ACCESO A LA SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO PARA BUCARAMANGA (2012-2017)

MELISA VERA MEDINA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA
2018

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO PARA BUCARAMANGA (2012-2017)

MELISA VERA MEDINA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ECONOMISTA

DIRECTOR:
FERNANDO ESTRADA GALLEGO
MAGISTER EN FILOSOFÍA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA
2018

DEDICATORIA

A Dios, por su infinito amor y bondad.
A mis padres, Ernesto Vera y Amparo Medina por su apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.
A mi tía María Medina, por brindarme su ayuda en los momentos más difíciles.
A mi hermana Andrea Vera Medina, por ser mi confidente y gran amiga.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN 13
1. MARCO TEORICO 17
1.1 El dilema de la igualdad 17
1.2 La salud como un componente multidimensional 24
1.2.1 Determinantes sociales de la Salud 24
1.2.2 Intersectorialidad 26
1.3 Definición de Acceso a la Atención Sanitaria 29
1.3.1 Modelo de Comportamiento y Utilización de los Servicios de salud; Aday y Andersen 32
1.3.2 Barreras de Acceso 36
1.4 Variables de interés 37
1.4.1 Matriz de variables 38
1.5 Síntesis del Capítulo 40
2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO 43
2.1 Influencias del modelo de aseguramiento colombiano 43
2.2 Marco Normativo 46
2.2.1 Organización y Financiamiento del Sector Salud 46
2.2.2 Atención primaria en salud 48
2.2.3 Atención integral -Calidad y acceso a la salud 50
2.3 Régimen Subsidiado 54
2.4 Aplicación del SISBEN 56
2.5 Gastos de Bolsillo 60
2.6 Recursos 63
2.6.1 Fuentes de financiación 64
2.7 Experiencia de la Atención Médica 65
2.8 Intervenciones de Tutelas 76
2.9 Síntesis del Capitulo 81
3. EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BUCARAMANGA 85

3.1 Aseguramiento en salud 85
3.2 Presupuesto Municipal-Fondo a la Salud 88
3.3 Gastos de Bolsillo 91
3.4 Recursos Físicos y Humanos 93
3.5 Experiencia en la Atención Médica 99
3.5.1 Mapa de Satisfacción 109
3.5.2 Satisfacción de los usuarios de la E.S.E ISABU 110
3.6 Auditorías EPS-S 113
3.7 Tutelas y Solicitudes PQR 117
3.8 Barreras de Acceso 120
3.9 Síntesis del Capítulo 124

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN FINAL 128
BIBLIOGRAFÍA 135

LISTA DE GRÁFICAS

Pág.

Gráfica 1. Determinantes Sociales de la Salud 25

Gráfica 2. Estructura para el estudio del acceso propuesto por Aday y Andersen 35

Gráfica 3. Gastos de Bolsillo como porcentaje del gasto total en salud 1996-2014.....61

Gráfica 4. Gastos de Bolsillo según criterio de los usuarios del régimen subsidiado 63

Gráfica 5. Experiencia en la atención médica en el régimen subsidiado a nivel nacional 2009-2014 66

Gráfica 6. Oportunidad en la asignación de citas según criterio de los afiliados al régimen subsidiado 2016 67

Gráfica 7. Oportunidad en la entrega de medicamentos en el régimen subsidiado 2009-2014 72

Gráfica 8. Calificación de la ayuda recibida por parte de las EPS-S ante un inconveniente en la atención médica 74

Gráfica 9. Calificación de los usuarios del régimen subsidiado según cumplimiento del fallo del juzgado por parte de la EPS-S 81

Gráfica 10. Aseguramiento en salud en Bucaramanga 2012-2017 85

Gráfica 11. Presupuesto Municipal para la Salud 2012-2017 88

Gráfica 12. Gasto en salud como porcentaje del gasto total de hogares-Quintil 1 y 5.....93

Gráfica 13. Distribución de los Centros de Salud E.S.E ISABU 94

Gráfica 14. Experiencia en la Atención Médica E.S.E ISABU 2012-2016 99

Gráfica 15. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Oriente 2012-2015..... 101

Gráfica 16. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Occidente 2012-2015 102

Gráfica 17. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Norte 2012-2015 103

Gráfica 18. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Sur 2012-2015 104

Gráfica 19. Ranking IPS con servicios de Hospitalización 107

Gráfica 20. Mapa de Satisfacción del departamento de Santander 2016 ... 110

Gráfica 21. Ranking EPS-S 2016 115

Gráfica 22. Evaluación Global de las EPS-S 2012-2015 116

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Indicadores de proceso y resultado para medir el acceso propuesto por Aday y Andersen (1974) 34

Tabla 2. Clasificación de las barreras de acceso según el modelo propuesto por Aday y Andersen 37

Tabla 3. Variables seleccionadas 39

Tabla 4. Evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud 53

Tabla 5. Aseguramiento en Salud según régimen 2000-2016 58

Tabla 6. Tiempo estándar para la asignación de citas especializadas. 69

Tabla 7. Satisfacción de los servicios médicos en el Régimen Subsidiado 2016 75

Tabla 8. Cantidad de tutelas según insumos y servicios solicitados Régimen Subsidiado 2012-2015 77

