo, la no cobertura en servicios de seguridad social y la falta de oportunidades.

Así mismo, se encontró que un 70.86% de las respuestas acuden al hospital (287). Podemos afirmar que esta respuesta se relaciona directamente con que el hospital es la institución de referencia para las personas que se atienden con cargo al gasto público directo (el gasto que realiza el Ministerio de Protección Social y sus entidades adscritas, los entes territoriales, direcciones seccionales y locales de salud mediante gastos de administración e inversión que funcionan como subsidio a la oferta), además, fue el sitio de mayor concentración de personas encuestadas.

Seguidamente el 6.67% de las respuestas señalaron como opción clínica particular y el 6.27% la farmacia.

11.2 ANALISIS DE RESULTADOS DE LAS CAUSAS DE LA NO AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En el cuadro 32 encontramos los resultados de las principales causas de la no afiliación a la seguridad social en salud, pregunta central y eje de la presente investigación:

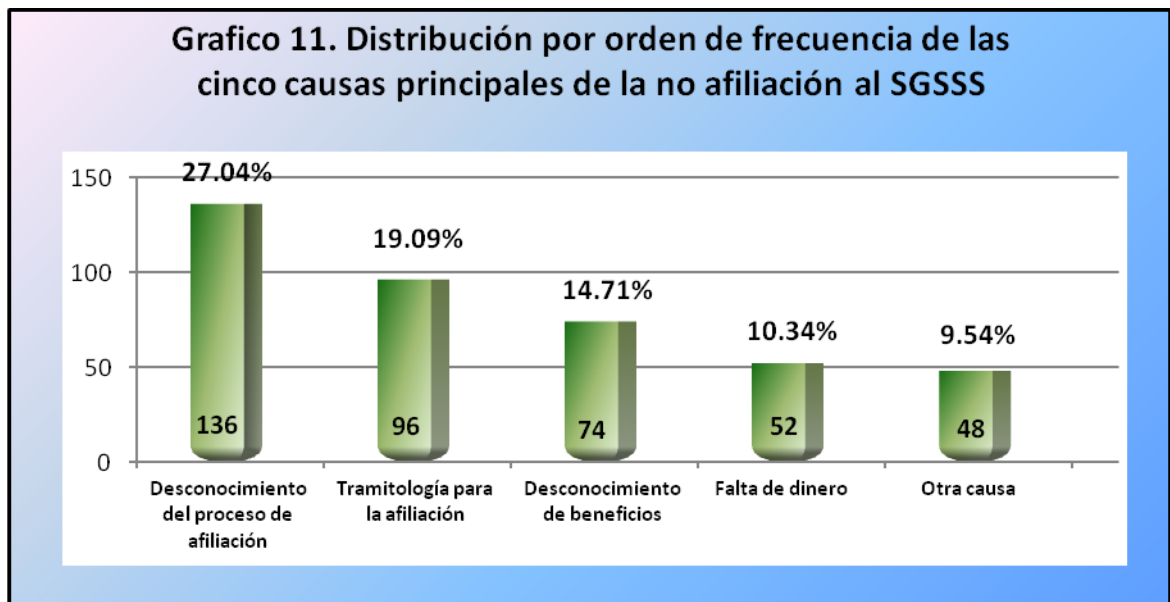
Cuadro 32. Distribución por orden de frecuencia de las causas de la no afiliación al SGSSS

| CAUSAS | Masculino | Femenino | Total respuestas | % |
|--|-----------|----------|------------------|--------|
| 1. Desconocimiento del proceso de afiliación | 68 | 68 | 136 | 27.04% |
| 2. Tramitología para la afiliación | 41 | 55 | 96 | 19.09% |
| 3. Desconocimiento de beneficios | 35 | 39 | 74 | 14.71% |
| 4. Falta de dinero | 22 | 30 | 52 | 10.34% |
| 5. Otra causa | 22 | 26 | 48 | 9.54% |
| 6. No hay condiciones de empleo | 17 | 16 | 33 | 6.56% |
| 7. Mal servicio | 15 | 9 | 24 | 4.77% |
| 8. Muchos trámites para la cita | 9 | 9 | 18 | 3.58% |
| 9. Centro de atención lejano | 2 | 6 | 8 | 1.59% |
| 10. Sin confianza en los médicos | 5 | 3 | 8 | 1.59% |
| 11. SISBEN cubre todo | 2 | 4 | 6 | 1.19% |

De esta forma encontramos en la muestra de 373 personas encuestadas, que en el primer lugar se ubica como principal causa el *desconocimiento del proceso de afiliación* con un 27.04% (136 respuestas) el cual indica un débil concepto de seguridad y falta de interés por el aspecto de la salud; En segundo renglón se

ubica la causa *Tramitología en la afiliación* con un 19.09% (96 respuestas). El *Desconocimiento de beneficios* es la tercera causa con un 14.71% (74 respuestas), demostrando que desde las entidades del estado y de parte de todos los actores del sector ha faltado una amplia divulgación de los derechos y deberes de los usuarios, lo cual refleja la poca importancia que las personas dan a las actividades de promoción y prevención en salud y solo acuden al Hospital cuando están realmente enfermos. La cuarta causa encontrada en las encuestas es la *Falta de Dinero* con un 10.34% (52 respuestas), relacionada con las personas que aspiran a afiliarse al régimen contributivo y/o que han pertenecido a él, y se encuentran transitoriamente desempleados o porque tratándose de trabajadores independientes no han alcanzado la estabilidad económica para pagar regularmente el 12.5% de sus ingresos como cotización al SGSSS. En quinto lugar se encuentra la variable *Otra Causa* con un 9.54%, seguida de las demás causas restantes en menor proporción.

Para ahondar en el análisis, a continuación se mostrará los resultados obtenidos en las principales causas seleccionadas por los encuestados en la presente investigación y cuyos porcentajes fueron descritos anteriormente.

