

**ANALISIS DEL ACCESO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD  
SOCIAL EN SALUD**

**Investigador principal**

**IVIANA QUINTANA HERERA**

**MARYI DIAZ BARRAGAN**

**JEINS TOBIA HURTADO**

(Estudiantes Facultad de Odontología Universidad de Cartagena)

**FARITH GONZALEZ MARTINEZ**

(Odontólogo, Jefe del Departamento de Investigación, Magister en Salud Publica,  
Docente Universidad de Cartagena)

**MÓNICA MARÍA DE LAVALLE ARCHBOLD**

(Odontóloga, Especialista en Gerencia de los servicios de salud, Magister en  
auditoria y sistema de calidad en servicios de salud)

**Universidad de Cartagena**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Programa de Odontología**

**Cartagena**

## Tabla de Contenidos

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	7
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	9
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	10
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	10
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	10
<b>4. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	11
<b>4.1 Derecho a la salud.</b> .....	11
<b>4.2 Continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud.</b> 12	
<b>4.3 Barreras para el acceso a la salud</b> .....	14
<b>4.4 Marco legal</b> .....	14
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	18
<b>5.1 Población y muestra</b> .....	19
<b>5.2 Procedimientos y actividades de medición</b> .....	19
<b>5.3 Análisis estadístico</b> .....	20
<b>6. RESULTADOS</b> .....	22
<b>7. DISCUSIÓN</b> .....	29
<b>8. CONCLUSIÓN</b> .....	32
<b>9. RECOMENDACIONES</b> .....	33
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	34
<b>11. ANEXOS</b> .....	37

## Tabla de Tablas

<b>Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla 2 Factores y barreras de acceso a la salud.....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 3 Frecuencia de acceso a servicios de salud en los individuos de estudio.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabla 4 Asociación del acceso percibido con las características sociodemográficas de los participantes .....</b>	<b>28</b>

## RESUMEN

**Objetivo.** Analizar el acceso al sistema general de seguridad social en salud de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado en el año 2020 en la ciudad de Cartagena, Bolívar. **Métodos.** Estudio descriptivo, de fuente primaria. Se encuestaron en su lugar de atención a 49 afiliados del régimen subsidiado y 51 del régimen contributivo de la ciudad de Cartagena, Bolívar, los cuales se les aplicó un instrumento tipo encuesta para obtener información de las características sociodemográficas y servicios en salud que pudieran estar afectando la percepción del estado de salud. Para el análisis de la información se utilizaron las pruebas estadísticas de frecuencia, media, rango, y porcentajes y para la significancia se utilizó la prueba  $\chi^2$ . **Resultados.** La población encuestada, se pudo encontrar que la mayoría de los afiliados al régimen contributivo y subsidiado residentes de la ciudad de Cartagena, presentaban diversas barreras de acceso al sistema general de seguridad social en salud, entre los que se encuentra, la dificultad a la hora de asistir a sus citas médicas debido a la gran distancia existente entre sus hogares y el lugar donde recibían su asistencia médica. **Conclusión.** Estos testimonios confirman el estado medio con tendencia a bajo del acceso a la salud en los afiliados al régimen contributivo y subsidiado de la ciudad de Cartagena, Bolívar que se manifiesta en carencia en la faltad de oportunidad y el difícil acceso a la hora de prestar su servicio, la movilidad y el transporte, y el cubrimiento de enfermedades cuando no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.

**PALABRAS CLAVE:** Acceso, servicios de salud, barreras, percepción.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad vivimos en una sociedad donde la garantía de los derechos humanos, que se presentan como inalienables e imprescriptibles en su definición; representa cada vez mayor dificultad para los ciudadanos de a pie, debido a diversos trámites burocráticos y problemas administrativos que entorpecen el acceso a unos servicios que son vitales para el desarrollo de los seres humanos; “las Naciones Unidas (ONU) en la que se encuentra incluida Colombia, reconoce que toda persona tiene el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”. Debemos tener en cuenta que el acceso, es entendido como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica. Por otro lado el Ministerio de Salud colombiano define el principio de oportunidad como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Esta situación resulta preocupante ya que al negar tal derecho se le niega a la persona su bien más preciado, una persona con mala salud no podrá estudiar o trabajar adecuadamente y no podrá disfrutar completamente de su vida. De ahí surge la obligación estatal de proporcionar un sistema de atención en salud y protección sanitaria que les garantice a las personas o a la comunidad su buena salud.

Claro está que garantizar el derecho a la salud no garantiza que todas las personas estén sanas. Cabe recordar que la buena salud también depende de una serie de factores biológicos y socioeconómicos que son independientes a la capacidad de intervención del Estado y la voluntad de las personas. La literatura sobre los “itinerarios burocráticos” diversos autores concluye que el sistema de salud puede ser considerado en sí una barrera estructural para el acceso.

Para conseguir los objetivos, la metodología del proyecto se basa en un estudio de percepción a partir de una encuesta a La población afiliada en el régimen contributivo y subsidiado, siguiendo un paradigma cualitativo exploratorio. En este sentido pueden aceptarse como representantes de una población específica que hace parte de las llamadas vulnerables y vulnerables

Investigaciones previas en diferentes poblaciones serán utilizadas para el desarrollo de dicho proyecto, ya que es necesario conocer el punto de vista de diferentes investigadores y también conocer lo investigado en diferentes poblaciones vulnerables y no vulnerables, para así poder llevar a cabo este estudio.

Con los resultados se pretende contribuir al estado del arte del acceso a los servicios de salud en el departamento, aportando datos cuantitativos y cualitativos sobre las condiciones específicas en las que reciben los afiliados al régimen contributivo y subsidiado de los diferentes beneficios en seguridad social

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No obstante, el derecho a la salud si obliga al Estado a proveer atención médica en forma de acceso a un sistema de protección de la salud, de recibir tratamiento preventivo para evitar la propagación de enfermedades, de suministro de medicamentos esenciales, de promoción de la salud materno-infantil, de educación y concienciación sobre la importancia de la salud y la higiene, entre otros aspectos.