Tabla 9. Cantidad de tutelas interpuestas según EPS-S 79

Tabla 10. Restituciones Fosyga a EPS-S 2012-2015 90

Tabla 11. Cartera que adeudan las EPS-S con la E.S.E ISABU 2012-2015 91

Tabla 12. Capacidad Instalada para los servicios de Consulta Externa E.SE ISABU 96

Tabla 13. Capacidad Instalada para los servicios de Consulta Especializada E.S.E ISABU 97

Tabla 14. Capacidad en Recursos humanos E.S.E ISABU 98

Tabla 15. Centros de Salud de la E.S.E ISABU con peor desempeño 105

Tabla 16. Actividades del Plan de Mejora 2017 E.S.E ISABU. 108

Tabla 17. Consolidado Total Zonas –Experiencia Global respecto a los servicios de salud primer semestre de 2017 112

Tabla 18. Principales Motivos de las PQR's. Instituto de Salud de Bucaramanga Primer Semestre del 2017. 113

Tabla 19. Ranking Nacional de EPS-S 2017. 117

Tabla 20. Ranking Nacional-puntaje EPS-S. 118

Tabla 21. Cantidad de Solicitudes de PQR. 120

Tabla 22. Barreras de Acceso en el Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU 2012-2017..... 121

RESUMEN

TÍTULO: ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO PARA BUCARAMANGA (2012-2017)[*]

AUTOR: MELISA VERA MEDINA[**]

PALABRAS CLAVE: DESIGUALDAD, ACCESO A LA SALUD, ATENCIÓN SANITARIA, RÉGIMEN SUBSIDIADO.

DESCRIPCIÓN: Uno de los objetivos que tiene toda política pública en salud es reducir o eliminar las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, ya que es injusto que una persona no pueda disfrutar de su estado ideal de salud por deficiencias en la prestación de los servicios y no por una elección personal. El economista Amartya Sen, resalta lo indispensable que es el goce real de los servicios de salud como máxima expresión de libertad, aquella que debe ser el fin primordial del desarrollo.

En Colombia han transcurrido más de veinte años desde que se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, durante el transcurro de este tiempo son innumerables las críticas que ha recibido, pero también son significativos los logros obtenidos. Por lo tanto al determinar las condiciones de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado a nivel local, primero se tiene que comprender lo que sucede en el ámbito nacional. De esta forma no se tiende a descontextualizar ni aislar tanto los progresos sociales que ha alcanzado el Sistema de Salud como la problemática que enfrenta en los últimos años. Teniendo en cuenta esto, la presente investigación desarrolla los principales avances y dificultades que tienen los usuarios para acceder a la atención sanitaria en Colombia y posteriormente explica las barreras que prevalecen del lado de la oferta y demanda de acuerdo al modelo de utilización de Aday y Andersen para el municipio de Bucaramanga durante el periodo 2012-2017.

[*] Trabajo de grado

[**] Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director M.Sc. Fernando Estrada.

ABSTRAC

TITLE: ACCESS TO HEALTH SERVICES IN THE SUBSIDIZED REGIME FOR BUCARAMANGA (2012-2017)*

AUTHOR: MELISA VERA MEDINA**

KEY WORDS: INEQUALITY, ACCESS TO HEALTH, HEALTH CARE, SUBSIDIZED REGIME

DESCRIPTION: One of the objectives of any public health policy is to reduce or eliminate inequalities in access to health care, since it is unfair that a person can't enjoy his or her ideal state of health due to deficiencies in the provision of services and not by a personal choice. The economist Amartya Sen, highlights the indispensable that is the real enjoyment of the health services as the maximum expression of freedom, that which should be the primordial end of development.

In Colombia, more than twenty years have passed since the General Social Security System was created, during the course of this time countless criticisms have been received, but the achievements are also significant. Therefore, when determining the conditions of access to health services in the subsidized regime at the local level, one must first understand what happens at the national level. In this way, there is no tendency to decontextualize or isolate both the social progress achieved by the Health System and the problems it faces in recent years. Taking this into account, this research develops the main advances and difficulties that users have in accessing health care in Colombia and later explains the barriers that prevail on the side of supply and demand according to the model of use of Aday and Andersen. For the municipality of Bucaramanga during the period 2012-2017.

* Degree Work

** Faculty of Human Sciences. School of Economics and Administration. Director M.Sc. Fernando Estrada.

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido más de veinte años desde que se creó el Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) en Colombia, mediante la ley 100 de 1993. Durante el transcurso de este tiempo el sistema ha sido duramente criticado pero también ha logrado avances significativos con respecto a cobertura, acceso y satisfacción. Estos progresos han sido defendidos a cabalidad por el Ministro Alejandro Gaviria[1], quien considera que en el país existe un pesimismo que aniquila cualquier mejoría en salud, el cual se alimenta a diario con el negativismo que inunda a los noticieros.

En Colombia se adoptó tanto los Determinantes Sociales de la Salud como la acción intersectorial para disminuir las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, un determinante intermedio definido por la Organización Mundial de la Salud para evaluar los progresos de las políticas públicas. La ley Estatutaria 1751 del 2015, que regula el derecho fundamental se diseñó bajo este enfoque social.