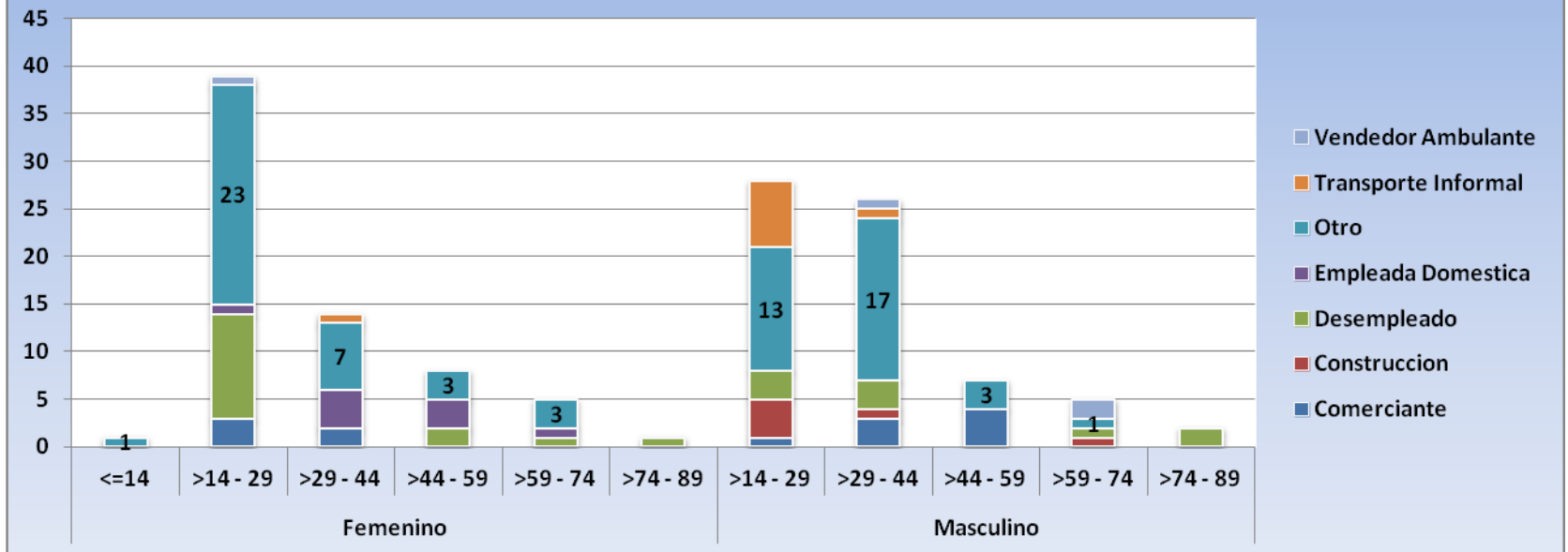


11.2.1 Causa: Desconocimiento del Proceso de Afiliación

Cuadro 33. Distribución por Actividad Económica

| Sexo / Edades | Comerciante | Construcción | Desempleado | Empleada Domestica | Otro | Transporte Informal | Vendedor Ambulante | Total general |
|--------------------|--------------|--------------|---------------|--------------------|---------------|---------------------|--------------------|---------------|
| Femenino | 5 | | 15 | 9 | 37 | 1 | 1 | 68 |
| <=14 | | | | | 1 | | | 1 |
| >14 - 29 | 3 | | 11 | 1 | 23 | | 1 | 39 |
| >29 - 44 | 2 | | | 4 | 7 | 1 | | 14 |
| >44 - 59 | | | 2 | 3 | 3 | | | 8 |
| >59 - 74 | | | 1 | 1 | 3 | | | 5 |
| >74 - 89 | | | 1 | | | | | 1 |
| Masculino | 8 | 6 | 9 | | 34 | 8 | 3 | 68 |
| >14 - 29 | 1 | 4 | 3 | | 13 | 7 | | 28 |
| >29 - 44 | 3 | 1 | 3 | | 17 | 1 | 1 | 26 |
| >44 - 59 | 4 | | | | 3 | | | 7 |
| >59 - 74 | | 1 | 1 | | 1 | | 2 | 5 |
| >74 - 89 | | | 2 | | | | | 2 |
| Total | 13 | 6 | 24 | 9 | 71 | 9 | 4 | 136 |
| PORCENTAJES | 9.56% | 4.41% | 17.65% | 6.61% | 52.21% | 6.61% | 2.95% | |

Gráfico 12. Desconocimiento del Proceso de Afiliación



Fuente: Base de Datos de las Encuestas Aplicadas – Muestra 373 Personas – Tuluá 2011

En la causa *desconocimiento del proceso de afiliación* según grupo de edad, se puede observar que la mayor participación se presenta en el rango >14 a 29 años, tanto en hombres como mujeres. La ocupación laboral se concentra en el ítem “otras actividades”, seguido de desempleado en las mujeres y en los hombres por el transporte informal.

En un tercer lugar está la ocupación como comerciante en las mujeres y la construcción en los hombres. Por lo tanto, se puede concluir que el desconocimiento del proceso de afiliación se presenta en un 77.94% en las mujeres en edad fértil y productiva, y en un 79.41% en los hombres en edad productiva.

Sin embargo en la mujeres la maternidad se convierte en una condición que le da prioridad tanto en la atención como en la asignación del beneficio del subsidio en salud, y aunque se ha trabajado desde los entes territoriales y el conjunto de las instituciones de salud, por promover los derechos de la mujer y de la infancia con programas como AIAMI,¹¹ es paradójico que los resultados obtenidos en la muestra analizada presentan a la gran mayoría de mujeres en edad fértil sin cobertura.

También se puede afirmar que el nivel socioeconómico y educativo afecta la apropiación del concepto de auto cuidado, mas cuando observamos que en su gran mayoría las mujeres son desempleadas (amas de casa) o sub-empleadas en actividades del comercio informal.

Dentro de los hallazgos encontrados en los hombres, se evidenció un desconocimiento por falta de interés y/o porque delegan esta responsabilidad a su madre o compañera sentimental. Aunque los hombres en esta edad no son la primera prioridad del Estado en la asignación de los beneficios en salud, éstos si deberían serlo por el gran riesgo de sufrir lesiones y agresiones ocupando el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de morbi-mortalidad en Colombia, además por el costo económico - social que representan para el sistema de salud y para la familia.

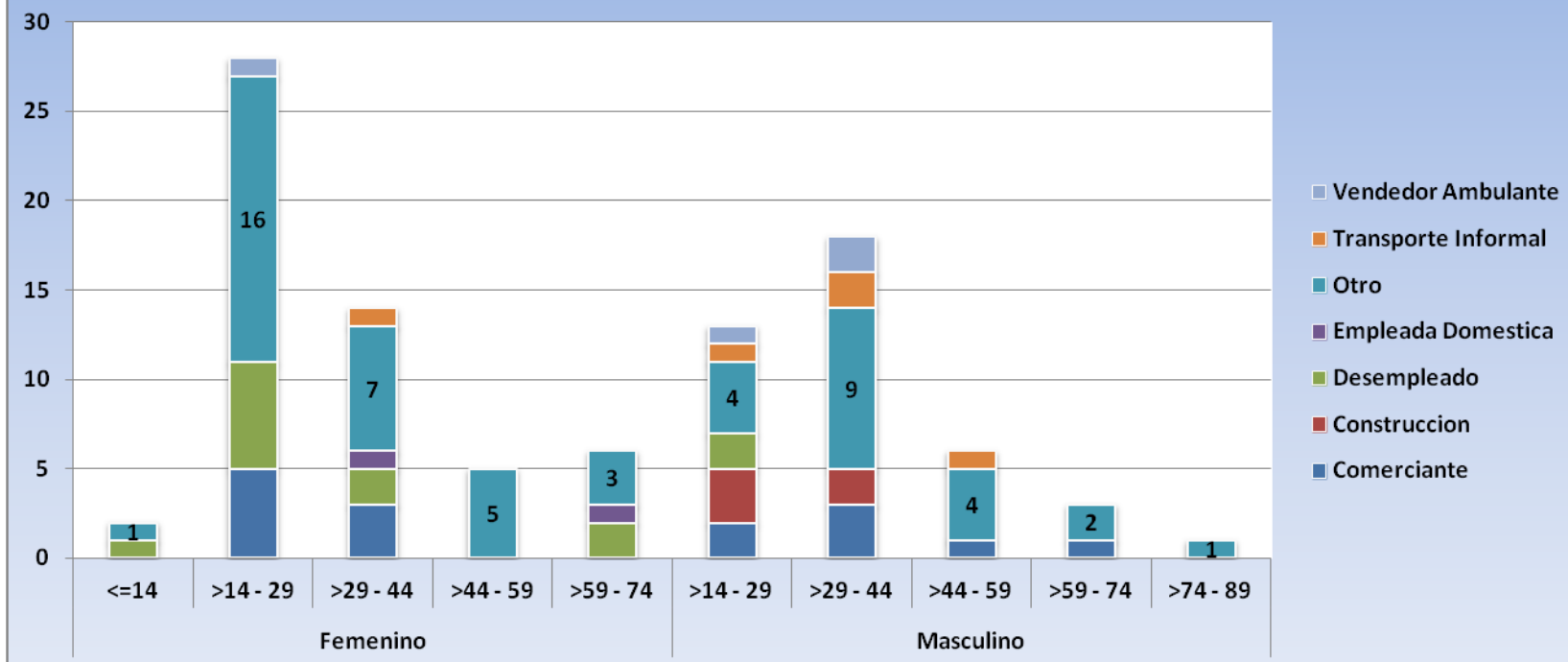
¹¹ **Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia.** Programa promovido desde la ONU para mejorar la salud y las condiciones de vida de las mujeres y los niños de los países en desarrollo