Para la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA), son obligaciones del Estado adoptar una política nacional de salud, acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud; crear las condiciones que aseguren a todas las personas en el territorio de su jurisdicción, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad física y mental; proporcionar atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y asegurar que todos los profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y ética.<sup>1</sup>

Conforme con sus obligaciones, Colombia cuenta con diferentes políticas públicas encaminadas a garantizar la calidad de vida de la población en general. Con la Constitución Política de 1991 se sentaron las bases para una sociedad justa e igualitaria, en donde la población, incluidos los más pobres y vulnerables, pudiera encontrar salidas a la problemática social y tener acceso real y efectivo a los servicios de salud. En el artículo 48 de la carta magna se define la seguridad social como un servicio público obligatorio que es responsabilidad del Estado y que se garantiza a todos los habitantes del territorio.

---

<sup>1</sup> Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA), ¿Qué es el derecho a la salud? [En línea] 4 de marzo de 2017. Available from: <https://www.codevida.org/derecho-a-la-salud-y-la-vida/que-es-el-derecho-a-la-salud>

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se pone en práctica este compromiso del Estado y se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, que se define como un conjunto de instituciones y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para mejorar su calidad de vida y cubrir contingencias, especialmente en aspectos como la salud y la capacidad económica.

La ley 100 establece que el servicio de seguridad social se presta con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Establece que el cubrimiento de la población es progresivo e integral y abarca tanto a las personas que se encuentren vinculadas laboralmente como las que no.

Sin embargo, con frecuencia se conocen casos en la cotidianidad y en los medios de comunicación nacionales de ciudadanos que pagan el precio máximo por las dificultades que se presentan en el acceso a los servicios de salud;<sup>2</sup> o visto de otra manera, casos de personas a las cuales se les niega el derecho a la salud y empeoran o mueren esperando recibir la atención necesitada.<sup>3</sup>La situación, conocer las percepciones de los usuarios de poblaciones diferentes a las vulnerables sobre los servicios de salud es fundamental para conocer de primera mano y contrastar el panorama en la atención sanitaria en el país.

Se pretende conocer las posibilidades y dificultades que tienen esta población de nuestro país a los servicios relacionados con la salud; conocemos que existen limitaciones para que se lleve un adecuado proceso y esta población pueda recibir los servicios que solicite relacionado con la salud, lo que se refleja en la calidad de vida de estas personas. Teniendo en cuenta que existen diferentes factores que pueden intervenir en la ejecución y desarrollo de la prestación de estos servicios, factores como lo son; encontrarse en zonas alejadas, en zonas donde haya

---

<sup>2</sup> GOSSAÍN, Juan. Cuando los pacientes de las EPS mueren sin atención. El Tiempo. Bogota. (28 de enero 2014). p 7.

problemas de orden público, extendidos horarios laborales que les dificulta acceder a estos servicios, entre otros.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación tiene como objetivo principal analizar el acceso a los servicios de salud en la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado del La ciudad de Cartagena Bolívar en el 2020, considerando particularmente a esta población ya que hacen parte del régimen de seguridad social, contributivo y subsidiado y por ende, sujetos aptos para hacer una investigación.

Esto puede ser de utilidad para que las instituciones encargadas de vigilar la calidad de dichos servicios, Ministerios o Superintendencias, asuman las transformaciones estructurales necesarias para garantizar el derecho a la salud del cual goza toda la población. La importancia de esta investigación radica, entonces, en el impacto social que pudiera tener en un futuro ya que la información obtenida se va a canalizar a las autoridades competentes. De la misma forma los aportes de conocimiento se suman a un corpus de investigaciones existentes a nivel regional que aborda la problemática de la percepción de calidad en los servicios de salud.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar el acceso al sistema general de seguridad social en salud de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado en el año 2020

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las características sociodemográficas de los participantes.

Identificar los factores que intervienen en el acceso a estos servicios de salud

Establecer con qué frecuencia la población estudiada accede a los servicios en salud.

Relacionar los factores que influyen en el acceso a la salud con las características sociodemográficas de los sujetos.

## 4. MARCO CONCEPTUAL

En el apartado siguiente se desarrollan los fundamentos conceptuales que articularán el análisis de los resultados. Se tratarán de forma sucinta temas como el derecho a la salud según diversos organismos internacionales; asimismo, se trae a colación una serie de principios planteados por diversos autores que hacen parte estructural del derecho a la salud, y cuya garantía y cumplimiento apunta al goce efectivo de ese derecho fundamental. Sin embargo, puede encontrarse en la literatura que se presentan barreras de diferente tipo al momento de acceder a los servicios de salud.

### 4.1 Derecho a la salud.

En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados parte de las Naciones Unidas (ONU) entre ellos Colombia, reconocen que toda persona tiene el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud define el derecho a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. Los Estados deben asegurar ambas libertades y derechos. Lo anterior incluye el derecho al control de la salud y el cuerpo de cada uno, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y la libertad de interferencias como la tortura, el tratamiento médico no consentido y la experimentación. Los derechos incluyen el acceso a instalaciones sanitarias adecuadas y servicios, así como a medidas apropiadas de los Estados en relación con determinantes socioeconómicos de la salud, tales como la comida, el agua y el saneamiento, las condiciones de trabajo seguras y saludables, la vivienda y la pobreza.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, [En línea] 16 de diciembre de 1966. Available from:

<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

<sup>5</sup> Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El derecho a la salud. [En línea]. Available from <https://www.escri-net.org/es/derechos/salud>

Ese “nivel más alto de salud” es posible si las personas gozan de la garantía plena de disponibilidad, acceso, calidad, movilidad, servicios y condiciones para vivir conforme a la dignidad humana.