El acceso a la atención sanitaria, comprende desde la causa o la necesidad hasta el resultado o finalización de la atención médica, por lo tanto no sólo el aseguramiento garantiza la utilización final de los servicios[2]. A nivel nacional hay más de 22 millones de afiliados en el régimen subsidiado, quienes sólo hasta el 2012 empezaron a tener derecho al mismo Plan de beneficios del régimen contributivo. Sin embargo aún existe un diferencial que se hace evidente en la Unidad de pago por Capitación (UPC) y las facilidades que brinda la herramienta MIPRES, las cuales no están disponibles para la población vulnerable.

[1] GAVIRIA, Alejandro. No vean las noticias. (Blog). Miércoles 13 de diciembre de 2017. (Recuperado el 6 de enero de 2017). Disponible en: http://agaviria.blogspot.com.co/search?updated-max=2017-09-23T20:31:00-05:00

[2] REINA, Yuri. Acceso a los Servicios de Salud en las principales ciudades colombianas. En: Banco de la República. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER)-Cartagena. 2014. p. 4. . Recuperado el 5 de junio de 2017). Disponible:http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf

Adicional a lo anterior en el 2015 según la Defensoría del Pueblo[3], la cantidad de tutelas por concepto de salud se incrementaron a niveles superiores de lo registrado en el 2008. En el régimen subsidiado, el aumento fue de un 29,5%, además del total de tutelas interpuestas por los usuarios beneficiarios, un 65,51% reclamaban servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud ahora conocido como Plan de Beneficios. Ante estos resultados es evidente que persisten los obstáculos en el acceso real de la población vulnerable a la atención sanitaria. Por tal motivo este hecho es el énfasis principal de esta investigación.

El propósito fundamental que tiene esta investigación es determinar las condiciones de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado para Bucaramanga (2012-2017). Uno de los municipios que en el 2015 registraron más de 50 tutelas por cada 10.000 habitantes. Para llevarlo a cabo se presentan los siguientes tres objetivos específicos:

- Presentar un marco analítico desde las ciencias sociales que permita la comprensión conceptual para medir el acceso a la atención sanitaria.
- Describir los antecedentes y la situación actual del régimen subsidiado a nivel nacional.
- Explicar las barreras de acceso a la atención sanitaria que prevalecen en el régimen subsidiado a nivel local, teniendo en cuenta el modelo de Aday y Andersen.

El trabajo se divide en cuatro capítulos. El primero de ellos, comprende una visión conceptual de la igualdad desde el enfoque utilitario, distributivo y de las capacidades. Siendo el último el de mayor relevancia en esta investigación, porque resalta la salud como expresión de libertad y progreso social. Amartya Sen[4] considera que el desarrollo debe tener como principal objetivo la mejora de las libertades que disfrutamos y una de las más importantes es la de no

[3] DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y los Derechos a la salud y a la Seguridad Social. 2015. P.145 - 200. (Recuperado el 20 de diciembre de 2017). Disponible en http//desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo 1/ABCD/bases/marc/documentos/texto.

[4] SEN, Amartya. La salud en el Desarrollo. En: Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos N.2. 2000. p.17.

estar expuestos a enfermedades y causas de mortalidad evitables. Reconoce que la salud es un factor multimensional, en el cual tanto las conductas personales como las restricciones en el acceso a la atención sanitaria, limitan el estado ideal de salud que cualquier persona requiere.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el segundo y tercer capítulo se abordan las ocho variables escogidas para la investigación, las cuales permiten destacar los avances que ha tenido el régimen subsidiado en salud a nivel nacional y local asimismo las falencias que persisten a través de los años. De esta forma se comprueba si los logros sociales se disfrutan en todo el territorio colombiano o si aún existen deficiencias en el acceso que retrasan y vuelven inexistentes los progresos que manifiesta el ministerio.

Por último en el tercer capítulo se hace uso del modelo de utilización de los profesores Aday y Andersen[5] para explicar las barreras de acceso a la salud que existen del lado de la demanda y oferta en Bucaramanga en los últimos cinco años. Para esto se escogió el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU), porque ofrece los servicios de baja y mediana complejidad a los usuarios del régimen subsidiado y a la población vulnerable sin afiliación. Esto permite conocer cuáles son los obstáculos que dificultan la continuidad de los servicios de primer nivel en la capital Santandereana. Sin embargo, debido a restricciones en la información, un análisis detallado de cada variable es imposible. Posteriormente en el cuarto capítulo se realiza las conclusiones finales del trabajo, las cuales acentúan los principales resultados que se obtuvieron durante el transcurso de la investigación.

[5] ADAY, Lu; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. Center for health administration studies. University of Chicago. 218p. (Recuperado el 10 de septiembre de 2017).Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/

1. MARCO TEORICO

El presente marco teórico es comprensivo en dos sentidos; primero pretende interpretar desde el punto de vista de la tradición clásica, moderna y contemporánea los aportes de la economía y filosofía al bienestar social. De igual manera teniendo en cuenta la importancia que tiene la salud en el diseño y evaluación de políticas públicas, es necesario abordar los enfoques que a nivel internacional y nacional han servido como base en el proceso de garantizar el acceso equitativo del derecho fundamental.