11.2.2 Causa: Tramitología en la Afiliación

Cuadro 34. Distribución por Actividad Económica

| Sexo / Edades | Comerciante | Construcción | Desempleado | Empleada Domestica | Otro | Transporte Informal | Vendedor Ambulante | Total general |
|-------------------|---------------|--------------|---------------|--------------------|---------------|---------------------|--------------------|---------------|
| Femenino | 8 | | 11 | 2 | 32 | 1 | 1 | 55 |
| <=14 | | | 1 | | 1 | | | 2 |
| >14 - 29 | 5 | | 6 | | 16 | | 1 | 28 |
| >29 - 44 | 3 | | 2 | 1 | 7 | 1 | | 14 |
| >44 - 59 | | | | | 5 | | | 5 |
| >59 - 74 | | | 2 | 1 | 3 | | | 6 |
| Masculino | 7 | 5 | 2 | | 20 | 4 | 3 | 41 |
| >14 - 29 | 2 | 3 | 2 | | 4 | 1 | 1 | 13 |
| >29 - 44 | 3 | 2 | | | 9 | 2 | 2 | 18 |
| >44 - 59 | 1 | | | | 4 | 1 | | 6 |
| >59 - 74 | 1 | | | | 2 | | | 3 |
| >74 - 89 | | | | | 1 | | | 1 |
| Total | 15 | 5 | 13 | 2 | 52 | 5 | 4 | 96 |
| PORCENTAJE | 15.63% | 5.21% | 13.54% | 2.08% | 54.16% | 5.21% | 4.16% | |

Gráfico 13. Tramitología En La Afiliación



Fuente: Base de Datos de las Encuestas Aplicadas – Muestra 373 Personas – Tuluá 2011

En la causa Tramitología en el proceso en la afiliación se puede observar que el rango de edad >14 y ≤ 29 en mujeres como hombres escogieron esta opción. La actividad económica donde se presenta la mayor concentración se encuentra en otras actividades con un 54.16% equivalente a (52 encuestados) representado en (ama de casa, estilista, estudiante, conductor, coter, manicurista, entre otros), seguido por comerciantes independientes que equivale a 15.63% (15 encuestados).

Los encuestados manifestaron que desplazarse a la alcaldía a la oficina que maneja la encuesta del SISBEN es muy desgastante debido a las largas colas que deben realizar para acceder a la visita del encuestador.

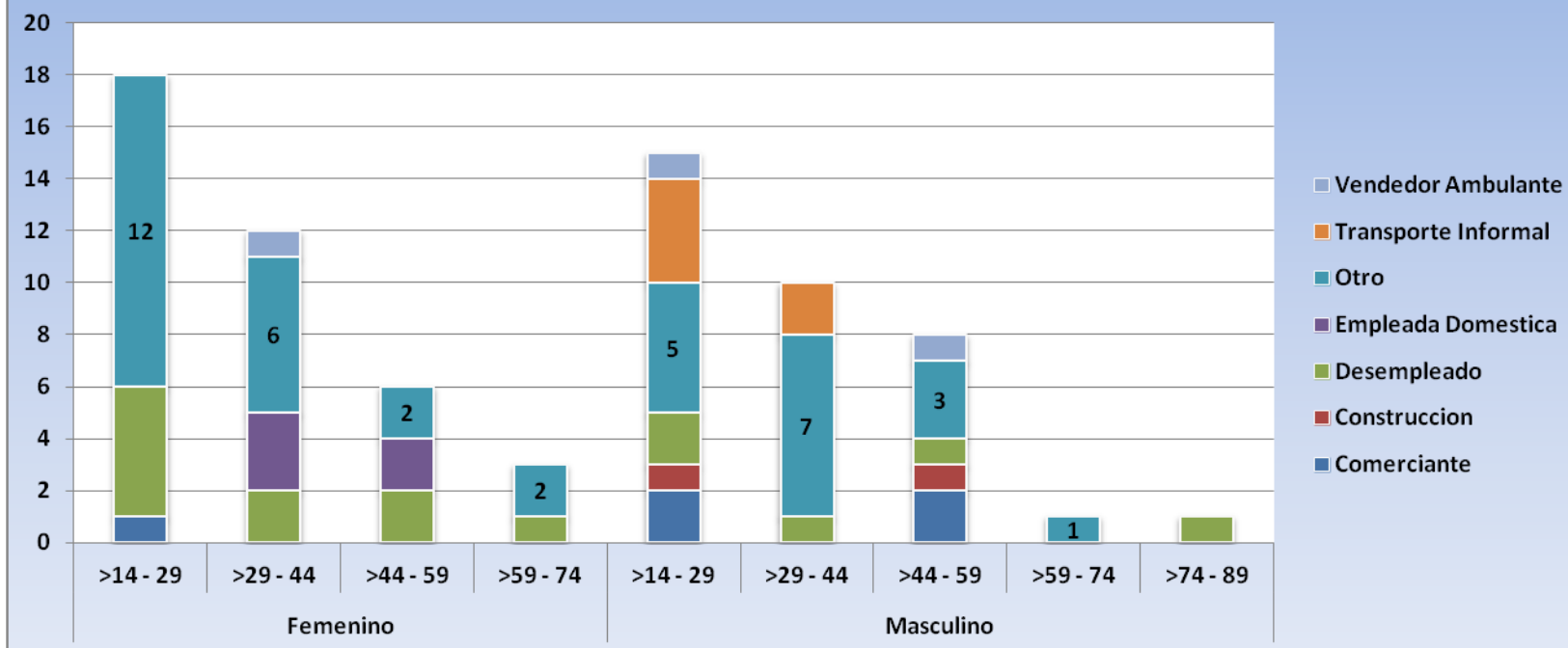
Se evidencia el desconocimiento de las personas en la afiliación, la solicitud ante Secretaría de salud y los documentos que requiere fotocopia de un recibo de servicio público y de su documento de identificación.

