

BARRERAS DE ACCESO EN LA INSCRIPCIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO
DE MELGAR TOLIMA

Diana Ximena Ramos Garzón

Escuela Superior de Administración Pública ESAP

Pregrado Administración Pública Territorial

CETAP Melgar – Décimo Semestre

Melgar – Tolima

2021

BARRERAS DE ACCESO EN LA INSCRIPCIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO
DE MELGAR TOLIMA

Monografía

Diana Ximena Ramos Garzón

Presentado al Docente Tutor
Óscar Salazar Duque

Escuela Superior de Administración Pública ESAP
Pregrado Administración Pública Territorial
CETAP Melgar – Décimo Semestre
Melgar – Tolima
2021

Resumen

La experiencia adquirida en el ámbito de la salud ha permitido conocer de lleno las situaciones que se presentan cuando el ciudadano en condición de usuario requiere algún tipo de servicio y sino registra en las bases que las EPS-S remiten a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), hace que la adquisición de los servicios de salud se convierta en una barrera, debido a que no existe una correlación entre ellos.

Cabe agregar, el usuario desprotegido del sistema no disfruta del derecho a una salud digna y se convierte en un problema socioeconómico para el Estado, así que, la intención es poder identificar los inconvenientes y dificultades que limitan a aquellos ciudadanos gozar de una cobertura universal.

Dado el anterior planteamiento de la situación problemática se formula el siguiente interrogante que guiará la monografía: ¿Cuáles son las barreras que impide a una parte de la población no estar asegurados y recibir los servicios requeridos? este interrogante ha sido formulado para el punto de partida de este estudio de investigación.

El presente proyecto tiene puesta su mirada en poder conocer el actuar en las gestiones administrativas de la Secretaría de Salud y las EPS para garantizar el derecho a la salud. Por tanto, se apoyará como músculo institucional para el fortalecimiento y mejoras continuas a los procesos concernientes de la Administración Pública enfocada a este sector.

Su finalidad coteja un esquema básico, con fuentes de información en trabajo de campo, este lugar de estudio es llevado a cabo en el municipio de Melgar *In situ*, específicamente en su Secretaría de Salud, la Empresa Sociales del Estado (ESE) Central de Urgencias Louis Pasteur y, a través de encuestas realizadas a ciudadanos; el control que se tendrá sobre las variables de la investigación es no experimental o ex- post-facto, de manera transversal o transeccional, con un alcance explicativo.

El proyecto de investigación se hará de forma de trabajo de campo, por motivo de que las IPS, que deben obtener los datos de los afiliados al RS no cuentan con un registro ajustado a la realidad de ello.

El municipio de Melgar específicamente en la Secretaría de Salud y la ESE.

¿Por qué Melgar?, porque es el municipio del que se logra mayor precisión para abordar algunos casos donde se evidencia este problema, ¿por qué la ESE?, porque es la única que existe en el municipio y se cuenta con acceso a esta.

El municipio, ubicado en el oriente del Departamento del Tolima, es un ente territorial de cuarta categoría y cuenta con 43.873 habitantes (Municipio de Melgar, 2021) y no se tiene un dato estimado de cuántas personas están afiliadas o dependen a este, a través de encuestas que responderán algunos ciudadanos, con un alcance explicativo.

La salud es un derecho público fundamental y el más conexo con el derecho a la vida, en efecto ha sido siempre una de las principales problemáticas de la Administración Pública (AP), por ende, se busca identificar cuáles son las razones que conllevan a que existan ciudadanos del municipio sin cobertura en salud y hasta qué alcances pueden llegar la no prestación de los servicios de salud cuando no existe ese vínculo entre ciudadano y Estado, teniendo en cuenta que, la salud es una de los Derechos fundamentales que debe gozar una persona.

Al faltar información de la población en el sistema de salud causa que cierta población esté excluida del RS, lo que genera que el derecho universal a la salud no sea garantizado. En efecto, al existir un cierto porcentaje de población flotante genera una falta de acceso oportuno a la cobertura en salud.

Palabras clave: Entidades Prestadoras de Salud, Acceso, Afiliación, Barreras, Régimen Subsidiado.

Tabla de contenido

1.	Introducción	7
2.	Justificación	7
3.	Estado del Arte.....	8
2.	Marcos.....	10
2.1	Marco Teórico.....	10
2.2	Marco Conceptual.....	11
2.2.1	Régimen Subsidiado	11
2.2.2	Accesibilidad.....	12
2.3	Marco Legal	13
2.3.1	Artículo 44 Constitución Política de Colombia.....	13
2.3.2	Artículo 49 Constitución Política de Colombia.....	14
2.3.3	Ley 100 de 1993.....	14
2.3.4	Ley 1122 de 2007.....	15
2.4	Marco Referencial.....	18
2.5	Marco Temporal.....	18
3	Planteamiento del Problema	18
4	Objetivos.....	20
4.1	Objetivo General.....	20
4.2	Objetivos Específicos.....	20
5	Metodología	20
5.2	Recolección y procesamiento de la información	22
7.2	Tipo de estudio.....	24
7.3	Población.....	24
7.3.2	Población Estudio	25

7.3.3 Criterios de inclusión	25
7.3.4 Criterios de exclusión	25
7.4 Diseño Muestra	25
7.4.1 Tamaño de muestra	25
7.4.2 Muestreo	27
7.5 Descripción de las variables.....	27
7.6 Técnicas de recolección de información.....	27
7.6.1 Técnicas de recolección. La información se obtuvo por medio de la aplicación	27
7.6.3 Proceso de Obtención de la Información.	28
7.6 Control de errores y sesgos	28
7.7 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	28
11. Referencias.....	34

Listado de Tablas

Tabla 1. Causas y efectos.....	19
Tabla 2. Aproximación a una taxonomía de tipos de investigación.	20
Tabla 3 Cronograma de actividades.....	24
Tabla 4 Operacionalización de las Variables.....	27
Tabla 5 Resultados.....	29
Tabla 6 Escenarios futuros.....	30

Listado de Figuras

Figura 1 Cálculo del tamaño de una muestra.....	26
Figura 2 Barreras de Acceso al Régimen Subsidiado	29

1. Introducción

La presente monografía tiene como finalidad conocer de fondo el sistema de afiliación en salud al Régimen Subsidiado (RS) en el municipio de Melgar Tolima, específicamente sus alcances para proveer la cobertura a los ciudadanos sin capacidad de pago.

A partir de la revisión de diferentes recursos bibliográficos se realizará una recopilación de información que conlleve a un análisis para identificar cuáles son los delimitantes entre la autoridad y el ciudadano, con referencia a los procesos y procedimientos referente a la accesibilidad de vinculación a una Entidad Promotora de Salud Subsidiada (EPS-S), con el objetivo de estudiar la interacción entre ellos y el entorno en el que se desenvuelven estos fenómenos.

2. Justificación

La razón que me motivó a la presente investigación es debido a la experiencia laboral adquirida en el sector salud, se ha visto con preocupación lo que sucede en los casos en que un habitante no esté vinculado al sistema de salud sin que a la fecha haya soluciones sobre este anómalo, desde el punto de vista profesional me interesa profundamente relatar cuáles son dichas condicionales.