A continuación, se desarrolla la primera parte del marco teórico que comprende la interpretación de la igualdad desde el punto de vista de las doctrinas más relevantes en la literatura, la concepción utilitarista, teoría liberal de John Rawls y el enfoque de capacidades de Amartya Sen.

1.1 El dilema de la igualdad

Al desarrollar el tema de la igualdad inmediatamente surge el problema de la desigualdad y abordar este tema no es un asunto fácil, ya que al preguntarnos acerca de su origen surgen múltiples respuestas. Es por tal razón que en este trabajo se ha decido resaltar aspectos relevantes de las teorías que han debatido a su alrededor para tener una idea general de lo que se ha escrito en el transcurso del tiempo.

Existen tres tipos de enfoques que desarrollan el concepto de igualdad desde diferentes perspectivas. El primero de ellos es el utilitarismo, acogido por algunos economistas como John Stuart Mill, William Stanley, Alfred Marshall y A.C. Pigou. Este se caracteriza por centrar la atención en aquellas funciones que maximicen el bienestar, sin hacer distinciones entre personas .Amartya Sen[6] al respecto considera que la igualdad utilitarista deja de lado algunas cuestiones potencialmente transcendentales como la libertad individual, el reconocimiento o la violación de derechos reconocidos que no se reflejan de

[6] SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. En: La libertad y los fundamentos de la justicia. Barcelona. 2000. Planeta. p.79.

manera suficiente en las estadísticas del placer, asimismo afirma que refleja una marcada indiferencia hacia la distribución de la felicidad, ya que las utilidades de las diferentes personas se suman simplemente para hallar su mérito agregado, sin prestar atención a la distribución de ese total entre los individuos. Según este criterio es bien visto restringir la libertad de algunas personas cuando esto se refleja en un aumento del bienestar, por lo tanto, las personas deben someterse al ideal de justicia y privarse de elegir la vida que quiere, ya que este sistema no brinda una igualdad de oportunidades sociales necesarias tales como la asistencia sanitaria elemental y la educación básica.

En 1971 John Rawls elaboró su teoría de justicia liberal como alternativa al enfoque utilitarista, en la cual incluyó dos principios que servirían como base para asignar derechos y deberes en las instituciones básicas de la sociedad, de igual manera permitía distribuir apropiadamente los beneficios y las cargas de la cooperación social.

Para Rawls[7] una sociedad está bien ordenada, cuando promueve el bien de sus miembros y está eficazmente regulada por una concepción publica de la justicia, es decir cada quien aceptan los principios de la justicia y las instituciones satisfacen estos principios, asimismo la sociedad en general es consciente de ello. A pesar de esto hace énfasis en que rara vez las sociedades existentes están‘‘ bien ordenadas’’, ya que siempre está en discusión de lo que es justo e injusto.

> Sólo en una sociedad de santos en las que todos convinieran en un ideal común, si es que tal sociedad pudiera existir, no habría disputas acerca de la justicia. Cada uno trabajaría desinteresadamente para un fin determinado por su religión común y la referencia a este fin resolvería cualquier cuestión de derechos. Pero una sociedad humana está caracterizada por las circunstancias de la justicia[8].

El primer y principal principio que postula en su obra, defiende el derecho de las personas de tener igual cantidad de libertades básicas como la libertad

[7] RAWLS, John. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica, 1979, p. 18.
[8] Ibid.p.129.

política, de expresión, conciencia y pensamiento. En cuanto al segundo principio prioriza que las desigualdades económicas y sociales habrán de ser conformadas de tal modo que sean ventajosas y los empleos sean asequibles para todos. Además, consideró un conjunto de bienes primarios esenciales para que todo individuo logre su plan de vida entre los cuales se encuentra el ingreso y la riqueza, pero la salud como un bien natural no tiene igual peso que los dos anteriores. Por lo tanto, no hay ninguna posibilidad de que la libertad sea realmente disfrutada por una persona en desventaja, ya que al no considerar aspectos relevantes que logren el cumplimiento de tales facultades imposibilita la transformación de los bienes primarios en capacidades básicas. Para Sen[9] los bienes primarios no constituyen la libertad como tal sino se ven como medios para conseguir la libertad

En el principio de diferencia, reconoce que las desigualdades inmerecidas, aquellas que provienen del nacimiento requieren una compensación, por lo tanto, la sociedad tendrá mayor atención a quienes tienes menos dotes naturales y a quienes han nacido en las posiciones sociales menos favorecidas. Pero esto no quiere decir que este principio sea un principio de compensación, por lo tanto‘ ‘ no exige que la sociedad trate de nivelar las desventajas como si esperara que todos fueran a competir sobre una base equitativa de la misma carrera’[10]. Lo que se requiere es la asignación de recursos de modo que mejore las expectativas a largo plazo de los menos favorecidos.