11.2.3 Causa: Desconocimiento de Beneficios

Cuadro 35. Distribución por actividad económica

| Sexo / Edades | Comerciante | Construcción | Desempleado | Empleada Doméstica | Otro | Transporte Informal | Vendedor Ambulante | Total general |
|--------------------|--------------|--------------|---------------|--------------------|---------------|---------------------|--------------------|---------------|
| Femenino | 1 | | 10 | 5 | 22 | | 1 | 39 |
| >14 - 29 | 1 | | 5 | | 12 | | | 18 |
| >29 - 44 | | | 2 | 3 | 6 | | 1 | 12 |
| >44 - 59 | | | 2 | 2 | 2 | | | 6 |
| >59 - 74 | | | 1 | | 2 | | | 3 |
| Masculino | 4 | 2 | 5 | | 16 | 6 | 2 | 35 |
| >14 - 29 | 2 | 1 | 2 | | 5 | 4 | 1 | 15 |
| >29 - 44 | | | 1 | | 7 | 2 | | 10 |
| >44 - 59 | 2 | 1 | 1 | | 3 | | 1 | 8 |
| >59 - 74 | | | | | 1 | | | 1 |
| >74 - 89 | | | 1 | | | | | 1 |
| Total | 5 | 2 | 15 | 5 | 38 | 6 | 3 | 74 |
| PORCENTAJES | 6.75% | 2.72% | 20.27% | 6.75% | 51.35% | 8.10% | 4.06% | |

Gráfico 14. Desconocimiento De Beneficios



Fuente: Base de Datos de las Encuestas Aplicadas – Muestra 373 Personas – Tuluá 2011

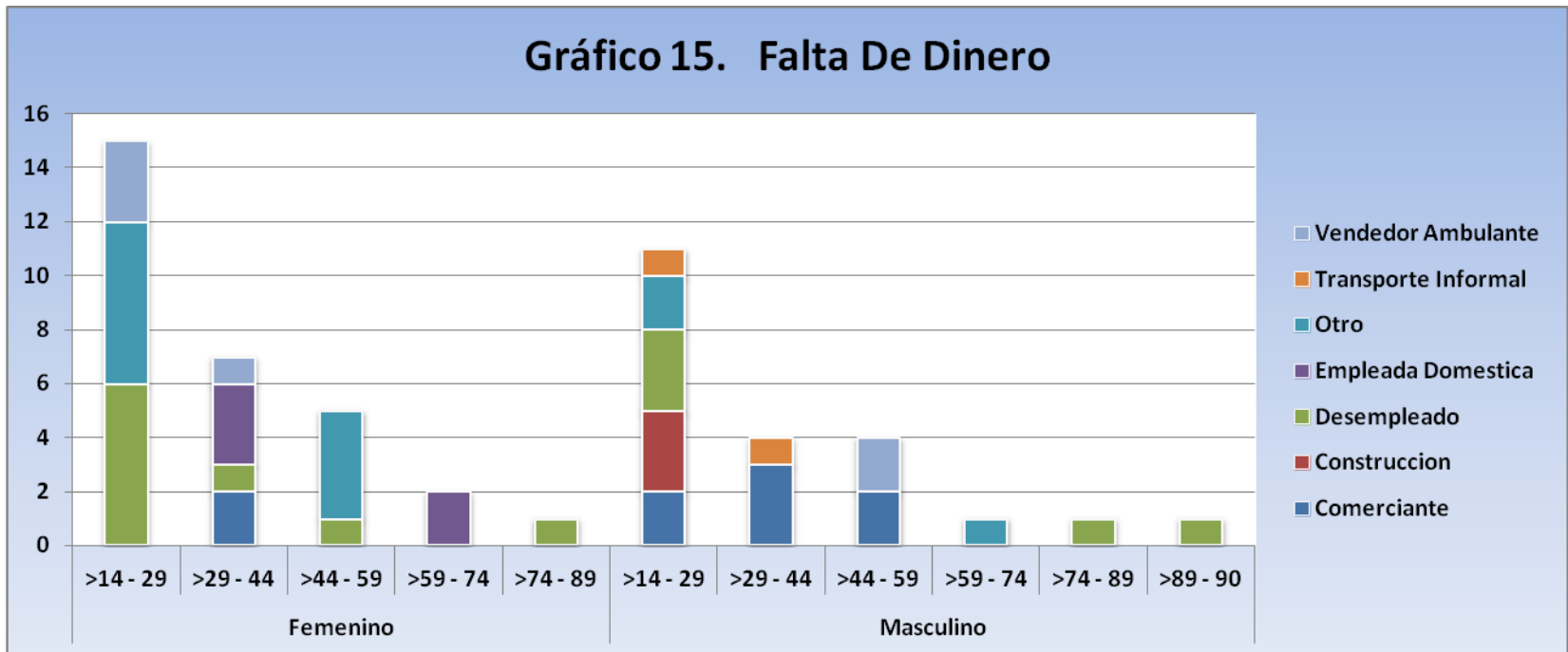
Se encuentra en la tercera posición de escogencia por los encuestados, la causa *desconocimiento de beneficios*, en donde se observa que un 44.59% de total de personas que escogieron esta opción se encuentra en un rango de edad >14-29 años. La actividad económica sobresaliente de esta muestra con un 51.35%, se dedica a otras actividades entre las cuales se encuentran coterero, ama de casa, agricultor, conductor, oficios varios, seguidos de un 20.27% por personas que se encuentran desempleadas con un rango de edad ≥ 14 y < 89 años.

El desconocimiento de los beneficios con un 14.71% del total de los motivos, ratifica que desde las entidades del estado y de parte de todos los actores del sector, ha faltado una amplia divulgación de los derechos y deberes de los usuarios del sistema. Así mismo, las condiciones socioeconómicas de la población que en su mayoría son cabezas de familia y que derivan su sustento diario de actividades económicas informales con necesidades básicas insatisfechas, conlleva a que las personas en su afán de sobrevivir, dejen el aseguramiento en salud en un segundo plano, asociado a que no existe la cultura del auto cuidado o del chequeo médico anual, que es lo recomendable en términos de actividades de prevención de la enfermedad, y que finalmente se refleja cuando las personas solo acuden al hospital en caso de una urgencia, servicio de mayor demanda en instituciones públicas.

11.2.4 Causa: Falta de dinero

Cuadro 36. Distribución por actividad económica

| Sexo / Edades | Comerciante | Construcción | Desempleado | Empleada Doméstica | Otro | Transporte Informal | Vendedor Ambulante | Total |
|--------------------|---------------|--------------|---------------|--------------------|---------------|---------------------|--------------------|-----------|
| Femenino | 2 | | 9 | 5 | 10 | | 4 | 30 |
| >14 - 29 | | | 6 | | 6 | | 3 | 15 |
| >29 - 44 | 2 | | 1 | 3 | | | 1 | 7 |
| >44 - 59 | | | 1 | | 4 | | | 5 |
| >59 - 74 | | | | 2 | | | | 2 |
| >74 - 89 | | | 1 | | | | | 1 |
| Masculino | 7 | 3 | 5 | | 3 | 2 | 2 | 22 |
| >14 - 29 | 2 | 3 | 3 | | 2 | 1 | | 11 |
| >29 - 44 | 3 | | | | | 1 | | 4 |
| >44 - 59 | 2 | | | | | | 2 | 4 |
| >59 - 74 | | | | | 1 | | | 1 |
| >74 - 89 | | | 1 | | | | | 1 |
| >89 - 90 | | | 1 | | | | | 1 |
| Total | 9 | 3 | 14 | 5 | 13 | 2 | 6 | 52 |
| PORCENTAJES | 17.31% | 5.76% | 26.92% | 9.62% | 25.00% | 3.85% | 11.54% | |



Fuente: Base de Datos de las Encuestas Aplicadas – Muestra 373 Personas – Tuluá 2011

La falta de dinero es la cuarta causa con un 10.34% del total de los motivos encontrados, relacionada con las personas que aspiran a afiliarse al régimen contributivo y/o que han pertenecido a él pero que se encuentran temporalmente desempleados.