#### **4.2 Continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud.**

El servicio de salud pública en Colombia se rige por un conjunto de principios que son relevantes en la materialización del derecho a la salud como derecho fundamental. Estos son el principio de la accesibilidad, continuidad, integralidad y oportunidad. Estos principios tienen un carácter integrador, no obstante, en la realidad del sistema de salud Colombiano históricamente estos aspectos son los que más se ven vulnerados y no permiten el goce efectivo del derecho. (6)

Según Martín Zurro [citado en 6, p. 16] continuidad en salud es la: “Atención a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) Y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario)”. La continuidad busca evitar que se deje de prestar un servicio básico para todos los usuarios, que no se vulneren derechos fundamentales como el derecho a la vida.<sup>6</sup>

En la ley Estatutaria 1751 de 2015 se define el principio de la continuidad como aquel en que, “las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”.<sup>7</sup>

Otro principio es el de la integralidad, que se define como la cobertura por parte del servicio público de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población.

---

<sup>6</sup> RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Julio-Diciembre 2019) p. 13-41.

<sup>7</sup> Congreso de Colombia, Ley Estatutaria 1751 de 2015 [En línea] 16 de febrero de 2015. Available from [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

La integralidad consiste en realizar un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que atienden.<sup>8</sup>

Por otra parte, el Ministerio de Salud colombiano define el principio de oportunidad como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Como concepto en la prestación de servicios de salud se puede entender como la capacidad de satisfacer la necesidad de salud de la persona en el momento preciso en que requiere dicho servicio.<sup>9</sup>

El último principio que se aborda es el de acceso, entendido como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica.<sup>10</sup> Dicha capacidad se refiere a características propias del individuo como la edad, el sexo, su estado de salud o la percepción sobre este; del sistema de prestación de servicios, como el portafolio, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención; y del contexto en donde se desenvuelve la persona, como las facilidades de transporte, aspectos propios de la cultura o la convivencia.<sup>11</sup> En Colombia, el concepto de acceso a los servicios de salud se ha intentado explicar operativamente, es decir, como la puerta de entrada al Sistema de Salud que se caracteriza por ser restringida y ajustada a datos e indicadores de cobertura y aseguramiento, por ejemplo, el número de camas hospitalarias por

---

<sup>8</sup> RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Julio-Diciembre 2019) p. 13-41.

<sup>9</sup> RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Julio-Diciembre 2019) p. 13-41.

<sup>10</sup> FRENK, J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Públ Méx. 1985. p. 438-453.

<sup>11</sup> RESTREPO J. SILVA MAYA C. ANDRADE F. VH DOVER R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Vol 13. No 27. (Jul-Dic, 2014). p 242-265.

1000 habitantes, la tasa de médicos por habitantes, el número de consultas de urgencias por cada 10 consultas externas en la red pública, etc.<sup>12</sup>

Se puede establecer una relación entre la accesibilidad, como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar el servicio de salud; y la oportunidad, entendida como la obtención de servicios de salud sin retrasos que pongan en riesgo la vida del usuario. La relación consiste en que mientras el acceso apunta a aspectos geográficos, como la distancia, ubicación, adecuación de las instalaciones; la oportunidad apunta a la acción en un marco apropiado de tiempo.

### **4.3 Barreras para el acceso a la salud**

Entre las investigaciones sobre barreras en el acceso a la salud encontramos el trabajo realizado por Restrepo, Zambrano se identificaron las siguientes barreras más recurrentes, que suelen afectar en mayor medida a personas de menor nivel socioeconómico:

- 1) centros de atención
- 2) mala calidad del servicio
- 3) falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por

Las personas.

- 4) Estigma social, creencias y mitos.<sup>13</sup>

### **4.4 Marco legal**

---

<sup>12</sup> RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Im

plicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Julio-Diciembre 2019) p. 13-41.

<sup>13</sup> RESTREPO J. SILVA MAYA C. ANDRADE F. VH DOVER R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Vol 13. No 27. (Jul-Dic, 2014). p 242-265.

En el contexto internacional la preocupación por el acceso a los servicios de salud se encuentra en la agenda internacional para el desarrollo. Para las Naciones Unidas la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible, con ese propósito surge el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y bienestar, que en términos generales busca garantizar la cobertura universal integral en los países en vías de desarrollo.<sup>14</sup>

En Colombia la legislación y la jurisprudencia funcionan para que el acceso, la calidad y la equidad en los servicios de salud puedan realizarse mediante la cobertura del seguro de salud. A lo largo de la historia han transcurrido una serie de cambios normativos, doctrinales y jurisprudenciales, es así como en la década de los 80 en el Sistema Nacional de Salud, a partir de la Ley 10 de 1990 se establecieron unos principios básicos e incipientes que buscaban establecer un servicio público de salud, entre ellos se encontraban la universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional.<sup>15</sup>

Posteriormente con la Ley 100 de 1993 se dieron cambios influenciados por las tendencias neoliberales del contexto global.<sup>16</sup>

2. Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades

3. Llevar los registros contables y estadísticos necesarios para determinar el estado de los aportes y garantizar un estricto control del uso de los recursos y constituir una base de datos del personal afiliado, con el fin de cumplir todas las obligaciones que en materia prestacional deba atender

---

<sup>14</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Objetivos de Desarrollo Sostenible [En línea] Available from <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>

<sup>15</sup> RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Jul-Dic 2019). p. 13-41.

<sup>16</sup> GÓMEZ R. NIETO E. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? Rev Peru Med Exp Salud Publica Vol 31. No 4. (Sep 2014). p. 733-739.