Sen[11] critica el principio de diferencia de Rawls, al argumentar que los recursos de que dispone una persona pueden ser unos indicadores muy imperfectos de la libertad, además considera que una persona en desventaja bajo este principio no recibiría ni más ni menos ingresos de lo que merece, es decir para John Rawls[12], es mejor alejarse de esta clase de casos duros que pueden distraer nuestra percepción moral que causan compasión y malestar, por lo

[9] SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. En: Bienes elementales y capacidades. Madrid. 2004. Alianza Editorial.p.96.
[10] RAWLS, John. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.p.109.
[11] SEN.Op.Cit. p.98.
[12] RAWLS, John. El liberalismo político. Trad. de A. Domenech. Barcelona: critica. 1996. p.219.

tanto ninguna de las diferencias de capacidades y destreza física incluido los efectos de la enfermedad deja de ser equitativa y da pie a la injusticia.

Rawls (1996), aclara que su teoría sólo va a tratar esporádicamente el tema de la salud, porque: ‘‘no se puede esperar que una teoría de la justicia lo abarque todo. Quizá fracasa o quizá sólo nos falte ingenio para conseguir extender la concepción’’[13]. Adicional a ello, argumenta que lo ideal es ‘‘ recuperar a la gente por medio del cuidado sanitario para que vuelvan a ser miembros plenamente cooperantes de la sociedad’’[14], es decir lo que en última instancia importa es la productividad que cada individuo aporte a la sociedad, el bienestar individual pasa a segundo plano.

Según Martínez[15], es evidente que en su obra principal, Rawls no trata la salud como un aspecto importante en la agenda de la justicia, pero más adelante se va incorporando en su teoría a tal punto que llega a reconocer la asistencia sanitaria básica como un requisito de un Estado constitucional razonablemente justo. Al menos así lo expresa en: *el derecho de gentes y una revisión de la idea de razón pública (2001)[16].*

Como anteriormente se describe, el economista Amartya Sen es muy crítico de la obra John Rawls, principalmente debido al hecho de que el filósofo se concentró en los medios para alcanzar la libertad en vez de la extensión de la libertad. Afirma[17] que la igualdad en la distribución de los bienes primarios no garantiza la igualdad de libertad para alcanzar sus propios fines, porque hay que examinar las variaciones interpersonales en la transformación de capacidades, en pocas palabras argumenta que Rawls olvida la diversidad humana, principal motivo por el cual las necesidades son diferentes.

Es interesante el planteamiento de Amartya Sen: igualdad ¿de qué?, ya que, al reconocer la diversidad humana, podemos evaluarla a partir de unas muchas

[13] RAWLS, John. El liberalismo político.Trad de A. Domenech. Barcelona: crítica.1996.p.51.
[14] Ibid.p.218.
[15] MARTINEZ, Jesús. Justicia y Salud: la perspectiva de Rawls. En: Comunicaciones orales. España.2013. Vol.2.N.2.p. 295.
[16] RAWLS, John. El derecho de gentes y una revisión de la idea de razón pública. Trad. de H. Valencia. Barcelona: Paidós. 2001. p. 63.
[17]SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. En: diversidades: fines y características. Madrid.2004.Alianza editorial.p.103.

variables, por lo tanto, es necesario centrar nuestro punto de análisis en una en específico, denominada variable focal. Pero hay que tener presente que la demanda de igualdad referida a una sola variable puede considerarse no igualitaria con respecto a otra, por ejemplo:'' un grado igual de felicidad puede estar asociado con una gran divergencia en la satisfacción de las necesidades''[18].

Los economistas en general intentan explicar las causas de las desigualdades haciendo referencia a la diferencia de renta, centran su atención en exceso en la eficiencia y demasiado poco en la equidad. Esto contribuye a que dejen de lado aspectos relevantes como la falta de salud, educación y exclusión social, por tal razón el enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen, propone una perspectiva más amplia para evaluar la política económica y social, ya que presta atención a una variedad de aspectos importantes, algunos de los cuales los demás enfoques no tienen en cuenta.

Una concepción satisfactoria del desarrollo debe ir más allá de la acumulación de riqueza, del crecimiento del producto nacional bruto y de otras variables relacionadas con la renta. Estos sólo son instrumentos para conseguir otros fines. La expansión de la libertad es el fin primordial del desarrollo, por lo tanto, se debe garantizar oportunidades sociales, seguridad protectora, garantías de transparencia, servicios económicos y libertades políticas, lo cual contribuye a mejorar la capacidad general de una persona.

Cuando se refiere a las oportunidades sociales, Sen hace mención a los sistemas de educación y sanidad, necesarias para llevar la vida que se quiere y participar en las actividades económicas y sociales. Considera que la relación que hay entre el desarrollo y la salud es definitivamente positiva, pues es parte integrante de un buen progreso. Pero no necesariamente tiene que probarse la asistencia sanitaria instrumentalmente'' tratantando de mostrar que la buena salud también puede contribuir a un aumento del crecimiento económico''[19]. Afirma que, aunque la relación de la salud con las variables, educación e

[18] SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid.2004.Alianza Editorial .p.15.
[19]SEN, Amartya. La salud en el desarrollo. En: discurso inaugural pronunciado ante 52 Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.2000.p.20.

ingresos, son relevantes para mostrar el avance del Estado en términos sociales, estos ‘‘avances sociales’’, en ningún momento deben considerar el capital humano sólo en función de generar ingresos, ya que la expansión de las capacidades va más allá del capital humano, no debe tener como objetivo tratar a los seres humanos como instrumentos del desarrollo económico. Este criterio sin duda es muy contrario a los modelos que desarrollaron algunos economistas como Michael Grossman (1972) y Robert Barro (1996).