La importancia se explica en razón a que estudiará los motivos que impiden a este cierto número de ciudadanos acceder al sistema, en ese mismo sentido que dichos ciudadanos sean atendidos, de modo que sean acogidos a los servicios del plan obligatorio de beneficios ya que el Estado destina recursos a estas EPS-S. Este estudio está motivado, además, por la necesidad de entender las razones por las cuales veintisiete años después de haber sido sancionada la Ley 100, aún existan personas sin vinculación a una EPS-S, por tanto, no están recibiendo atención médica oportuna y de calidad según el conjunto de servicios a los que tiene derecho un usuario, desconociéndose en quién recae la responsabilidad.

Este análisis detallado es de importancia para la Administración Pública (AP) en la medida en que uno de los servicios que debe garantizar el Estado es el de la atención a la salud, como lo

consagra la misma Constitución Política (CP) dentro de los derechos fundamentales, particularmente a la población en condición de vulnerabilidad, lo que permite estudiar las relaciones entre estos actores anteriormente mencionados. La presente investigación permitirá que entidades que hacen parte del sistema de salud como los analistas y los estudiosos del tema tengan un mayor acercamiento a este asunto que preocupa a las entidades de salud y a las mismas autoridades públicas en la medida en que, cada vez que una persona desprotegida requiera del servicio no pueda ser atendida con la oportunidad, prontitud y celeridad que requieran estos casos, lo que genera confrontaciones entre los distintos actores del sistema e incluso los paseos de la muerte, porque no hay claridad de quién o qué entidad debe asumir el costo de los usuarios.

3. Estado del Arte

Han sido varios estudios de investigación que se realizaron sobre el RS en Colombia, tomado estos aspectos son distintos los autores que han trabajado en este tema, partiendo de esta sugerión, para lo cual (Muñoz Paredes, 2021) manifiesta que:

Entonces las personas afiliadas al régimen subsidiado técnicamente tienen el mismo derecho fundamental a la salud, pero para garantizarlo sus EPS reciben menos dinero de UPC, no las cobijan recursos específicos para actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la red disponible que se contrata no es la óptima producto de una norma obtusa que raya con la inconstitucionalidad, afilia a miles de corruptos sociales que lo desangran, y para terminar, no reciben con equidad el acceso asistencial y a sus tecnologías solamente por pertenecer a este segmento poblacional o a sus EPS debilitadas financieramente. (pág. 5).

Este artículo publicado el presente año hace buen análisis sobre el régimen subsidiado de hoy, del eje esencial del derecho en la salud en perspectiva al modelo del Estado, además, las razones a su consideración para ser abolido este régimen.

Se consideró fundamental por su claridad e ilustración de un esquema amplio que es de gran ayuda para enfocar el desarrollo de esta investigación.

Por otro lado, Molina M., Ramirez G., & Ruiz G. , 2014 ilustran este aspecto así:

A pesar del incremento de los recursos para la salud, el aumento de la cobertura de aseguramiento a la población, de la infraestructura privada para la provisión de servicios y el mayor posicionamiento de la salud en la agenda de las personas y la comunidad en general, los indicadores y condiciones de Salud Pública se afectaron negativamente, lo cual está relacionado con diferentes aspectos tales como: a) problemas estructurales y de implementación de esta Ley; b) la mayor importancia dada en ella al sector privado y al mercado con ánimo de lucro, y el descenso o contención de la oferta de servicios por entidades públicas; c) la posición dominante, económica y política, que lograron las aseguradoras en salud privadas; d) la crisis de los hospitales públicos debida al no pago de los servicios por parte de las aseguradoras y a la infiltración clientelista de los partidos políticos en los procesos clave de la gestión hospitalaria, entre otros; e) el limitado desarrollo institucional en salud en el nivel municipal; f) la deficiente e inefectiva acción de las entidades encargadas de la vigilancia y control; g) la falta de redes integradas de servicios; h) las barreras de acceso y los problemas de calidad de los servicios. (págs. 27-28).

Por otra parte, en su investigación sobre acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias Vargas J & Molina M, 2009 y señala en los hallazgos que:

El aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al SGSSS no garantiza el acceso efectivo a los servicios. El predominio del mercado, la rentabilidad financiera de las aseguradoras, impone mecanismos de contención de costos por encima del derecho de la salud. Hay limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Adicionalmente, se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, que, sumados a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, hacen que se limite aún más el acceso a los servicios de salud. (pág. 1).

2. Marcos

2.1 Marco Teórico

Según (Contreras, 2007):

El Sistema General de Seguridad Social: tiene como objetivos regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios en todos los niveles de atención. El centro de la reforma colombiana consistió en la definición de un sistema de aseguramiento que descansa sobre los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Para ello se crea el régimen contributivo de aseguramiento para la población con capacidad de pago, trabajadores con sus familias- y el régimen subsidiado para la población con recursos limitados o sin capacidad de pago (págs. 3-9).

Mientras que Tobar, 2000 se plantea:

Un sistema de salud con dos regímenes paralelos: el contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres. Con el fin de determinar el estrato socioeconómico se aplica una encuesta, el Sisbén, para los afiliados del régimen subsidiado (estratos 1 y 2) los aportes llegan del Estado; una vez que una familia recibe su clasificación de estrato socioeconómico como nivel 1 o 2, debe ser afiliado por una Empresa Prestadora de Servicios de Salud EPS-s y accederlos a servicios de salud. (págs. 1-3).

Para Comes, y otros, 2007 manifiestan que:

La perspectiva relacional entre población y servicios, la sola existencia o disponibilidad de tales servicios y la concreción de las necesidades y demandas en salud, no determinan por si solos la interacción efectiva que ha de darse para que los servicios de salud cumplan su misión y la población resuelva sus necesidades de atención. Una de las características del Sistema General de Seguridad Social en Colombia es la

accesibilidad, que según la revisión de la literatura en torno a este concepto muestra que, con mucha frecuencia, los términos acceso y accesibilidad se utilizan indistintamente, siendo a su vez sinónimos de uso, utilización y cobertura. (Comes, y otros, 2007).

Por consiguiente, Velandia & Hernández, (1997) plantean que:

Conceptos, metodologías y casos afirman que el acceso a los servicios de salud es un fenómeno complejo en el cual se presenta una sucesión de acontecimientos que pueden partir desde el momento en que surge la necesidad de atención médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios. (págs. 5-19).

2.2 Marco Conceptual

Los servicios de salud son construcciones sociales establecidas para atender las necesidades de salud de una población en términos de promoverla, prevenir la enfermedad, repararla y rehabilitar a los individuos en quienes puedan secuelas discapacitantes y se constituyen en un factor importante para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Para efectos, el concepto que da el Ministerio de Salud, 2021 del Régimen Subsidiado es:

2.2.1 Régimen Subsidiado

Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al SGSSS, el Estado colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud. Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población

objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S.