. El servicio basándose en estos principios garantiza:

- La atención ambulatoria y hospitalaria en los distintos niveles de complejidad de la red de servicios.
- La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
- El traslado de los pacientes.
- La atención domiciliaria, que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico – funcionales.

Recientemente la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) ha tomado varios elementos del Derecho para resaltar su naturaleza como derecho fundamental. Por medio de esta Ley se regula el derecho a la salud en el país.

Según dicha ley, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”<sup>17</sup>

Esta ley ha buscado tener un mayor alcance al regular sobre los ámbitos de la práctica profesional en relación con la autonomía médica y la relación médico-paciente, relación histórica que define la percepción de los usuarios acerca del servicio de salud que reciben.<sup>18</sup>

La ley 1751 de 2015 recoge varios elementos, principios y aspectos relacionados con la prestación de los servicios de salud con el fin de clarificar, unificar y validar conceptos clave que permitan la materialización del derecho a la salud, ahora reconocido oficialmente como fundamental.

---

<sup>17</sup> Congreso de Colombia, Ley Estatutaria 1751 de 2015 [En línea] 16 de febrero de 2015. Available from [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

<sup>18</sup> RESTREPO J. SILVA MAYA C. ANDRADE F. VH DOVER R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Vol 13. No 27. (Jul-Dic, 2014). p 242-265.



## 5. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo y exploratorio para conocer las opiniones y experiencias de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado de la ciudad de Cartagena bolívar, lo que permitió destacar las principales barreras de acceso a los servicios de salud en esas poblaciones específica afiliada al Sistema de Seguridad Social en salud.

El instrumento seleccionado fue una encuesta diseñada y validada por los autores, el cual presentaba 21 preguntas diferentes sobre el servicio de salud, en donde habían distintas opciones de respuestas; aplicada a 49 personas del régimen subsidiado y 51 del régimen contributivo los cuales representan la totalidad (100%) de una muestras de 200 de la población de los afiliados del régimen de salud en encuestado en la ciudad de Cartagena. La información recolectada en el trabajo de campo se procesó usando el software de análisis de datos Excel, stata y se construyeron tablas

El análisis del acceso se realiza a partir de los principios de integralidad, oportunidad accesibilidad y continuidad. En este documento vamos a determinar los servicios de salud que utiliza la población encuestada, las principales barreras que encuentran al momento de usarlos y también su percepción sobre el sistema de prestación de salud.

Los sujetos fueron seleccionados a partir de sus características sociodemográficas, su profesión, su nivel cultural y su vinculación al régimen de seguridad social al cual pertenecían,. Se consideraron los afiliados al régimen contributivo y subsidiado de la ciudad de Cartagena debido a que son sujetos idóneos para observar la percepción de la calidad del servicio de salud debido a su nivel académico, y su pertenencia a los dos régimen a los cuales están afiliados. El muestreo se realizó siguiendo un procedimiento aleatorio, de tal manera que se conformara una muestra de distribución.

La encuesta se aplicó en el lugar de atención donde los participantes acuden a sus citas de atención médicas prestada. Las pruebas estadísticas usadas en el análisis fueron no paramétricas. Para obtener el porcentaje global de la población de los encuestados según la percepción que referían en cuanto a oportunidad y acceso a los servicios de salud; se tuvo en cuenta los datos analizados en Excel, en donde se clasificaron las preguntas encaminadas a los 2 principios antes mencionados, para luego realizar dos tablas de frecuencia; y otra de acceso, con el fin de determinar el rango de cada uno

## **Materiales y Métodos**

### **5.1 Población y muestra**

Se realizó un estudio cuantitativo y exploratorio para conocer las opiniones y experiencias de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado de la ciudad de Cartagena, Bolívar, lo que permitió destacar las principales barreras de acceso a los servicios de salud en poblaciones específicas, afiliadas al Sistema de Seguridad Social en salud del año 2020 en dicha ciudad.

En esta investigación el total de la muestra aleatorizada fue de 100 individuos, entre régimen contributivo y subsidiado, aplicando a 49 personas del régimen subsidiado y 51 del régimen contributivo los cuales representan la totalidad (100%) de la muestra escogida, para dar un total de 100 en la población de los afiliados del régimen de salud encuestado en la ciudad de Cartagena.

### **5.2 Procedimientos y actividades de medición**

El instrumento seleccionado fue una encuesta diseñada por los autores y validada previamente a través de un piloto con sujetos voluntarios. Por los autores, la cual presentaba 21 preguntas diferentes sobre el servicio de salud, en donde había

distintas opciones de respuestas. La encuesta se aplicó en el lugar de atención donde los participantes acuden a sus citas de atención medicas prestada, seguidamente se aplicó el instrumento, donde se fue recolectando la información requerida por la población escogida del régimen subsidiado y contributivo de la ciudad de Cartagena Bolívar.

Los sujetos fueron seleccionados a partir de sus características sociodemográficas, su profesión, su nivel cultural y su vinculación al régimen de seguridad social al cual pertenecían, Se consideraron los afiliados al régimen contributivo y subsidiado de la ciudad de Cartagena debido a que son sujetos idóneos para observar la percepción de la calidad del servicio de salud debido a su nivel académico, y su pertenencia a los dos regímenes a los cuales están afiliados. El muestreo se realizó siguiendo un procedimiento aleatorio, de tal manera que se conformara una muestra de distribución.