Amartya Sen explica que‘ ‘ tan estúpido seria pretender que una renta elevada no es un factor que favorece la buena salud, como sostener que es el único factor que contribuye’’[20]. La relación entre ingreso y salud debe ser analizada minuciosamente. Los avances que logra el Estado en satisfacer las necesidades sanitarias son el reflejo de los avances y progresos de las políticas públicas. En su libro *Hunger and public action* (1989)[21], propuso el proceso denominado: *impulsado por el apoyo*, el cual consiste en un programa de apoyo social inteligente en materia de atención en salud, educación y otras medidas sociales pertinentes. Lo importante de este proceso es que tiene como prioridad la prestación de los servicios sociales que reduzcan la mortalidad y aumenten la calidad de vida, con una mayor participación del Estado, pero también de la sociedad.

El premio nobel de economía Angus Deaton, se puede afirmar que comparte algunos criticas de Amartya Sen, porque en su obra: *El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad* (2015)[22], considera que los ingresos no es la única variable que contribuye al bienestar. Para él los economistas piensan que las personas están mejor si tienen dinero, no obstante, esta idea es socavada, porque la gente no sólo por este hecho se encuentra en mejores condiciones. El bienestar incluye tanto el bienestar material, tal como el ingreso y la riqueza; el bienestar físico y psicológico, representado por la salud y la educación.

[20] SEN, Amartya. La salud en el desarrollo. En: discurso inaugural pronunciado ante la 52 asamblea Mundial de la Salud en Ginebra. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.2000. p. 18.
[21] Ibíd.p.19.
[22] DEATON, Angus. El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. En: no solo ingreso también salud. Sección tres. Fondo de Cultura Económica de España. P.33.

Para Deaton[23], la salud no sólo es estar vivo y vivir mucho tiempo, sino vivir con buena salud, aunque la buena salud tiene muchas dimensiones y es difícil de medir. Incluso agrega que es posible sentirse infeliz o preocupado en los momentos en que se piensa que la vida está bien en general. Con los progresos económicos y sociales, las desigualdades se han marcado más de lo que se creería, los ingresos y la salud han mejorado en casi todas las partes del mundo después de la segunda guerra mundial, pero ha habido retrocesos que nos recuerdan que los anatemas de la enfermedad, la guerra y la mala política no son monstruos confinados a la historia de manera definitiva.

Está claro que explicar la desigualdad sólo por medio del nivel de ingresos no es un asunto confiable y que se necesita tener una visión más amplia para ver asuntos que a veces se escapan de las manos y parecen irrelevantes. Los aportes del economista Amartya Sen sin duda son enormes, porque el desarrollo de su teoría exige la consideración de cada caso particular, pues como bien lo explica la diversidad humana hace que las necesidades de cada individuo difieran muchísimo y no es un asunto que se pueda generalizar como lo plantean otros enfoques.

La salud es uno de los factores que más prioridad debe tener al tratar el problema de la desigualdad, es injusto que algunos no puedan tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no a una decisión personal de no preocuparse por su salud. Una enfermedad que no es tratada, por motivos sociales y no por una elección personal, representa una falta de justicia social[24]. Es necesario reconocer la importancia que tiene la protección de la salud, porque la vulneración de este derecho le restringe la libertad y le hace difícil elegir un plan de vida a cualquier ser humano.

Con el tiempo se han propuesto una serie de enfoques en el diseño de políticas públicas que intentan darle solución a las desigualdades en salud, teniendo en

[23] DEATON, Angus. El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. En: no solo ingreso también salud. Sección tres. Fondo de Cultura Económica de España. p.37.
[24] SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? .En: Revista panamericana de Salud Pública. Washington. 2002. p.304. (Recuperado el 12 de septiembre de 2017). Disponible en: https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf.

cuenta que a la hora de abordar las causas que la originan surge una diversidad de aspectos que se relacionan y deben ser tratados con la misma prioridad. Desde el momento en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó el acceso a la atención sanitaria como uno de los objetivos pilares de la política pública integral, han surgido diversas propuestas para garantizar los servicios con equidad, calidad y eficiencia.