Están en su mayor porcentaje agrupados en el rango de edad de >14 y 29 años, tanto en hombres como mujeres y la actividad que desempeñan en su mayoría no tiene variación con la primera causa encontrada, siendo el principal ítem en las mujeres el de “Otra actividad”, seguido por el de desempleada (ama de casa), comerciante y finalmente el de empleada domestica. Ante lo anterior, cabe recordar que aunque existe la norma sobre la obligatoriedad en la afiliación de las empleadas domesticas al SGSSS, son aún muy pocas las familias que cumplen esta condición a nivel nacional y local.

En los hombres también se evidencia una concentración en el grupo de edad entre 14 y 29, y la distribución por actividad económica cambia ubicando en primer lugar los dedicados al comercio, seguido del desempleo y el trabajo de la construcción.

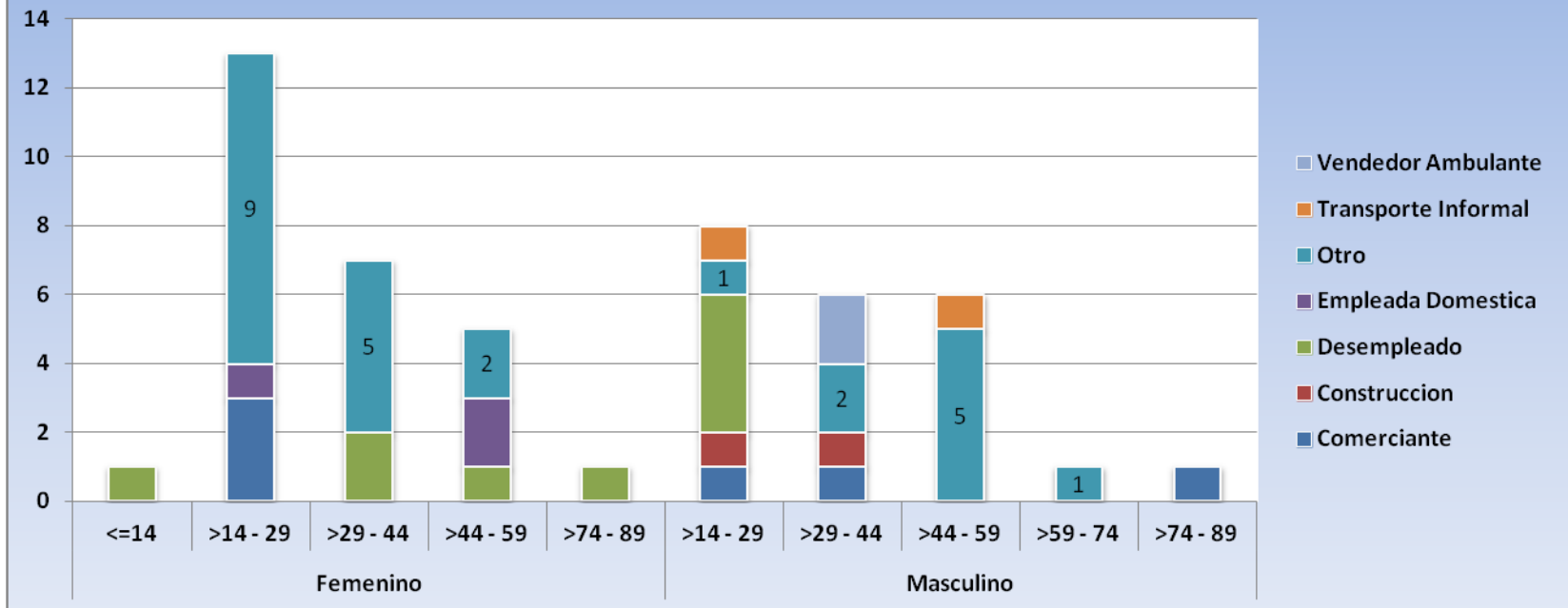
Así mismo, en los resultados obtenidos, se confirma que las condiciones económicas deficientes perjudican el acceso a los servicios de salud. Las dificultades para acceder a la atención en salud aumentan a medida que disminuye el nivel socio-económico de las personas. Ante esta situación, son las familias quienes pagan directamente el costo total o parcial de las prestaciones de servicios de salud, lo cual representa un gasto considerable y que se acentúa cuando se convierte en lo que se denomina “Gasto Catastrófico”, es decir, cuando abarca más del 10% de los gastos del hogar. A nivel nacional, 53% de los hogares reportaron un gasto de bolsillo menor al 10%, mientras que 13% de los hogares dio cuenta de un gasto catastrófico en salud. En cuanto a las personas mayores, este gasto se distribuye según el DANE de la siguiente forma: hospitalización 54%, medicamentos 20% y servicios médicos 27% (Informes DANE 2004).

11.2.5 Motivo: Otras Causas

Cuadro 37. Distribución por actividad económica

| Sexo / Edades | Comerciante | Construcción | Desempleado | Empleada Domestica | Otro | Transporte Informal | Vendedor Ambulante | Total |
|--------------------|---------------|--------------|---------------|--------------------|--------------|---------------------|--------------------|-----------|
| Femenino | 3 | | 5 | 3 | 16 | | | 27 |
| <=14 | | | 1 | | | | | 1 |
| >14 - 29 | 3 | | | 1 | 9 | | | 13 |
| >29 - 44 | | | 2 | | 5 | | | 7 |
| >44 - 59 | | | 1 | 2 | 2 | | | 5 |
| >74 - 89 | | | 1 | | | | | 1 |
| Masculino | 3 | 2 | 4 | | 9 | 2 | 2 | 22 |
| >14 - 29 | 1 | 1 | 4 | | 1 | 1 | | 8 |
| >29 - 44 | 1 | 1 | | | 2 | | 2 | 6 |
| >44 - 59 | | | | | 5 | 1 | | 6 |
| >59 - 74 | | | | | 1 | | | 1 |
| >74 - 89 | 1 | | | | | | | 1 |
| Total | 6 | 2 | 9 | 3 | 25 | 2 | 2 | 49 |
| PORCENTAJES | 12.25% | 4.09% | 18.36% | 6.12% | 51.02 | 4.09% | 4.09% | |