### **5.3 Análisis estadístico**

La información recolectada en el trabajo de campo se procesó usando el software de análisis de datos Excel, STATA y se construyeron tablas. El análisis del acceso se realiza a partir de los principios de integralidad, oportunidad accesibilidad y continuidad. En este documento se determinaron los servicios de salud que utiliza la población encuestada, las principales barreras que encuentran al momento de usarlos y también su percepción sobre el sistema de prestación de salud. Las pruebas estadísticas usadas en el análisis fueron no paramétricas. Para el análisis de la información se utilizaron las pruebas estadísticas de frecuencia, media,

rango, y porcentajes. Para obtener el porcentaje global de los encuestados según la percepción que referían en cuanto a oportunidad las características sociodemográficas y acceso a los servicios de salud; Los datos fueron analizados en el programa STATA en donde se clasificaron las preguntas encaminadas a los 2 principios antes mencionados, Los valores del puntaje global, los fueron: bajo (0-7), medio (8-14) y alto (mayor a 14) Además, se realizó un análisis del cruce de las variables sociodemográficas y el puntaje global sobre el nivel de acceso a servicios de la salud, asociadas al porcentaje del valor de  $P$  (0.05). A partir de la prueba  $\chi^2$  para evaluar la significancia de la asociación.

## 6. RESULTADOS

En la tabla 1. Se puede apreciar la frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los afiliados al sistema de salud; donde en el régimen contributivo nos dio un porcentaje mayor en el sexo femenino de un 56,8 % y un porcentaje menor de un 43,1 % en el sexo masculino y un porcentaje mayor del sexo femenino con un 57,1 % y un menor porcentaje en el sexo masculino de un 42,8 % en el régimen subsidiado.

Vemos también que la edad promedio fue entre los 30 y 60 años (58,8%) para el régimen contributivo y en el régimen subsidiado el 53,0% fue de menores de 30 años. Cabe destacar que, en la totalidad de los encuestados, se arrojó que la ocupación de éstos se encuentra en un mayor porcentaje; aquellos que son estudiantes en un 34,6% y trabajadores independientes 29,4%.

En la Tabla 2 se identificaron los factores y barreras de acceso a la salud, en cuanto a la atención que brindan las EPS a sus afiliados. En cuanto a la pregunta sobre la satisfacción de los encuestados con la atención de salud prestada, obtuvimos un porcentaje de 87,7 % y un 25,4 para quienes si están satisfechos en el régimen subsidiado y en el régimen contributivo respectivamente. Sobre la pregunta si los últimos seis meses han utilizado los servicios odontológicos que le brinda su EPS, la respuesta ha sido un no para un porcentaje de 81,6 % en el régimen subsidiado y un 74,5 informo que sí. La pregunta sobre si el prestador de servicios de salud al cual asiste se encuentra alejado de su residencia; Los resultados arrojaron que un 69,3% afirma que no en el régimen subsidiado y en el

régimen contributivo un 58,8% dijo que sí. En cuanto a la pregunta de si existen dificultades para conseguir el transporte hacia el prestador de servicios de salud; en los encuestados del régimen subsidiado el 89,7% nos informó que no y en el régimen contributivo 82,3% informo que sí. En cuanto a la medición de la calidad del servicio de salud de las EPS, la encuesta arrojó un 53,0 % y un 58,0 % como regular en el régimen subsidiado y régimen contributivo respectivamente.

En la Tabla 3, de frecuencia de acceso a servicios de salud en los individuos de los estudios se halló que la mayor frecuencia de acceso percibido fue el nivel bajo con el 62 %.

En la Tabla 4. Al evaluar la asociación entre el acceso a los servicios de salud y las características sociodemográficas no se encontró significancia con ninguna de las variables ( $p > 0.05$ ).

**Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra**

Variables	Régimen de afiliación		Total
	Contributivo (n = 51)	Subsidiado (n = 49)	
Sexo	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Femenino	29(56,8)	28(57,1)	57
Masculino	22(43,1)	21(42,8)	43
Edad			
<30 años	16(31,3)	26(53,0)	42
30-60 años	30(58,8)	20(40,8)	50
>60 años	5(9,8)	3(6,12)	8
Ocupación			
Desempleado	1(1,96)	1(2,0)	2
Estudiante	8(15,68)	17(34,6)	25
Independiente	15(29,41)	14(28,5)	29
Profesional	12(23,52)	7(14,2)	19
Técnico	6(11,76)	3(6,1)	9
Amas de casa	8(15,68)	7(14,2)	15

Pensionado	1(1,96)	0 (0)	1
<b>Total</b>	<b>51(51)</b>	<b>49 (49)</b>	<b>100</b>

**Tabla 2 Factores y barreras de acceso a la salud**

Ítems	Régimen subsidiado		Régimen contributivo	
	Si (%)	No (%)	Si %)	No(%)
4. Usted está satisfecho con la atención de salud prestada?	43(87,7)	6 (12,2)	13(25,4)	37(72,5)
5. Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	19(38,7)	30(61,2)	28(54,9)	23(45,0)
6. En los últimos 6 meses ha utilizado los servicios médicos que le brinda su EPS	9(18,3)	40(81,6)	38(74,5)	13 (25,4)
7. El prestador de servicios de salud al cual asiste se encuentra alejado de su residencia?	15(30,6)	34(69,3)	30(58,8)	21 (41,1)
8. Usted tiene dificultades para conseguir el transporte hacia el prestador de servicios de salud?	5(10,2)	44(89,7)	42(82,3)	9(17,6)
9. usted tiene que pagar un momento de dinero por la atención de salud recibida	4 (8,16)	45(91,8)	2 (3,92)	49 (96,0)
10. Si su respuesta anterior es afirmativa, En algún momento no lo han atendido por no pagar el monto cobrado	3(6,12)	46(93,1)	44(86,2)	7 (13,7)
11. Usted logra conseguir permisos en el trabajo para cumplir las citas de atención médicas?	42(85,7)	7(14,2)	3 (5,88)	48(94,1)
12. Los servicios que requiere los cubre el sistema de salud al cual está afiliado?	45(91,8)	4(8,16)	2(3,92)	49(96,0)
13. En algún momento usted ha padecido una enfermedad que no cubra el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC (antiguo POS)	2(3,76)	47(95,9)	50(98,0)	1(1,96)
14. Usted considera que si llegara a presentar una enfermedad que no cubra el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC (antiguo POS) va a recibir los servicios necesarios por parte de su EPS?	21(42,8)	28(57,1)	23(45,0)	28 (54,9)
15. En algunos casos usted ha tenido que trasladarse a otra ciudad para recibir su tratamiento?	5(10,2)	44(89,7)	43(84,3)	8(15,6)
16. Este tipo de traslados han sido realizados con una frecuencia superior a dos veces al mes?	3(6,12)	46(93,8)	50(98,0)	1(1,96)