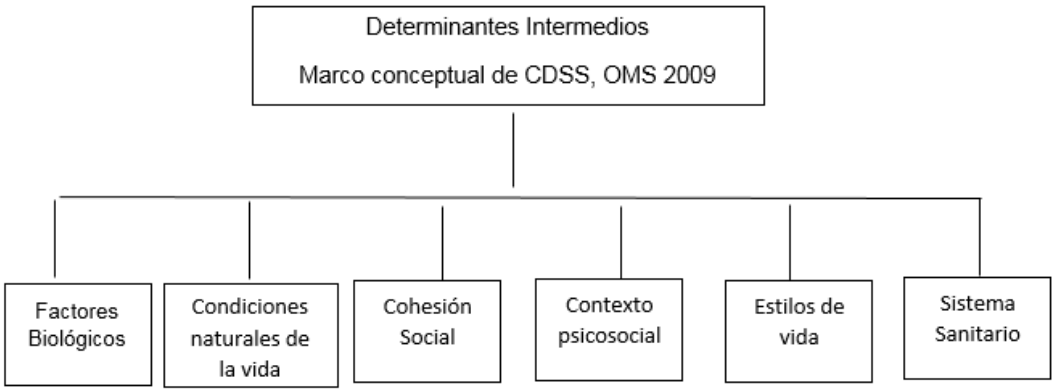
1.2 La salud como un componente multidimensional

1.2.1 Determinantes sociales de la Salud

Debido a la ineficiencia como se abordó el tema de equidad en salud por parte del enfoque neoclásico, incapaz de tratar el tema, como un problema multidimensional, fue necesaria la creación de un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades de salud. La organización mundial de la salud creó en el año 2005, la comisión sobre determinantes sociales de la salud (DSS), tomando como principio la Carta Ottawa, que promulgaba la necesidad de un modelo que integrara factores que años atrás nunca se habían considerado como relevantes en la justicia y equidad en salud. El objetivo[25] de esta comisión era alcanzar la equidad sanitaria en el mundo y para alcanzarla se debía encontrar las causas al surgimiento de las desigualdades en la distribución de los bienes sociales, como el ingreso, acceso a servicios de salud, alimentación, educación, entre otros.

[25] CARMONA, Zenèn; PARRA, Devian. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. En: Revista Salud Uninorte. Barranquilla.2015.Vol.31.N.3.p.608-611. (Recuperado el 23 de mayo de 2017). Disponible:http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/7685/8320

Gráfica 1. Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: OTERO PUIME, Ángel; ZUNZUNEGUI, María Victoria. Capitulo seis: Determinantes Sociales de la Salud y su influencia en la atención sanitaria. (En línea).Revista Elsevier España.2016 p.91. (Recuperado el 13 de abril de 2017). Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.2.2-1.pdf

El sistema sanitario hace parte de los seis determinantes intermedios definidos por la Organización Mundial de la Salud en el esquema de los DSS. El enfoque principal de este determinante es el grado de accesibilidad y utilización que las personas hacen de los servicios sanitarios[26]. Por lo tanto, variables demográficas, socioeconómicas como estructurales pueden afectar e inciden en la atención sanitaria y la acción que se puede llevar a cabo partiendo de este determinante puede realizarse por medio de un enfoque intersectorial.

El informe final de la comisión publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2009[27], considera que el acceso y la utilización de los servicios de atención en salud son esenciales para garantizar una buena vida y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención en salud, como se dijo anteriormente, es en sí mismo un determinante social, el cual influye en los efectos de otros determinantes y se ve influido por estos. Teniendo en cuenta esto, es prioritaria la intervención de la política pública en este aspecto, ya que sin atención sanitaria muchas de las oportunidades para mejorar el estado de salud desaparecerían. Entre las medidas que recomienda adoptar a los países

[26] OTERO, Ángel; ZUNZUNEGUI, María. Capitulo seis: Determinantes Sociales de la Salud y su influencia en la atención sanitaria. En: Revista Elsevier España.2016 p.91.
[27] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Argentina. 2009. Ediciones Journal S.A. p.8.

se encuentran: crear sistemas sanitarios de calidad, con cobertura universal, centrados principalmente en Atención Primaria de Salud (APS). Además fortalecer la función directriz del sector público en la financiación del sistema (vía impuestos), asimismo reforzar y desarrollar la capacidad del personal sanitario para que actúen eficientemente sobre los DSS.

En el año 2014 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formuló una *Estrategia para el Acceso y Cobertura Universal de la Salud*[28] *(2014-2019)*, tomando como principio básico de la constitución establecido por la (OMS): '' el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social''[29]. Teniendo en cuenta esto solicita a los estados miembros a establecer mecanismos formales de participación y diálogo para promover políticas inclusivas que garanticen el objetivo de la estrategia de acuerdo a las necesidades. Además, hace mención al fortalecimiento de los recursos humanos en el sector, aumentar la eficiencia y financiamiento público de la salud en el primer nivel de atención, tomando como referencia un porcentaje de gasto del 6% del PIB. Eliminar el pago directo y sustituirlo por alternativas como las contribuciones a la seguridad social e impuestos.

1.2.2 Intersectorialidad

Actualmente los programas de protección social emergente han adoptado la Intersectorialidad, como método para darle solución a los problemas. Varios sectores desde sus especialidades pueden atender la gran variedad de causas que están tras los complejos problemas sociales actuales.