Por otra parte, para la (Presidencia de la República de Colombia, 2006) el concepto de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad son los siguientes:

2.2.2 Accesibilidad

Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2.3 Oportunidad

Es 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 característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

2.2.4 Seguridad

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

2.2.5 Pertinencia

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

2.2.6 Continuidad

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Para Rodríguez Hernández, Rodríguez Rubiano, & Corrales Barona, (2013) las barreras de acceso:

2.2.7 Barreras de Acceso

Las barreras de acceso a los servicios de salud (SS) desde las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB), son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados. En este estudio se observa que Peticiones, Quejas, Reclamos y Solicitudes (PQRS) siguen en aumento pese a la normatividad que existe en Colombia para controlarlas. Son múltiples las justificaciones que las EAPB interponen frente a las experiencias vividas por los usuarios del Sistema de Salud Colombiano (SSC) para acceder a los SS, que sumadas a las barreras geográficas, económicas y organizativas aumentan la inequidad en salud. Se han identificado diversas barreras generadas por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), un tipo de EAPB, al acceso a los Planes de Beneficios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), las cuales infringen el derecho a la salud establecido por la Constitución Política Colombiana. (pág. 2).

2.3 Marco Legal

2.3.1 Artículo 44 Constitución Política de Colombia

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el

ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. Constitución Política de Colombia, 1991.

2.3.2 Artículo 49 Constitución Política de Colombia

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 servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental 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. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Constitución política de Colombia, 1991.

2.3.3 Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona para permitir una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que puedan surgir, tal como lo señala su artículo 1°.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, con esa protección del derecho existe un régimen subsidiado para la población más pobre que se financia con recursos del Estado y de los afiliados en la medida que su capacidad económica lo permite, en pro del derecho de igualdad, al derecho que tienen todas las personas para una vida en condiciones dignas. No obstante, con esta Ley se produjeron algunos aspectos negativos, como la falta de articulación del nivel central con entidades territoriales, la indebida utilización de los recursos, el mal uso de los recursos, mala contratación en utilización de otros fines y en el no pago de las EPS.

2.3.4 Ley 1122 de 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, con la ley 1122 de 2007, se realizaron algunos cambios al Sistema de Seguridad Social en Salud, se modificó el artículo 7 de la Ley 100 de 1993, señalando funciones específicas a la Comisión de Regulación en Salud, entre las cuales se encuentra la de definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud que las Entidades Promotoras de Salud garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, en referencia a la clasificación anterior deberá definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio, definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo, Entre otras son las funciones designadas para la Comisión de Regulación en Salud en pro de garantizar el respectivo cumplimiento de las EPS de acuerdo a los planes que deben adoptar, siempre en pro de la protección íntegra del Derecho Fundamental a la Salud.

También se modificó el artículo 9° de la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá en los próximos años la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema, es decir, según la ley 1122 del 2007 se tenía como meta que dentro de los tres años la cobertura del régimen subsidiado se ampliará, situación que hoy en día es una realidad a medias por cuanto si “hay una cobertura total” de acuerdo a los planes trazados con esta ley, y genera un favorecimiento aquellas personas que cumplen los requisitos para poder afiliarse al sistema.

Respecto a los recursos del Régimen Subsidiado, la ley señaló que este régimen será subsidiado por los Entes Territoriales, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud Adres, entre otros, para lograr el goce pleno y efectivo del derecho a la Salud, en concordancia con el derecho de igualdad, ya que hay algunas personas que no cuentan con los recursos económicos para financiar su salud, y si el Estado no hiciera nada al

respecto se iría en contra con los fines esenciales del Estado Social de Derecho. Congreso de la República de Colombia, 2007.

2.3.5 Ley 1751 de 2015

Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Con esta ley el Derecho a la Salud es reconocido como un Derecho Fundamental, por tal razón nadie puede negar el acceso a servicios de Salud en el país, y este deberá ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad. Congreso de la República de Colombia, 2015.

2.3.6 Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud – SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud e igualmente a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001.

Señala las características y componentes del sistema, las entidades responsables del funcionamiento, Sistema único de Habilitación y habilitación de prestadores de servicios de salud y de las Empresas administradoras de Planes de Beneficios EAPB; programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad, Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Único de Habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación, y del Sistema de Información para la Calidad y medidas de seguridad y sanciones. Presidencia de la República de Colombia, 2006.

2.3.7 Decreto 1683 de 2013

Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 18 El decreto 1683 del 2013 tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se aplica para todas las personas que se encuentren actualmente afiliadas al Sistema en cualquiera de los regímenes, es decir ya sea el contributivo o el subsidiado. Presidencia de la República de Colombia, 2013.

2.3.8 Decreto 3047 de 2013

El objeto del Decreto 3047 de 2013 es establecer las condiciones y reglas para la movilidad del régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación, ni cambio de EPS, dirigido para los afiliados al Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo focalizado en los niveles I y II del Sisbén.

Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo se mantienen en la misma EPS y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar. Presidencia de la República de Colombia, 2013.

2.3.9 Resolución 5095 de 2018

Adopta el “manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1”. deroga el anexo técnico de la resolución 123 de 2012. nota: el manual adoptado mediante la presente resolución, el cual no fue promulgado en el diario oficial, puede ser consultado en el ministerio de salud y protección social. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018.

2.3.10 Resolución 1328 de 2021

Por medio de la cual se modifica el artículo 1º de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad. Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

2.4 Marco Referencial

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

Vargas et al sobre el rol de las aseguradoras, manifiestan:

Una de las reformas de los sistemas de salud que se han promovido en Latinoamérica con el objetivo de mejorar el acceso a la atención es el modelo de competencia regulada, caracterizado por la introducción de un mercado regulado en el que aseguradoras compiten por la afiliación de la población. Colombia fue uno de los primeros países de la región en adoptar este modelo con la reforma introducida por la Ley 100 (pág. 3).

2.5 Marco Temporal

El tiempo dentro del cual se enmarca el trabajo de investigación comprenderá entre el periodo de agosto a diciembre 2021, en el municipio de Melgar Tolima.

3 Planteamiento del Problema

El problema se disgrega en un espacio social, para efectos de estudio se enfocará específicamente en el régimen subsidiado, dado que este régimen es el mecanismo mediante el cual, la población sin capacidad de pago tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. Por consiguiente, el planteamiento de este problema busca distinguir las causas y efectos de este comportamiento que afecta a un mínimo número de ciudadanos que actualmente se encuentran por fuera del sistema de salud, manifestándose una

serie de barreras para el disfrute de los beneficios que ofertan las EPS-S que actualmente están en el municipio. En este estudio se darán variables dependientes e independientes.

Tabla 1. Causas y efectos

	CAUSAS	EFFECTOS
1	Falta de información a la población.	Población excluida del R.S
2	Movilidad de la población (parte de población flotante).	No accesibilidad oportuna a la atención en salud.
3	Dificultades de desplazamiento a los lugares de afiliados.	Problemas de morbilidad y mortalidad.
4	Falta de seguimiento a la población no afiliada a en cada barrio o vereda (auxiliar enfermería del centro o puesto de salud).	Pérdida de vidas humanas.
5	Falta de comunicación inmediata con los EPS u hospital cuando es entendió en no afiliado con los encargados de la afiliación.	Saturación de los servicios intrahospitalarios.
6	La pérdida de la afiliación por terminación del C.T.	Altos costos en la atención en salud por ausencia de la P.P y educación en salud.
7	Como el modelo de salud tiene grandes falencias en las actividades de Promoción, Prevención y Educación en salud, no identifica la población no afiliada.	Freno al desarrollo personal, familiar y social.
8	Desconocimiento de la población sobre los beneficios del Sisbén.	
9	Actuación oportuna de los beneficiarios al acceso o afiliación al R.S.	