17. En algún momento usted ha usado recursos propios y /o familiares para cubrir la atención en salud?	21(42,8)	28(57,8)	33(64,7)	18(35,2)
--	----------	----------	----------	----------

**Continuación tabla 2.**

Ítems	Régimen subsidiado			Régimen contributivo				
	Bueno	Regular	Malo	Muy difícil	Muy fácil	fácil	Difícil	Muy difícil
18. Como considera la calidad del servicio de salud que su EPS le brinda a usted cómo afiliado.	19(38,7)	26(53,0)	4(8,16)					
				21(41,1)	30(58,0)	0(0)		
19. En los últimos seis meses que tan fácil considera usted el acceso a los siguientes servicios de salud a través de su EPS: ¿exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias?								
	<b>Muy fácil</b>	<b>Fácil</b>	<b>Difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Muy fácil</b>	<b>fácil</b>	<b>Difícil</b>	<b>Muy difícil</b>
	3 (6,1)	20 (40,8)	24 (48,9)	2 (4,1)	30 (58,8)	18 (35,2)	0 (0,0)	3 (5,9)
20. ¿En algún momento le han negado la atención en salud?								
	<b>Si</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>			
	4(8,16)	45 (91,8)		46(90,1)	5 (9,8)			
21. ¿Ha tenido dificultad a la hora de solicitar su cita sí o no?								
	24(48,9)	25 (51,0)		39(76,4)	12 (23,5)			

**Tabla 3 Frecuencia de acceso a servicios de salud en los individuos de estudio**

<b>Acceso a salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentage</b>
Bajo (0-7)	62	62
Medio (8-14)	38	38
Alto (>14)	0	0
<b>Total</b>	100	100

**Tabla 4 Asociación del acceso percibido con las características sociodemográficas de los participantes**

Características	Acceso a servicios de salud			valor p
	Bajo	Medio/alto	Total	
<b>Edad (años)</b>	n (%)	n (%)		
<30	22 (52,3)	20 (47,6)	42	
30-60	36 (72,0)	14 (28,0)	50	0,11
>60	4 (50,0)	4 (50,0)	8	
<b>Sexo</b>				
femenino	36 (73,2)	21 (36,8)	57	
masculino	26 (60,5)	17 (39,5)	43	0,78
<b>Ocupación</b>				
desempleado	1 (50,0)	1 (50,0)	2	
estudiante	14 (56,0)	11 (44,0)	25	
independiente	21 (72,4)	8 (27,6)	28	
profesional	11 (57,9)	8 (42,11)	15	0,09
técnico	5 (55,7)	4 (44,44)	10	
ama de casa	10 (66,7)	5 (33,33)	19	
pensionado	0 (0,0)	1 (100,00)	0	
<b>Régimen afiliación</b>				
contributivo	28 (54,9)	23 (45,1)	51	
subsidiado	34 (69,4)	15 (30,6)	49	0,13
<b>Total</b>	62	38	100	

## **7. DISCUSIÓN**

Los hallazgos encontrados en la investigación de este estudio, revelaron baja tendencia de acceso a servicios de salud de los individuos, así mismo, se pudo evidenciar diversos factores asociados a barreras y factores de acceso como la mala calidad del servicio prestado por las entidades encargadas, las grandes distancias existentes entre los hogares de los individuos y los centros de atención médica y la falta de recursos económicos, además intervienen factores por parte de las EPS (empresa prestadora de servicio de salud) como la falta de disponibilidad a tratamientos médicos, falta de incentivos para la movilidad de los usuarios hacia el lugar de la EPS; y pocas campañas para incentivar la promoción y prevención de las enfermedades.

Teniendo en cuenta todos estos factores y barreras al compararlos con diversas literaturas referentes al tema, se encontró, que de una u otra forma coinciden con los hallazgos expuestos anteriormente. Dado que se relaciona con las barreras del acceso a la salud encontradas en la ciudad de Cartagena Bolívar, con otras ciudades del país.

Puesto que Una de las principales barreras del acceso a la salud en esta investigación concuerdan con lo estudiado en la literatura como lo expone Jairo Humberto, donde se encontraron barreras al acceso a la salud como lo son la financiación de los transportes, el desconocimiento en los derechos de los usuarios del servicio. Las dificultades de la distancia geográfica. También se

encontraron otras barreras como lo son la congestión del sistema y la falta de información al momento de solicitar los servicios.<sup>19</sup>

Así mismo en el artículo del autor Guillermo Sánchez V y col. Clasificaron las barreras de acceso como 1. Barreras estructurales (La posición socioeconómica) 2. Barreras intermedias (Las barreras geográficas: más allá de distancias) donde hace referencia a que las barreras geográficas se mueven en dos escenarios, las que se experimentan en las grandes urbes y las que se presentan en la ruralidad. Adicionalmente, se ven afectadas de forma diferencial; ahora bien, teniendo en cuenta el estudio realizado en la ciudad de Cartagena Bolívar, este artículo apoya significativamente los resultados evidenciados, ya que también se encontraron barreras en el acceso de salud como es la barrera geográfica y socioeconómica, siendo estas, influyentes a que el acceso a la salud en la ciudad de Cartagena Bolívar sea medio.<sup>20</sup>