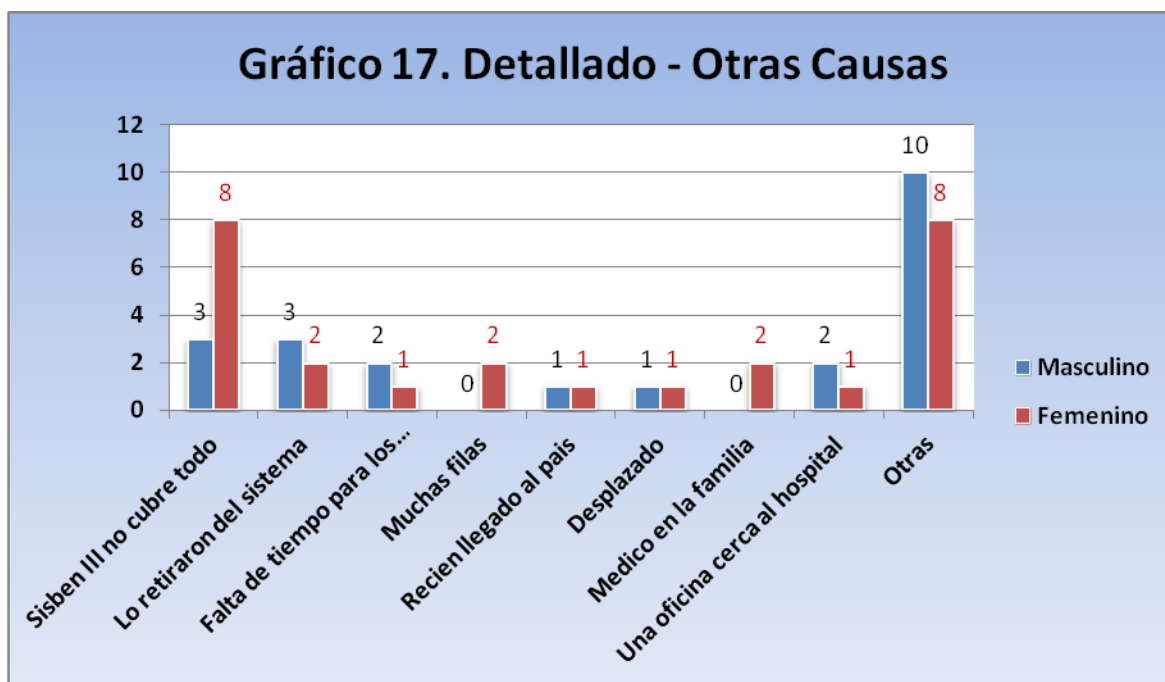
Gráfico 16. Otra Causa



Fuente: Base de Datos de las Encuestas Aplicadas – Muestra 373 Personas – Tuluá 2011

Cuadro 38. Distribución detallada - Otra Causa

| Otra Causa | Masculino | Femenino | Total |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Sisben III no cubre todo | 3 | 8 | 11 |
| Lo retiraron del sistema | 3 | 2 | 5 |
| Falta de tiempo para los tramites | 2 | 1 | 3 |
| Muchas filas | 0 | 2 | 2 |
| Recién llegado al país | 1 | 1 | 2 |
| Desplazado | 1 | 1 | 2 |
| Medico en la familia | 0 | 2 | 2 |
| Una oficina cerca al hospital | 2 | 1 | 3 |
| Otras | 10 | 8 | 18 |
| TOTALES | 22 | 26 | 48 |



En quinto lugar se relaciona las *otras causas* por las cuales las personas encuestadas no han realizado la afiliación a uno de los dos regímenes del SGSSS, y donde se evidencia que existe una mayor proporción de personas que han sido identificadas en el nivel III del Sisben, situación en la cual el subsidio es parcial con cobertura diferencial (Solo cobertura del menor de 1 año, embarazo, alto costo y medicamentos); los encuestados en esta condición se sienten sin cobertura porque no pueden acceder a una EPSS y no tiene la capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo, además la norma no ha regulado aun los pagos compartidos para las personas ubicadas en este nivel.

En segundo lugar aparecen las personas que contestaron que “han sido retiradas del sistema”. Para corroborar el por qué las personas eran retiradas del sistema y clarificar el proceso de identificación de usuarios y beneficiarios del SGSS, se realizó una entrevista con el Técnico administrativo de aseguramiento en salud de la secretaria de salud Municipal de Tuluá Valle, quien informó que en la mayoría de los casos esta es una desinformación, dado que la afiliación se pierde cuando hay una doble afiliación (al contributivo y al subsidiado), pues se comprueba fraude por parte del beneficiario¹². Otro comportamiento frecuente es el que la persona identificada no completa la documentación requerida para el proceso de afiliación, o nunca reclama el carnet de acreditación del mismo.

La falta de tiempo, la tramitología en las citas y autorizaciones, son otras de las causas que se presentan en menor proporción, también las personas que están recién llegadas al país, que llegan sin empleo, sin estabilidad económica y que aun no han sido identificadas por el Sisben como beneficiarias son otras de las problemáticas que enfrenta el sistema de salud.

¹² **Anexo 3.** Entrevista Efectuada el 06/10/2011 con el Dr. Norbey Zapata (Técnico de Aseguramiento Municipal), como apoyo en el trabajo de Campo de la Investigación.

12. CONCLUSIONES

El Municipio de Tuluá, está catalogado en Colombia como uno de los municipios que cuentan con cobertura al 100% de su población en Seguridad Social en Salud, según censo DANE 2005; luego de realizada la presente investigación se puede concluir que ésta es una realidad a medias, porque el Municipio se encuentra medido por el último censo poblacional que es la herramienta que permite al Ministerio de la Protección Social realizar la medición de la cobertura en Salud; sin embargo, al comparar los datos estadísticos suministrados por los Entes Territoriales se observa discordancia, significando que hay más población asegurada que la que registra el censo. Fenómeno originado por la población flotante que se acerca a la ciudad por su excelente ubicación geográfica, y por las diversas actividades socio-económicas, comerciales, culturales y políticas que han hecho que se ubique fuera de todo contexto en cuanto a población y cobertura en salud.

La no afiliación a la seguridad social en salud en el municipio de Tuluá es multi causal, la presente investigación nos permitió observar que la falta de conocimiento del proceso de afiliación, así como de los beneficios, la tramitología y en especial la falta de políticas que motiven la participación social en salud hacia una cultura en favor de la prevención y la atención primaria en salud, son elementos que tienen la mayor proporción y que inciden en los resultados de gestión del sector salud en el municipio de Tuluá y en general en Colombia.

Contrario a lo establecido como hipótesis principal, la falta de dinero es la cuarta causa, con un 10.34%, del total de las causas, respuesta orientada a la

imposibilidad económica de afiliación al régimen contributivo, del grupo de personas que reconocen la diferencia entre los dos regímenes y/o que han pertenecido al contributivo y no han logrado continuar cotizando. Ya sea porque se han quedado desempleadas o porque son independientes y la rentabilidad de sus negocios no les permite seguir cotizando. Cabe anotar que existe un desconocimiento del proceso de afiliación y de los beneficios de estar afiliado al SGSSS

El nivel socioeconómico y educativo es inversamente proporcional a la posibilidad de acceder a la seguridad social en salud, las personas ubicadas en un nivel III del Sisben no clasifican para la obtención de un subsidio completo, y por lo general las condiciones que establecen este puntaje, son del orden material que en muchas ocasiones no representan una solvencia económica para la vinculación al régimen contributivo. Por otro lado, aunque las personas entrevistadas en un 41.7% son bachilleres el conocimiento de la ley en salud, los beneficios y ventajas es muy incipiente; aunado al desinterés que se muestra por el autocuidado y por el reconocimiento de la salud como un derecho constitucional y principal indicador de la calidad de vida de una población.