4 Objetivos

4.1 Objetivo General

Identificar los obstáculos concretos que tiene la población del municipio de Melgar, Tolima en su vinculación al Régimen Subsidiado de Salud durante el primer semestre de 2021, qué % de población tiene obstáculos para acceder al R.S.

4.2 Objetivos Específicos

1. Describir las distintas modalidades en que las instituciones de salud clasifican a sus usuarios.
2. Evaluar las barreras de acceso, oportunidad y atención para la solicitud de la vinculación a una EPS-S.
3. Analizar la prevalencia de los obstáculos caracterizando por procedencia, categoría del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), ocupación, escolaridad y movilidad.
4. Proponer alternativas de solución a las no conformidades presentadas.

5 Metodología

Tabla 2. Aproximación a una taxonomía de tipos de investigación.

De acuerdo a:	Esquema de investigación	Descripción:
La finalidad de la investigación.	Básica	Generación de nuevos conocimientos sobre el objeto de estudio elegido.
	Aplicada	Contribución a problemas específicos, relacionados con el objeto de estudio abordado.

Las fuentes de información.	De campo	Investigación en el lugar donde se encuentran las unidades de análisis.
El lugar donde el estudio de campo es llevado a cabo.	‘In situ’	En el lugar mismo donde el fenómeno tiene lugar.
El control que se tendrá sobre las variables de la investigación	No experimental o ex- post- facto Exploratorio	<p>No existe manipulación de variables.</p> <p>Clasificado, de acuerdo a su dimensión temporal, es decir, al número de momentos durante los cuales se recolectan los datos.</p> <hr/> <p>Transversal o Transeccional: se recolectan datos en un solo momento, para describir variables y analizar su incidencia e interrelación en ese momento.</p> <p>Longitudinal: se recolectan datos a través de diferentes momentos para analizar los cambios ocurridos en las variables de estudio.</p>
Alcance de la investigación		

	Exploratorio	Busca información sobre un tema o problema que a la fecha nos resulten desconocidos. Nos permite familiarizarnos con el fenómeno a estudiar.
	Descriptivo	Trata de especificar el conjunto de propiedades, características y rasgos del fenómeno analizado, según se considere su importancia.
	Correlacional	
	Explicativo	Tiene como propósito evaluar relaciones estadísticas que puedan existir entre dos o más variables.
		Tiene como propósito evaluar relaciones estadísticas que puedan existir entre dos o más variables.

Fuente: Ortíz-García (2006), Protocolo de Investigación, Tabasco

5.1 Diseño, población y fuentes de información

Esta investigación corresponde a un estudio descriptivo exploratorio que caracteriza las principales barreras para acceder a las EPS-S en Melgar. Es un estudio con enfoques cuantitativos y cualitativos, la primera fuente proyectada son las PQRSD de las cuales no se logró autorización para acceder a ello, se obtiene dos entrevistas realizadas a tres (3) servidores públicos de la Secretaría de Salud y uno (1) de la IPS, además, 30 encuestas a ciudadanos escogidos aleatoriamente a las afueras de la IPS y el parque principal ya que en éste campo de trabajo se aglomeran más los habitantes; la proyección era de 50 pero algunos ciudadanos no quisieron ser partícipes de la encuesta.

La información es recolectada entre octubre y diciembre de 2021.

5.2 Recolección y procesamiento de la información

Por consiguiente, esta información que se obtiene en la Secretaría de Salud, la IPS y de los ciudadanos se organizan con el uso de Excel, las variables que se analizan para el estudio es por medio de sexo, edad, nivel educativo y etnia, régimen de afiliación, entre otros, para obtener frecuencias absolutas y relativas. Se diseña modelo de entrevistas semiestructuradas y en

profundidad que tenga en cuenta los dominios para el acceso a los servicios de salud (estrecho, intermedio y amplio), indagando por los motivos que conllevaban a la negación, dilación o postergación de acceder a la inscripción a una EPS-S. Cada dominio se clasificará como barreras administrativas (Tipo A, B y C) para el acceso; para cada barrera se generarán atributos específicos. El abordaje cualitativo usa el estudio de caso con el fin de obtener testimonios sobre las barreras que viven los usuarios al intentar acceder a una EPS-S; se explora las repercusiones en el entorno personal, familiar, laboral, social y cultural de éstos. Se incluirán ciudadanos que cumplan estos criterios de inclusión y que conlleven a otros ciudadanos que presenten el mismo fenómeno.

En referencia a la clasificación anterior, se solicita los diagnósticos y planes de mejoramiento donde se verificarán acciones correctivas para la inscripción a las EPS-S; las entrevistas se recogen en grabaciones, luego son transcritas y analizadas. Se emplea el mapa de Melgar para señalar los puntos de trabajo de campo.

El análisis es teniendo en cuenta los dominios mencionados, se realiza tanto para la autoridad, la EPS-S y el ciudadano.

5.3 Triangulación e interpretación de la información

Obtenida la información, el análisis se desarrolla en dos fases, la primera por proceso deductivo para asegurar que los datos empíricos estén ampliamente explorados y sea suficiente para producir conocimiento, por la otra, proceso inductivo basado en el marco teórico propuesto y en la revisión de la literatura. Para asegurar la validez y el rigor metodológico, se genera procesos de triangulación de métodos con información cuantitativa y cualitativa. Se funda posibles explicaciones que sintetizarán los datos recabados sobre las barreras al acceso y oportunidad en la atención interpuestas por las EPS-S para vincular ciudadanos como sus afiliados.

5. Cronograma de actividades

Tabla 3 Cronograma de actividades

Actividad realizada	Fecha de ejecución
Entrevista a Servidor Público número 1	18 de octubre 2021
Entrevista a Servidor Público número 2	11 de noviembre 2021
Realización de las 20 encuestas	29 de noviembre 2021
Realización de las 10 encuestas	2 de diciembre 2021
Realización de entrevista al Servidor Público número 3	6 de diciembre 2021

7 Resultados esperados (u obtenidos)

7.1 Análisis

En este trabajo de investigación se evidencia que, por un lado la Secretaría de Salud como autoridad demuestra que realiza sus procesos y procedimientos de manera eficaz y eficiente, aborda los temas con seguridad y tranquilidad manteniendo una postura de ser un ente en cumplimiento de su deber, de la misma manera, la IPS sorteando este tipo de fenómenos que se presentan 24/7, trabajando de manera idónea para reportar y ayudar a ese ciudadano en dificultad; una primera hipótesis tiende a darse por el desconocimiento de parte del ciudadano y más que eso la falta de interés por asegurar su salud, su integridad, quizás por otros factores que lo desbocan a otras actividades. Dada las condiciones que anteceden, se debe profundizar más para llegar a encontrar este evento adverso.

7.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio analítico de corte transversal.