Por otro lado, es importante anotar que la distancia no solo es espacial, sino que también puede ser económica o social, debido a falta de recursos o al desconocimiento de cómo desenvolverse en ciertas zonas de la ciudad o la falta de conocimiento sobre derechos y deberes de los usuarios se constituye en una barrera para acceder a los servicios de salud.<sup>20</sup>

De tal modo, que la autora Ingrid Vargas-Lorenzo y col. Hace referencias a puntos muy importante de acuerdo a los resultados de la investigación, En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, los estudios que apuntan dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y con

elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Llama la atención que la barrera geográfica y la calidad surjan como causa del no uso de servicios entre los usuarios. La primera podría reflejar deficiencias importantes en la contratación de proveedores, por parte de las aseguradoras, así como la concentración de los prestadores privados en determinadas áreas - con nivel socioeconómico más elevado y urbanas, La mala calidad como causa creciente del no uso podría estar relacionada también con las dificultades al acceso que imponen las aseguradoras, los proveedores en un modelo de competencia regulada. Y esto llevaría a unas barreras para que los usuarios tengan un bajo acceso a los servicios de salud.<sup>21</sup>

Por lo dicho anterior mente se hace relevancia a lo expuesto por la autora Ana soja: Los grados de equidad van a estar determinados originalmente por los modelos de aseguramiento y de financiamiento de la salud. La igualdad de acceso a los servicios para quienes posean iguales necesidades, independientemente de sus ingresos y de su capacidad de pago, está íntimamente relacionada con la vigencia de los principios de solidaridad, universalidad y equidad.<sup>22</sup>

## 8. CONCLUSIÓN

De acuerdo con la investigación realizada sobre el Análisis del acceso al sistema general de seguridad social en salud de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado en la ciudad de Cartagena Bolívar. Se pudo concluir, que La importancia de esta investigación radica, en el impacto social que puede tener en un futuro ya que la información obtenida se puede canalizar para las autoridades competentes. De la misma forma los aportes de conocimiento se suman a un corpus de investigaciones existentes a nivel regional que aborda la problemática de la percepción de calidad en los servicios de salud, Priorizando los hallazgos obtenidos en los resultados como: bajo acceso a los servicios de salud, siendo esta la principal falencia por causas de barreras como: la mala calidad del servicio; la distancia al centro de salud donde recibe los servicios y la falta de recurso económico y Factores por parte de las EPS (empresa prestadora de servicio de salud) como: la Falta de disponibilidad a tratamientos; Falta de incentivos para la movilidad de los usuarios hacia el lugar de la EPS; pocas campañas para incentivar la promoción y prevención de las enfermedades, que impiden alcanzar Los principios de solidaridad, universalidad y equidad.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Es pertinente evaluar la viabilidad en tiempo y costos de una investigación sobre percepción de servicios de salud en los afiliados al régimen en salud subsidiado y contributivo del departamento de Bolívar, en aras de abarcar a los afiliados del régimen en salud del departamento y se obtenga un diagnóstico objetivo que incida en políticas públicas relacionadas con el tema de investigación.
- Se deben incluir otras técnicas como el grupo focal y la entrevista a profundidad para reforzar la información obtenida por medio de encuesta. De esta forma se busca profundizar en la información relacionada con el tema de investigación.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. GOSSAÍN, Juan. Cuando los pacientes de las EPS mueren sin atención. El Tiempo. Bogota. (28 de enero 2014). p 7.
2. GOSSAÍN, Juan. Cuando los pacientes de las EPS mueren sin atención. El Tiempo. Bogota. (28 de enero 2014). p 7.
3. Sánchez V G, Laza V C, Estupiñán G C, Estupiñán G L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev Fac Nac Salud Publica. 2014;32:305-13.
4. Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, [En línea] 16 de diciembre de 1966. Available from: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
5. Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El derecho a la salud. [En línea]. Available from <https://www.escr-net.org/es/derechos/salud>
6. RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Julio-Diciembre 2019) p. 13-41.
7. Congreso de Colombia, Ley Estatutaria 1751 de 2015 [En línea] 16 de febrero de 2015. Available from [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
8. RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Julio-Diciembre 2019) p. 13-41.
9. RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Julio-Diciembre 2019) p. 13-41.
10. FRENK, J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Públ Méx. 1985. p. 438-453.
11. RESTREPO J. SILVA MAYA C. ANDRADE F. VH DOVER R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Vol 13. No 27. (Jul-Dic, 2014). p 242-265.
12. RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Im
13. RESTREPO J. SILVA MAYA C. ANDRADE F. VH DOVER R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Vol 13. No 27. (Jul-Dic, 2014). p 242-265.

14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Objetivos de Desarrollo Sostenible [En línea] Available from <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- 15.<sup>1</sup> RAMÍREZ A. ROCHA D. DURANGO L. RODRÍGUEZ S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. Vol 7 No.2. (Jul-Dic 2019). p. 13-41.
16. GOMEZ R. NIETO E. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? Rev Peru Med Exp Salud Publica Vol 31. No 4. (Sep 2014). p. 733-739.
17. Congreso de Colombia, Ley Estatutaria 1751 de 2015 [En línea] 16 de febrero de 2015. Available from [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
18. RESTREPO J. SILVA MAYA C. ANDRADE F. VH DOVER R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Vol 13. No 27. (Jul-Dic, 2014). p 242-265.
19. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerencia Políticas Salud. 2014;13:242-65.
20. Sánchez V G, Laza V C, Estupiñán G C, Estupiñán G L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev Fac Nac Salud Publica. 2014;32:305-13.
21. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollan-Pérez copyright AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. Salud Publica. 2010;12:701-12.
22. Oliveros López, V. I., Rodríguez Díaz, Z. S. y Sandoval Guzmán, S. A. (2019). La calidad de atención en salud vida EPS (Tesis de posgrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá. Recuperado de <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/12663>
23. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger J-P. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. BMC Health Serv Res. diciembre de 2010;10(1):297.
24. Jairo Humberto Restrepo Zea LPCB Juan José Espinal Piedrahita, Restrepo JH, Piedrahita JJE, Bustamante LPC. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? [Internet]. Grupo de