La principal causa de la no afiliación de la población de Tuluá se relaciona con el desconocimiento del proceso de afiliación, respuesta que deja al descubierto vacíos e incapacidad en los actores del sector salud y principalmente en los Entes Territoriales, dado que estos tienen dentro de sus responsabilidades el desarrollo de las estrategias de información y comunicación para divulgar a la población en general el modelo de aseguramiento, los derechos y deberes de los usuarios y las formas de acceder al subsidio de salud y a los servicios en los diferentes niveles de atención, mediante la utilización de los diferentes medios y canales de comunicación.

Igualmente se encontró en un séptimo lugar que la mala prestación de los servicios de salud, seguido de la tramitología y la desconfianza en el servicio son otras causales de la no afiliación al SGSSS, las cuales se encuentran sustentadas en que los usuarios de las EPS y EPSS atraviesan a diario por múltiples situaciones como la demora en la atención, compra de medicamentos, pago de pruebas diagnósticas, la demora en la autorización de cirugías, en la consecución de citas de medicina especializada y al cambio constante de los médicos tratantes; además de asumir costos de desplazamiento a otras ciudades en busca de atención; por otra parte los profesionales de la salud deben ceñirse a las guías y protocolos de manejo adheridos al costo, generando restricciones para la realización del acto médico. Pese a que estas causas no hacen parte de las principales si demuestran el descontento de los pacientes con el sistema en salud.

Según datos estadísticos de población y aseguramiento del Municipio de Tuluá, se observa que la población ha crecido en un 5% producto del movimiento demográfico y el aseguramiento en salud en un 27% de manera paulatina, mostrando un crecimiento acelerado en los dos últimos años con el objeto de dar cumplimiento a la universalización del aseguramiento en salud.

13. RECOMENDACIONES

Para lograr lo estipulado en el Acuerdo 029 del 28 de Diciembre de 2011 de la CRES¹³, que hace referencia a la unificación del Pos Contributivo con el Subsidiado y ampliación en la cobertura nacional en salud, es indispensable seguir avanzando en los esfuerzos tendientes a mejorar la identificación de las personas elegibles para la afiliación al régimen subsidiado, depurar la base de datos y continuar en el desarrollo de un proceso de afiliación único al Sistema de Protección Social que agilice la identificación plena de los individuos y facilite su trámite.

Para la secretaria de salud municipal, como la principal institución que tiene bajo su responsabilidad la implementación de las políticas públicas en salud, una de sus funciones principales es garantizar que las IPS públicas y privadas lleven a cabo una educación personalizada a las gestantes inscritas en los programas de Control Prenatal y difundir la importancia de realizar la pronta afiliación del recién nacido al régimen contributivo o subsidiado, dado que en la actualidad el mayor número de personas no afiliadas al SGSSS corresponde a los menores de un año, según la información suministrada por la oficina de trabajo social del Hospital Tomas Uribe Uribe. Cabe aclarar que según la normativa vigente en salud, este es el grupo que cuenta con una mayor priorización y no accede a los servicios por negligencia o desconocimiento de los padres o tutores.

¹³ **COMISION REGULADORA EN SALUD.** Organismo Técnico de Regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la independencia indispensable en el desarrollo de sus procesos y autonomía en la toma de decisiones.

El Plan de Salud Municipal 2008-2011¹⁴ planteó estrategias para el logro de la universalización de la afiliación al SGSSS en el municipio de Tuluá. Sin embargo, no se evidencia la implementación ni despliegue de estas acciones, ni tampoco el brindar la información y comunicación que conlleve a construir una cultura en pro de la salud. Por lo tanto, se recomienda a los diferentes Entes municipales en salud y a los organismos de planeación del actual gobierno municipal, partir desde esta línea de base para elaboración del plan de desarrollo 2012-2015 y que se desarrolle las estrategias formuladas, con énfasis en: Derechos y Deberes de los usuarios, Implementación de una cultura del auto-cuidado en salud, la salud como un derecho constitucional y la ampliación del concepto de salud.

¹⁴ **PLAN DE SALUD MUNICIPAL 2008-2011.** Secretaria Municipal de Salud. Alcaldía de Tuluá. Rafael Eduardo Palau. Junio 2008. Pág. 37ss.

BIBLIOGRAFIA

AUTORES VARIOS. ANUARIO ESTADÍSTICO TULUA AÑO 2008. Alcalde Rafael Eduardo Palau Salazar 2008 – 2011, Todos Somos Tuluá. Diseño y Diagramación Formulas Publicitarias. Dic. 2009

AUTORES VARIOS. ANUARIO ESTADÍSTICO TULUA AÑO 2010. Alcalde Rafael Eduardo Palau Salazar 2008 – 2011, Todos Somos Tuluá. Diseño y Diagramación Formulas Publicitarias. Dic. 2011

ARROYABE ZULUAGA, Iván Darío. LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Periódico el Pulso Primera Edición. Medellín. 2009. www.periodicoelpulso.com

CARDONA DEL RIO, José Edier – Colaboradores. ANUARIO ESTADÍSTICO TULUA AÑO 2007 .Oficina Asesora de Planeación Municipal de Tuluá .Dic. 2008

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Bogotá. 1990

DELGADO GALLEGO, María E – VASQUEZ NAVARRETE, Maria L. CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y EXPERIENCIAS CON LA APLICACIÓN DE LAS POLITICAS DE PARTICIPACION EN SALUD EN COLOMBIA. Rev. salud pública v.8 n.3 Bogotá sep./dic. 2006. Recuperado el 02 de Septiembre de 2011 de <http://www.scielo.unal.edu.co>

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. GLOSARIO DEL SISTEMA SISBEN. Bogotá. 2006

ECHEVERRI LOPEZ, Esperanza. LA SALUD EN COLOMBIA: ABRIENDO EL SIGLO... Y LA BRECHA DE LAS INEQUIDADES. Univ. Nacional de Colombia. Bogotá. 2002

FRANCO G., Álvaro. DESARROLLO DE POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD. Facultad Nacional de Salud Pública. Univ. De Antioquía. Medellín. 2006.
afranco@guajiros.udea.edu.co

GUERRERO M., Ramiro. SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud. Universidad ICESI. Cali, Colombia. 2001.

JARAMILLO, Ivan. EL FUTURO DE LA SALUD EN COLOMBIA, LEY 100 DE 1993 CINCO AÑOS DESPUES. 4 Edición. FESCOL y Fundación corona. Bogotá, 199. P.107

LEY 10 DEL 10 DE ENERO DE 1990. Congreso de la República de Colombia.

LEY 100 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1993. Congreso de la República de Colombia.

LEY 1122 DEL 09 DE ENERO DE 2007. Congreso de la República de Colombia.

LEY 1438 DEL 19 DE ENERO DE 2011. Congreso de la República de Colombia

LEY 715 DEL 21 DE DICIEMBRE DE 2001. Congreso de la República de Colombia.