7.3 Población

7.3.1 Población Blanco

Ciudadanos afiliados al Régimen Subsidiado en el municipio de Melgar Tolima.

7.3.2 Población Estudio

Ciudadanos en el municipio de Melgar Tolima entre agosto a diciembre de 2021.

7.3.3 Criterios de inclusión

Se incluyeron a los ciudadanos que residen en el municipio de Melgar Tolima.

7.3.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron ciudadanos flotantes.

7.4 Diseño Muestra

7.4.1 Tamaño de muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de muestra en Excel teniendo en cuenta los siguientes criterios: Z: nivel de confianza (correspondiente con la tabla de valores de Z)

p: porcentaje de la población que tiene el atributo deseado $p = 0,5$

q: porcentaje de la población que tiene no el atributo deseado, es decir $1-p$ cuando no se conoce se asumen $0,5$ para p, y $0,5$ para q. $q = (1-p)$ $q = 0,5$

N: Tamaño de la población

e: error de estimación máximo aceptado (o precisión)

n: Tamaño de la muestra

La precisión de la estimación “e”. La magnitud del máximo margen de error admisible fue fijada en un $e = 0.15$, lo que nos indica un nivel de significación de $\alpha = 0.15$ $(N-1) = 0,90$ lo que nos arroja un nivel de confianza del 90% de certeza. Obteniéndose un tamaño de muestra de 30 ciudadano (30).

Para efectos de la formula se tomó los valores de la siguiente manera:

Figura 1 Cálculo del tamaño de una muestra

Cálculo Del Tamaño De Una Muestra									
Por Niveles De Confianza									
Certeza	95%	94%	93%	92%	91%	90%	80%	62.27%	50%
Z	1.96	1.88	1.81	1.75	1.69	1.65	1.28	1	0.6745
Z°	3.84	3.53	3.28	3.06	2.86	2.72	1.64	1.00	0.45
e	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09	0.10	0.20	0.37	0.50
e°	0.0025	0.0036	0.0049	0.0064	0.0081	0.01	0.04	0.1369	0.25
Parametro	Valor								
N	14919		Numerador	10154,2444	Resultado n	30			
Z	1,65		Denominador	336,335625					
p	50%								
q	50%								
e	15%								

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n	Tamaño de la muestra
Z	Parámetro estadístico según la distribución.
e	Error de estimación máximo aceptado
p	Probabilidad de que ocurra el evento
q	(1-p)=probabilidad de fracaso

$$n = \frac{2,7225 * 14919 * 0.5 * 0.5}{0,0225 * 14918 + 2,7225 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{10.154,244375}{336,335625}$$

$$n = 30$$

7.4.2 Muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia teniendo en cuenta el fácil acceso acceder a los ciudadanos. Se invitó a participar a los ciudadanos que se encontraban a las afuera de la E.S.E. Central de Urgencias Louis Pasteur y a los alrededores del parque principal.

7.5 Descripción de las variables

Se estudiaron las siguientes variables:

Tabla 4 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad		Razón
Sexo	Número de años expresada por el ciudadano	Nominal
Ocupación	Condición biológica expresada por el ciudadano	Nominal
Sisbén	Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales	Nominal
Grupo Sisbén	Clasificación del Sisbén iv registrada en la base de datos de afiliados del municipio de Melgar Tolima	Ordinal
Municipio del Sisbén	Clasificación por ubicación geográfica	Ordinal
Grado de Escolaridad	Expresada por el ciudadano	Nominal
Discapacidad	Expresada por el ciudadano	Nominal
EPS Actual	Entidad promotora de salud a la cual se encontraba vínculo el ciudadano	Nominal
Limitación	Expresada por el ciudadano	Nominal
Tipo de Solicitud	Expresada por el ciudadano	Nominal

7.6 Técnicas de recolección de información

7.6.1 Técnicas de recolección. La información se obtuvo por medio de la aplicación de una encuesta y revisión de la base de datos de afiliados del municipio de Melgar Tolima.

7.6.2 Instrumento de Recolección de la Información. Se elaboró un modelo de encuesta (Anexo 11.1).

7.6.3 Proceso de Obtención de la Información.

Para la obtención de los datos se realizó la encuesta para la recolección de la información, las encuestas fueron recolectadas durante el periodo comprendido entre el 29 y el 2 de diciembre de 2021, con ciudadanos que se encontraban a los alrededores de la E.S.E. y el parque principal.

7.6 Control de errores y sesgos

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

Sesgo de selección: Se controló permitiendo que los ciudadanos que se encontraban en los lugares mencionadas tuvieran la misma oportunidad de participar, fueron invitados a participar.

Sesgo de información: Se toma en cuenta el sesgo de memoria, las experiencias negativas que se relacionan con las barreras en el acceso a las afiliaciones de salud son de recordar por los ciudadanos.

A los treinta (30) se le aplicó la encuesta y se le formularon las mismas preguntas y una abierta el cual se preguntó: ¿Considera que las personas que no gozan de afiliación al Régimen Subsidiado es por falta de información?

7.7 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Se consignó en Excel una base de datos a partir del formulario original, para lo cual se realizó un análisis descriptivo caracterizando las barreras al acceso a la afiliación al RS.

Las variables en escala de medición cualitativa se describieron con frecuencias absolutas y relativas.

Las variables continuas se reportaron con medidas de tendencia central y de dispersión según características.

Para las continuas con distribución normal se resumieron con promedio y desviación estándar.

Aquellas que no presentaron una distribución normal se describió la mediana y los cuartiles.

Tabla 5 Resultados

Variables	Cantidad de encuestas	%
Falta de información por parte de la autoridad	19	63
Grupo alto de Sisbén	4	13
No estar sisbenizado	3	10
Negación del servicio	1	3
Mala atención (Descortesía)	1	3
Dificultades para el transporte	2	7