Economía de la Salud; 2018 nov. Report No.: 017403. Disponible en:  
<https://ideas.repec.org/p/col/000110/017403.html>

25. Vargas I, Unger J-P, Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia: EFFECTS OF MANAGED CARE ON HEALTHCARE ACCESS. Int J Health Plann Manage. enero de 2013;28(1):e13-33.
26. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. Gerencia Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 13 de octubre de 2020];13(27). Disponible en:  
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11957>
27. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes : estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquéen [Internet]. 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/18884>
28. García-Ubaque JC, Quintero-Matallana CS. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Rev. Salud Pública. octubre de 2008;10(4):583-92.
29. Red-DESC. El derecho a la salud [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.escri-net.org/es/derechos/salud>
30. Ministerio de Salud. República de Colombia. Acceso a Servicios de Salud en Colombia [Internet]. MinSalud; 2019 [citado 21 de agosto de 2019]. Disponible en:  
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>
31. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. Casos de barreras de acceso registrados en sistema de información de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá [Internet]. 2015 [citado 21 de septiembre de 2019]. Disponible en:  
<Http://www.saludcapital.gov.co/Empalme%20del%20Sector%20Salud%2020122016/DIRECTIVA%2009%20DE%202015/1%20%20DIAGNOSTICO%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.pdf>
32. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública México. 10 de noviembre de 2014;27(5):438-53.

## 11. ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ he sido invitado a participar en la investigación titulada **“ANÁLISIS DEL ACCESO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”**, a través del cual he sido informado que el participar en el presente estudio no se presentará ningún riesgo en mi salud, en mi trabajo y en mi privacidad. Además, se me ha confirmado que la encuesta que debo diligenciar está dirigida a evaluar las dificultades de acceso que se presentan en la seguridad social en salud, al cual se encuentran afiliados los participantes. He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como sujeto de estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera la relación con los investigadores. He leído con detenimiento el presente documento de consentimiento informado para el estudio que se está aplicando y avalo mi participación a través de mi firma.

Firma del participante \_\_\_\_\_

Firma del testigo 1 \_\_\_\_\_

Firma del testigo 2 \_\_\_\_\_

Firma del Investigador principal del estudio \_\_\_\_\_

Para cualquier duda pueden comunicarse a la universidad de Cartagena teléfono 6698182 ext. 110 o al correo [fgonzalezm1@unicartagena.edu.co](mailto:fgonzalezm1@unicartagena.edu.co)

**Encuesta del proyecto titulado análisis del acceso al sistema general de seguridad social en salud**

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Con la siguiente encuesta queremos conocer su opinión acerca del servicio de salud que le esté brindando el régimen de seguridad social en salud en el cual se encuentra afiliado.

**En las siguientes 12 preguntas debe responder con una “x” si su respuesta es SÍ o NO**

PREGUNTAS	SI	NO
1. Usted actualmente está afiliado a una EPS		
2. Si la respuesta anterior es positiva, responda: se encuentra afiliado al régimen contributivo?		
3. Se encuentra afiliado al régimen subsidiado?		
4. Usted está satisfecho con la atención de salud prestada?		
5. Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad		
6. En los últimos 6 meses ha utilizado los servicios odontológico que le brinda su EPS		
7. El prestador de servicios de salud al cual asiste se encuentra alejado de su residencia?		
8. Usted tiene dificultades para conseguir el transporte hacia el prestador de servicios de salud?		
9. usted tiene que pagar un momento de dinero por la atención de salud recibida		
10. Si su respuesta anterior es afirmativa, En algún momento no lo han atendido por no pagar el monto cobrado		
11. Usted logra conseguir permisos en el trabajo para cumplir las citas de atención medicas ?		
12. Los servicios que requiere los cubre el sistema de salud al cual está afiliado?		

**En las preguntas 13 a 16 debe responder con una “x” si su respuesta es SÍ o NO**

PREGUNTAS	SI	NO
13. En algún momento usted ha padecido una enfermedad que no cubra el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC ( antiguo POS)		
14. Usted considera que si llegara a presentar una enfermedad que no cubra el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC (antiguo POS) va a recibir los servicios necesarios por parte de su EPS?		
15. En algunos casos usted ha tenido que trasladarse a otra ciudad para recibir su tratamiento?		
16. Este tipo de traslados han sido realizados con una frecuencia superior a dos veces al mes?		
17. En algún momento usted ha usado recursos propios y /o familiares para cubrir la atención en salud?		

**En las preguntas 18 debe responder con una “x” si su respuesta es BUENO, REGULAR o MALO**

18. Como considera la calidad del servicio de salud que su EPS le brinda a usted cómo afiliado?

Bueno\_\_\_ Regular\_\_\_ Malo\_\_\_

**En la pregunta 18 debe responder con una “x” si su respuesta es MUY FÁCIL, FÁCIL, DIFÍCIL, MUY DIFÍCIL**

1. En los últimos seis meses que tan fácil considera usted el acceso a los siguientes servicios de salud a través de su EPS: ¿exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias?

Muy fácil\_\_\_ Fácil \_\_\_ Difícil\_\_\_ Muy difícil\_\_\_

**En las preguntas 20 a 21 debe responder si o no y justificar su respuesta**

20. En algún momento le han negado la atención en salud?

Porque razón?

21. Ha tenido dificultad a la hora de solicitar su cita sí o no