MUNICIPIO DE TULUA. PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008-2011. Alcalde Rafael Eduardo Palau Salazar 2008 – 2011, Todos Somos Tuluá. Junio 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. COMISIÓN REGULADORA EN SALUD – CRES. ACUERDO 029. República de Colombia. Diciembre 28 de 2011.

OMS- UNICEF. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Alma Ata 1978. Salud para todos. Serie # 1. Génova: OMS; 1978

PINTO, Diana. MUÑOZ, Ana Lucia. COLOMBIA: SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Estrategia del BID 2011-2014. División de Protección Social y Salud. Bogotá. Junio 2010.

QUINTANA, Stella. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA. Médicos Sin Fronteras. Bogotá, Colombia. 2001 msfe@cable.net.co

RODRIGUEZ, Carlos Mario. PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD. CIB Primera Edición. Bogotá. 1997

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE TULUA AÑO 2010. Versión 1.0. Tuluá. 2011

VÁZQUEZ ML, SIQUIERA E, KRUIZE I, DA SILVA A, LEITE IC. LOS PROCESOS DE REFORMA Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA. Gaceta Sanitaria. 2002; 16(1): P.30-38.

ANEXO No.1 ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE LAS CAUSAS DE LA NO AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE TULUA

La presente encuesta se aplica a las personas que no cuentan con afiliación a EPS Contributiva o una EPS Subsidiada.

1. PARA LA ATENCION DE LOS SERVICIOS EN SALUD, USTED SE ENCUENTRA AFILIADO AL SISBEN:

- a. SI: Nivel Asignado: I II III
Se siente protegido en salud con el carné que tiene: SI NO Por qué? _____
- b. NO:

2. DATOS DEL ENCUESTADO: (Variables Socio económicas y demográficas)

- a. Nombre y Apellido: _____
- b. No. de Identificación: _____
- c. Edad: _____ d. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino
- e. Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión Libre 5. Otro Cual? _____
- f. Educación: 1. Ninguna 2. Primaria 3. Bachillerato 4. Tecnólogo
5. Universitario 6. Otro Cual? _____
- g. Zona: 1. Urbana Nombre del Barrio: _____
2. Rural: Nombre de Vereda: _____
- h. Situación Laboral: 1. Empleado 2. Independiente 3. Desempleado
- i. Actividad económica: 1. Comerciante 2. Vendedor ambulante 3. Empleada Domestica
4. Transporte Informal 5. Construcción 6. Otro: Cual? _____

3. DONDE ACUDE EN CASOS DE ENFERMEDAD:

- a. Hospital
- b. Clínica particular
- c. Médico particular
- d. Puesto de salud
- e. Medicina Naturista
- f. Farmacia
- g. Otro Cual? _____

4. CAUSAS DE LA NO AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:

- a. Desconocimiento del proceso de afiliación
- b. Desconocimiento de beneficios
- c. Tramitología en la afiliación
- d. Muchos trámites para las citas
- e. Mal servicio
- f. Sin confianza en los médicos
- g. Centro de atención lejano
- h. SISBEN cubre todo
- i. No hay condiciones de empleo
- j. Falta de dinero
- k. Otra Cual? _____

5. SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES _____

Fecha Aplicación de la encuesta: _____

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO: CAUSAS DE LA NO AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE TULUA

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Julián A. Hernández A., Gladis Y. Mera M., Jamileth Pedroza V. y Martha C. Sinisterra M., estudiantes del posgrado Especialización en Administración en Salud de la Universidad Católica de Manizales.

La meta de este estudio es: Conocer las diferentes causas de la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del municipio de Tulúa.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

_____, Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Conocer las diferentes causas de la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del municipio de Tulúa.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Julián A. Hernández A., Gladis Y. Mera M., Jamileth Pedroza V. y Martha C. Sinisterra M. al teléfono 2324614.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: _____

GLOSARIO DE TÉRMINOS PARA EL ENCUESTADOR

Tiempo requerido:

El tiempo estimado para contestar el cuestionario será 15 minutos.

Riesgos y beneficios:

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio.

Compensación:

No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad:

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación voluntaria:

La participación es estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio:

El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

ANEXO 3. ENTREVISTA

Nombre: Norbey Zapata

Cargo: Técnico administrativo de Aseguramiento en salud de la secretaria de salud Municipal de Tuluá Valle

Fecha: Octubre 06/2011

Hora: 02:30 PM

Lugar: Secretaria de Salud Municipal

1) Como es el proceso para la selección de beneficiarios del Subsidio de salud:

El proceso de identificación de usuarios, lo realiza la oficina de aseguramiento de la Secretaría de Salud Municipal con base en dos instrumentos:

- a) El Sisben que realiza la clasificación en niveles I-II-III
- b) Con los listados censales de poblaciones especiales: desplazados, indígenas, habitantes de la calle, niños del ICBF, desmovilizados, etc.

Con la anterior información se define si la persona es beneficiaria o no del subsidio de salud y se direcciona a la EPSS de su elección.

El proceso de afiliación como tal lo realizan las EPSS Emssanar ESS, Cafesalud y Caprecom, a quienes les corresponde verificar las condiciones de la afiliación. Anteriormente se hacían por asignación de cupos en jornadas de afiliación, pero el cambio en la normatividad donde “se cambio el cupo por flujos de recursos directos entre el Ministerio de la Protección Social y la EPSS”. El cumplimiento de la universalización de la salud determinó una afiliación libre y sin barreras para la EPSS; más sin embargo toda persona debe identificarse para saber si es susceptible de recibir el subsidio.

2) Cómo es el proceso para la escogencia de la EPSS

Cada persona lo hace a criterio propio y el Municipio garantiza que si sea de libre elección, la norma señala que al año se puede cambiar de EPSS, pero a la fecha no ha sido reglamentada.

3) Hay aspectos que influyen en la priorización de un usuario a una EPSS

Cumplir con el puntaje del Sisben, encontrarse en condición de embarazo, menores de 18 años, procedencia de zona rural y ser discapacitado.

4) ¿Toda persona puede acceder al subsidio y cómo?

Si, toda persona hombre, mujer adolescente o niño tiene derecho a afiliarse, los menores de 18 años deben de pertenecer a su grupo familiar; pero si es un adolescente con o sin grupo familiar y se encuentra fuera de él puede afiliarse.

5) Un usuario con Sisben nivel I tiene derecho automáticamente a ser afiliado a la EPSS

Sí, pero debe realizar el trámite de afiliación ante la EPSS.

En el momento por encontrarse en el período de Ley de garantías por época electoral se encuentran prohibidas las concentraciones masivas para la promoción y afiliación, pero no están suspendidas las afiliaciones a las EPSS.

6) ¿Los usuarios de Calisalud EPSS que no hicieron la diligencia de traslado a otra EPSS, quedaron desafiados automáticamente?

La afiliación no se pierde por esta razón, las personas que no aparecen es porque no reclamaron el carnet, una persona que no tiene carnet de EPSS, es porque no lo ha necesitado.

7) Cómo hace la alcaldía el proceso de búsqueda de los beneficiarios del subsidio en salud

Mediante jornadas de afiliación conjunto con la EPSS