Figura 2 Barreras de Acceso al Régimen Subsidiado

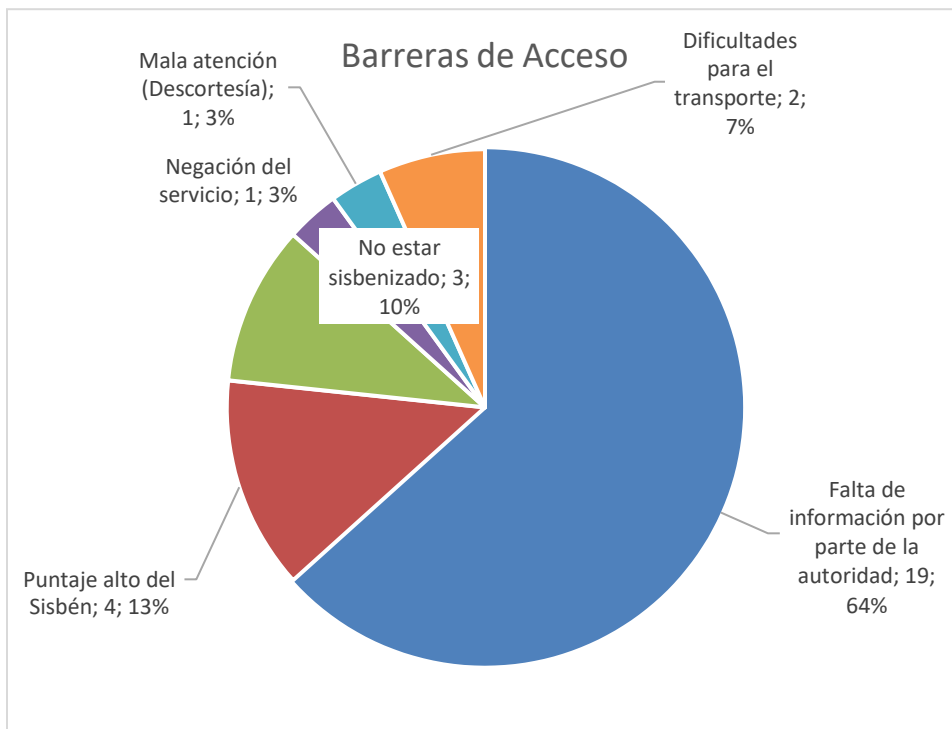


Tabla 6 Escenarios futuros

Variables	Tendencial	Catastrófico	Deseado
Falta de información por parte de la autoridad	18	20	3
Puntaje alto del Sisbén	3	5	1
No estar sisbenizado	2	4	2
Negación del servicio	2	2	0
Mala atención (Descortesía)	2	2	1
Dificultades para el transporte	3	3	1

9. Conclusiones

El enfoque metodológico del presente estudio garantizó la obtención de información valiosa para el cumplimiento de su objetivo principal; los datos presentados permitieron analizar aspectos de la no garantía universal a la afiliación prestación de los servicios de salud para ciudadanos del municipio de Melgar, es evidente entonces la correlación de cobertura y accesibilidad.

Con base en una trazabilidad obtenida por la ESE, del mes de agosto 2021 se concluyó lo siguiente:

Hay ciudadanos que registran en el portal web con Entidades Promotoras de Salud Contributivo (EPS-C), en estado retirados del municipio de Melgar Tolima, no obstante, no registran en Sisbén en ningún municipio o ciudad, es decir, no están sisbenizados; cabe la posibilidad que hayan sido vinculados laboralmente por un tiempo determinado, que hayan cesado sus labores por cancelación del contrato o renunciado, y están a la espera de un nuevo vínculo laboral aquí mismo o donde se les dé la oportunidad, por ende, no despierta ese interés para sisbenizarse, por eso no tienen movilidad con la misma EPS al subsidiado.

Cabe agregar, tiende más a estar cesante por falta de oportunidad en el campo laboral y más en tiempos de pandemia COVID 19, puesto que si hubiese adquirido un trabajo en otro lugar ADRES mostraría su EPS actual, entonces, ¿Por qué el ciudadano no se interesa sobre ello y la autoridad qué hace en estos casos?

La mayoría de ciudadanos que tienen o tenían EPS-C no tienen Sisbén y los que sí tienen a unos sí les hacen movilidad, a otros no.

Las fechas de encuesta y última actualización del ciudadano en el Sisbén, son subjetivas.

Según se ha visto, ciudadanos que llevan muchos años retirados de su última EPS-C, ejemplo, desde el año 2008, pero su Sisbén es de Melgar y no registra un relación con contributivo ni subsidiado entonces, o no ha ido a consultar a la Secretaría o EPS de cómo se encuentra actualmente o pasó a ser beneficiario/a de un Régimen Especial, sin embargo, si fuese así no saldría sus datos personales en ADRES, los de este Régimen de Excepción no registran en este portal web de Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), y fallecidos tampoco porque se les realizó la encuesta y, tampoco se refleja allí mismo que el afiliado o beneficiario sea un fallecido.

De los anteriores planteamientos se deduce, la mayoría de ciudadanos retirados de una EPS-C (Melgar) y sin Sisbén.

Por consiguiente, se evidencia varios ciudadanos sin Sisbén, de ningún municipio, al mismo tiempo, la plataforma presenta fallas, dado a que al consultar un ciudadano en ocasiones se debe insistir de 2 a 4 veces para su consulta puesto que, sale un mensaje de que “usted no es humano”, como puede observarse, genera la duda, en algunos refleja la información inmediata, en otros no, sin margen de error en la consignación de tipo y número de identificación.

En este propósito, los que registran que no tienen EPS-S es porque tuvieron una EPS-C de categoría B O C, el cual, es una categoría alta y su nivel más calidad de vida es considera para las EPS más que vulnerable, por tanto, o no quieren sisbenizarse, o si en algún momento lo

estuvieron tenían un nivel alto, para ello se califica con capacidad de pago, por eso, el usuario no hace el esfuerzo para una nueva encuesta de sisbenización o aspira a tener un nuevo trabajo para volver al contributivo.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, no hay actualización en tiempo real de los portales, no hay concordancia entre páginas, no cruzan su información articuladamente con precisión.

Ciudadanos que tuvieron una EPS-C y tienen Sisbén de Melgar, pero registran con puntaje alto en el Sisbén y no tiene empleo, por tanto, no podría ser beneficiado del RS, lo que ese ciudadano queda desprotegido.

A manera de resumen final, existen ciudadanos que obtienen un puntaje alto del Sisbén y no tienen un trabajo formal o estable, algunos manifiestan que, “no viven como ricos”, por ende, deben pagar como independientes un estimado de \$114,000 mcte. para no quedarse sin EPS porque no pueden acceder al RS.

Precisando de una vez, se da dos escenarios a este problema, primero, el desconocimiento de los ciudadanos a sus derechos en salud, específicamente en los trámites administrativos como las afiliaciones, al dirigirse a las autoridades promueve inicialmente su interés por asegurarse o dado el caso de que haya una falencia en el cruce de datos entre EPS y autoridad competente, en este caso, que la Secretaría de Salud ajuste y subsane, antes de que se dé un suceso como una urgencia médica; segundo, por parte de las autoridades carencia de motivación en una comunicación masiva, a través de perifoneo, propagandas, entre otros. A los efectos de este, falta interacción con el ciudadano, como, por ejemplo, despliegues conformados de brigadas de caracterización y no solo limitarse a un cruce de datos con las EPS.

10. Recomendaciones

Como resultado de las memorias recopiladas a través de las encuestas y entrevistas en el presente trabajo investigativo, recomiendo a las autoridades del municipio de Melgar Tolima, lo siguiente:

1. Con un 63% por falta de información hacia los ciudadanos, deben realizarse campañas por los medios de comunicación en su portal web oficial de la Alcaldía de Meta Facebook, la emisora radial y, perifoneo, tanto el área rural como urbana, puesto que, en el caso de los adultos mayores, no tienen acceso o interés a las redes sociales.
2. Dado un 13% por grupo de Sisbén muy alto, se debe priorizar las solicitudes de nuevas encuestas de sisbenización con el fin de replantear las condiciones socio-económicas actual del ciudadano. Adicionalmente, a ese 10% que no está sisbenizado.
3. Por otra parte, mantener contacto permanente y en tiempo real con las cinco (5) EPS, en identificar a aquellos ciudadanos que, ante una situación adversa, ya sea de no sisbenización, desempleo, migración, entre otros, para que no queden desamparados.
4. Asimismo, para contrarrestar el 7% por falta de transporte realizar brigadas masivas con un despliegue servidores públicos y colaboradores a los diferentes barrios y veredas para informar (educar), caracterizar y afiliar a quienes no gocen de cobertura en salud.
5. Es conveniente, hacer encuestas a los ciudadanos para evaluar el nivel de satisfacción de los servicios de salud.
6. Finalmente, ese 3% en negación del servicio y 3% por mala atención y 3%, es urgente retroalimentar a los servidores públicos la importancia de brindar un servicio de calidad y calidez a los ciudadanos, evaluar aptitud y actitud.

11. Referencias

- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., & Vásquez, A. (2007). *EL Concepto de Accesibilidad: La Perspectiva*. Buenos Aires Argentina: Anuario de Investigaciones.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100*. Bogotá. Recuperado el 17 de 10 de 2021, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751*. Bogotá. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Constitución Política de Colombia. (1991). *Artículo 44*. Bogotá. Obtenido de <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-44>
- Constitución política de Colombia. (1991). *Artículo 49*. Bogotá. Obtenido de <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>
- Contreras, F. (2007). *RV Derechos Sociales en Salud* 1 edición. 3-9.
- Ministerio de Salud. (10 de 10 de 2021). *Régimen Subsidiado*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 5095*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-6055-de-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 1328*. Bogotá.
- Molina M., G., Ramirez G., A., & Ruiz G., A. (2014). Presentación . En G. Molina Marín , *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano : el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares* (págs. 27-28). Medellín: Pulso & Letra Editores.
- Municipio de Melgar. (2021). *Plan de Gobierno 2020 - 2023*.
- Muñoz Paredes, C. F. (21 de 06 de 2021). *Consultorsalud*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/haya-que-acabar-el-regimen-subsidiado/>

- Ortíz-García , J. M. (3 de Septiembre-diciembre de 2006). Guía descriptiva para la elaboración de protocolos de investigación. *Secretaría de Salud del Estado de Tabasco México*, 530-540.
- Presidencia de la República de Colombia. (2006). *Decreto 1011*. Bogotá. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Presidencia de la República de Colombia. (27 de Julio de 2006). *Decreto 1011*. Bogotá. Obtenido de <https://www.teonarino.org/decreto-1011-de-2006-sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad-de-la-atencion-de-salud-del-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud/>
- Presidencia de la República de Colombia. (2013). *Decreto 1683*. Bogotá. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=54074#:~:text=El%20presente%20decreto%20tiene%20por,de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.>
- Presidencia de la República de Colombia. (2013). *Decreto 3047*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/movilidad-entre-regimenes.aspx>
- Presidencia de la República de Colombia. (2020). *Decreto 064*. Bogotá.
- Rodríguez Hernández, J. M., Rodríguez Rubiano, D. P., & Corrales Barona, J. C. (2013). Introducción. En *Barreras de Acceso Administrativo a los Servicios de Salud* (pág. 2). Bogotá.
- Tobar, M. (2000). Políticas Públicas Saludables del Programa. 1-3.
- Vargas J, J., & Molina M, G. (2009). Resumen. En R. F. 2, *Acceso a los servicios de salud en seis ciudades* (pág. 1). mayo-agosto 2009.
- Vargas Lorenzo, I., Vásquez Navarrete, M. L., & Mogollón Pérez, A. S. (2010). Resumen. En *Acceso a la atención en salud en Colombia* (pág. 3). Bogotá.
- Velandia, F., & Hernández, A. (1997). Acceso a los servicios de salud: Conceptos, metodologías y. En P. U. Javeriana, *Javeriana, Documento Técnico ASS/072C-97*. (págs. 5-19). Bogotá.

11 Anexos

11.1 Modelo Encuesta

Realizaré un estudio con el propósito de recopilar información necesaria para caracterizar las barreras de acceso en la inscripción al Régimen Subsidiado del Municipio de Melgar Tolima, con el propósito de aportar a las mejoras del proceso de afiliación a una EPS Subsidiada, para lo cual, solicito de su colaboración para responder la presente encuesta.

Es de aclarar que su participación es totalmente voluntaria y se garantizará la confidencialidad de la información aportada, sin que ésta represente riesgo alguno para usted.

Por favor responder la información solicitada a continuación:

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: F _____ M _____

Ocupación _____

¿Tiene Sisbén? Sí _____ No _____

¿En qué grupo de Sisbén se encuentra?

A _____ B _____ C _____ D _____

¿En qué municipio está registrado su Sisbén?: _____

¿Cuál es su grado de escolaridad?

Primaria	Profesional
Secundaria	Ninguna
Técnico o Tecnólogo	Otra, cuál?

¿Sufre de alguna discapacidad?

Física _____ Cognitiva: _____ Sensorial: _____ Ninguna _____

¿Qué EPS tiene?

EPS	Subsidiado	Contributivo
La Nueva EPS		
Famisanar		
Sánitas		
Salud Total		
Medimás		
Régimen de Excepción		
Otro, cuál?		
Ninguna		

¿Presenta alguna de las siguientes limitaciones para acceder a la Secretaría de Salud o, a una EPS en el municipio de Melgar?

Vías de acceso	Acceso al portal web
Transporte	Otro, ¿cuál?
Dinero para el transporte	Ninguna

¿Ha tenido alguna dificultad cuando solicita información o trámite en la Secretaría de Salud o, a una EPS en el municipio de Melgar, por alguno de los siguientes motivos?

No estar sisbenizado
Grupo alto de Sisbén (Grupo D)
Cambio de ciudad
Mal registro de sus datos
Registra en dos EPS
Traslado de una EPS a otra
Tramitología, es decir, mucho papeleo
Negación del servicio
Incumplimiento en los horarios de atención
Mala atención por parte del Servidor Público o del colaborador de la EPS
Ninguna

Con base en las memorias del consolidado de las encuestas del presente trabajo investigativo se dan cinco casos relevantes:

Caso 1 Fila 1: Se verificó en tiempo real al ciudadano en ADRES Y Sisbén, el cual estuvo afiliado a Famisanar EPS-C como beneficiario, su fecha de afiliación efectiva fue el 01/09/2019 y la de finalización de la afiliación el 29/11/2021, actualmente siendo hoy 14/12/2021 se verifica y se encuentra en estado RETIRADO; en Sisbén registra con un grupo de B7 en el municipio de Melgar, fecha de la encuesta y última actualización del ciudadano el 27/08/2019. Se dan dos hipótesis, una que la EPS no reportó a la autoridad para que se gestionara la movilidad al régimen subsidiado (Famisanar EPS-S) puesto que, por el puntaje sí aplica para ser afiliado, de ser así debería registrar en ADRÉS con dicha EPS-S como ACTIVO, por otra podría pasar que si esté en un proceso de transición pero, el portal ADRES no ha actualizado, no obstante, este portal web está en permanente actualización, lo que daría como resultado en este caso puntual, negligencia entre la EPS y la autoridad, este usuario no goza a plenitud de los servicios de salud, analizándolo solamente por los portales web, como es entendido las EPS suministran a las IPS una base de datos de sus usuarios pero no se tuvo acceso a ella, por confidencialidad.

Como era beneficiario y tiene 21 años podría no estar estudiando en su momento y la EPS-C lo retira, para volver a ser afiliado al contributivo debe pasar una certificación de estudios, puesto que inició en este 2º semestre 2021 a una tecnología, sin embargo, en ese estado según los servidores públicos de la Secretaría de Salud, la EPS envía un reporte de quienes quedan en estado retirado/desafiliado a la autoridad municipal para la movilidad del usuario con ellos mismos, pero como subsidiado.

FILA 2. Hay ciudadanos que sí tuvieron movilidad del régimen EPS-C a EPS-S sin necesidad desplazarse a la Secretaría de Salud o la EPS.

FILA 3. Hay ciudadanos que tiene un puntaje bajo y aparecen en ADRES como retirados de EPS-C y son residentes del municipio (No son población flotante).

Caso 2 Fila 4: Usuaria con una EPS-S de Melgar y su Sisbén de otro municipio, el cual es un caso extraño, para tener EPS-S debe tener sus Sisbén del mismo municipio, este caso se revisó en tiempo real entre los portales web BDU ADRÉS y Sisbén, el 14/12/2021, tuvo contributivo porque trabajó en un banco de aseo en Florencia en el 2020 pero ahora vive acá.

Caso 3 Fila 12: Ciudadana tiene La Nueva EPS-S de Melgar, pero no registra en el portal web de consulta del Sisbén, no habría una información precisa entre las partes.

Muchos ciudadanos que actualmente son o fueron del RC no tienen Sisbén.

Caso 4 Fila 22: Ciudadana estuvo en Famisanar EPS-C retirada desde el 2015 y tiene un puntaje alto, lleva 6 años sin movilidad a la misma EPS, pero como subsidiado.

Caso 5 Fila 23: Ciudadano con EPS-S de Melgar, pero con Sisbén del Carmen de Apicalá y su puntaje del Sisbén es alto, por lo cual no tendría acceso a una EPS-S, podría ser por la edad del ciudadano o una tutela.

11.2 Entrevistas

Servidor Público de la Secretaría de Salud Alejandro Cobos, Asesor de Aseguramiento:

El 18 de octubre 2021, se realizó una entrevista vía telefónica con el Servidor Público, el cual, posterior a una serie de preguntas realizadas suministra la siguiente información:

1. Actualmente Melgar cuenta con 43.873 habitantes.
2. Las EPS-S actuales en el municipio son: Nueva EPS, Famisanar, Sánitas, Salud Total, y Medimás.
3. La EPS-S que más demanda usuarios es la Nueva EPS.
4. Están afiliados a las EPS-S del municipio de Melgar 14.919 usuarios.

5. El ciudadano tiene varias alternativas para la afiliación a una EPS-S, la primera, dirigiéndose a la Secretaría de Salud y diligenciar un formulario, por otra parte, es acercándose al Hospital Louis Pasteur y a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) del portal web miseseguridadesocial.gov.co. allí le realizan el proceso.
6. Los usuarios que cuentan con una Empresa Prestadora de Salud Contributivo (EPS-C) que, por terminación de un contrato laboral, a través de movilidad (Presidencia de la República de Colombia, 2020) pasa a la misma EPS ya como RS.
7. Para acceder y ser parte del RS debe estar entre las categorías A, B y C, el D es considerado con capacidad de pago, por lo tanto, no tiene derecho a ser vinculado al RS.
8. Para la población venezolana el trámite es el siguiente: Deben contar con el Permiso Especial de Permanencia (PPE), cédula de extranjería (CE), inscritos en el Registro Único de Migrantes Venezolanos (RUMV), como mínimo deben contar con 2 o 3 meses de permanencia temporal, Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV), cumpliendo con esos requisitos se dirige a la Secretaría de Salud para el proceso de afiliación.
9. A hoy, solo 18 personas registran como Población Pobre No Asegurada (PPNA), que mensualmente cesan laboralmente, por consiguiente, se realiza un cruce de datos con la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) de la página web ADRES, el cual como ente territorial de vigilancia y control autorizan o no su movilidad, sin necesidad de que el usuario deba hacer ese trámite.

Servidor Público de la E.S.E. Tito Rodríguez, Coordinador de Facturación, Urgencias y Consulta Externa:

El 11 de noviembre 2021 se tuvo un encuentro personal dentro de las instalaciones de la IPS Central de Urgencias Louis Pasteur el cual se realizó una entrevista al Servidor Público el cual posterior a una serie de preguntas realizadas suministra la siguiente información:

1. Al servicio accede considerablemente población migrante venezolana.

2. Se ha disparado con gran preocupación los habitantes de calle.
10. Cuando el ciudadano se acerca para tomar un servicio de urgencias o consulta externa y no tiene Sisbén y por ende ninguna vinculación al RS, se verifica inicialmente en el portal web del Departamento Nacional de Planeación (DNP) para identificar si está sisbenizado solamente en el municipio de Melgar, posterior a ello se registra y carga a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) del portal web [miseguridadsocial.gov.co.](http://miseguridadsocial.gov.co), datos del ciudadano, para lo cual contamos con usuario y contraseña para hacer el proceso de registrar y que la Secretaría los canalice y proceda a hacer la afiliación.
3. Cuando un ciudadano no presenta vinculación alguna, a consideración personal y por experiencia es por desconocimiento de la persona (adulta) de la parte normativa, en el contexto de valer sus derechos, además, incide su entorno social y falta de educación; no obstante, en consecuencia, de la pandemia actual hubo bastante migración y no solo de venezolanos sino en el mismo país.
4. Comparto documento como aporte a la investigación, en referencia a los códigos de entidades SGSS y, una base de datos agosto 2021 de usuarios activos y retirados del RC, el cual sería de gran ayuda para canalizar el estado actual a hoy de los mismos y qué ha hecho la autoridad encargada para acogerlos en su movilidad.

Servidor Público de la Secretaría de Salud Jota Sheller, Asesor de afiliaciones:

El día 6 de diciembre de 2021 se tuvo un encuentro personal con el Servidor Público el cual suministró la siguiente información:

1. Está a disposición para: la Secretaría de Salud, para la IPS y para el mismo ciudadano el portal web, el cual permite la afiliación al RS, allí mismo el ciudadano puede hacer su misma movilidad u otros, este portal es una gran herramienta para mitigar las aglomeraciones. Ningún ciudadano queda desprotegido en la atención en salud dado que cuando se presentan novedades en la IPS Pasteur hay dos alternativas, la primera el admisionista o facturador tiene el compromiso institucional de registrar a ése

ciudadano que no tiene EPS y nosotros las afiliaciones por oficio como lo dicta el Decreto 064 de la mano con el Decreto 780.

2. Estas novedades están codificadas en un grupo poblacional para mayor precisión y eficacia en el trámite. Es necesario que el ciudadano que se afilie al RS debe como requisito estar sisbenizado en el municipio de Melgar Tolima con los siguientes grupos:

Nivel 1 y 2:

A1 –B7

C1 – C18

D, se le considera con un concepto técnico de un puntaje alto mas no como nivel, lo cual el ciudadano tiene capacidad de pago, y no tiene acceso a un RS.