[28] ORGANIZACIÓN PANAMAERICANA DE LA SALUD. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud. Washington.2014.p. 1-5. (Recuperado el 13 de octubre de 2017). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27442&lang=es

[29] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud: principios. Nueva York. 1946. p.1. (Recuperado el 13 de octubre de 2017). Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

En el campo de la salud suele asociarse con la expresión de Salud en Todas las Políticas (STP), la cual fue acuñada a finales de 1990 y se desarrolló a profundidad durante la segunda presidencia de Finlandia en la Unión Europea[30]. Este enfoque es bastante similar porque busca abordar las políticas públicas a través de todos los sectores para evitar impactos negativos en la salud con el fin de promover el bienestar y la equidad en salud. No obstante en el continente americano rara vez se utiliza este término europeo en la formulación de las políticas públicas y se ha preferido utilizar el concepto de Intersectorialidad.

Bajo el enfoque de Intersectorialidad la equidad y eficiencia en salud, se trataría desde la integración de distintos sectores, aunque no sólo gubernamentales sino también territoriales o segmentos de la población, con vistas a la solución de problemas cuya característica es la multicasualidad.

Para Castell y Serrate (2007)[31] la participación de la población es necesaria y su aporte es valioso en el diseño de políticas que garanticen un adecuado manejo de la problemática social, a este tipo de trabajo en conjunto con la comunidad se denomina empoderamiento y abogacía. Las personas no pueden alcanzar su potencial en salud a menos que ellas sean capaces de controlar los factores que la determinan.

Los factores que intervienen en el desarrollo de la Intersectorialidad según Castell y Serrate (2007)[32], son los factores determinantes de la Intersectorialidad, condicionantes de la Intersectorialidad y desencadenantes de la Intersectorialidad. La serie de condicionantes que dependen del buen resultado en este proceso, se encuentra, la voluntad política, papel del Estado, reformas sanitarias adecuadas, descentralización de la salud y fortalecimiento de los ministerios.

---

[30] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington. 2015. p. 1. (Recuperado el 13 de octubre de 2017). Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33874/9789275318577-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[31] PASTOR, Castell; SERRATE, Florit. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la Intersectorialidad. En: Revista Cubana de la Salud.2007. Vol. 33.N.2. p. 1-13.

[32] Ibíd. p. 10-12. (Recuperado el 10 de abril de 2017). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009.

Los factores desencadenantes hacen referencia a un conjunto de habilidades que deben procurar desarrollar las agencias y entidades, como las técnicas de trabajo en equipo que tienen, habilidades gerenciales, tecnologías y producción social en salud.

Aquellos determinantes de la Intersectorialidad que define Castell y Serrate[33] como influyentes en el sector salud se encuentra, la educación sanitaria de la población, calidad del agua de consumo, factores contaminantes del medio ambiente, delincuencia y violencia en las localidades, atención al anciano, divorcio y madres solteras, balance energético, práctica sexual segura, tabaquismo, alcoholismo, calidad de servicios, formación en salud y practica de ejercicios físicos. De acuerdo con la problemática que tenga la población se establecen programas e interviene las distintas instituciones, siempre teniendo en cuenta el abordaje en los Determinantes Sociales de la Salud

Los inicios de aplicación de la Intersectorialidad en Colombia se remiten al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), creado por la ley 1958 como máxima autoridad nacional de planificación y organismo asesor del gobierno en los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país[34]. Sus lineamientos sirvieron de soporte en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, establecido desde la constitución política de 1991 y en la sentencia T-760 de 2008, el cual tiene como marco de acción la Intersectorialidad para generar la igualdad de oportunidades e impactar positivamente sobre los DSS a través de las políticas de participación y promoción social, entre las cuales se destaca el acceso y calidad en salud universal y sostenible.

Además del Plan Decenal de Salud Pública, el Ministerio de Salud y Protección Social se ha encargado de elaborar desde el 2006 varias propuestas normativas y técnicas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la

[33] PASTOR, Castell; SERRATE, Florit. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la Intersectorialidad. En: Revista Cubana de la Salud.2007. Vol. 33.N.2. p. 10-12

[34] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington. 2015. p. 6.

atención en salud[35], entre las cuales se puede resaltar el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS y el ranking de satisfacción EPS. Estos informes son relevantes para evaluar y monitorear el acceso a la atención en salud ya que en cada uno de ellos permite conocer los indicadores de oportunidad/ accesibilidad discriminado por regímenes a nivel nacional.

Como se acabó de mencionar el Sistema Sanitario es un determinante intermedio que permite evaluar la disminución de las brechas de desigualdad en el sector salud, en esto radica su importancia, la misma que tienen los otros factores indispensables en el análisis de la equidad en salud.

Amartya Sen[36], considera que tanto la atención sanitaria como los factores biológicos, personales y ambientales afectan el estado de salud de las personas, por tal motivo el análisis de la equidad, es un estudio muy amplio el cual debe acomodarse a consideraciones diversas y dispares. Teniendo en cuenta esto, la presente investigación sólo se enfocará en el acceso en la atención sanitaria como variable focal, de esta forma se determinará su importancia en la prestación de los servicios de salud en el régimen subsidiado a nivel nacional y local.

1.3 Definición de Acceso a la Atención Sanitaria

Teniendo en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud, el Sistema Sanitario tiene la capacidad de impactar en el nivel de salud, a través del acceso y la calidad de atención médica que reciben los usuarios. Por tal razón es necesario identificar los cuatro elementos que abarca el derecho a la salud según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, los cuales son: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y Calidad.

[35] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Informe Nacional de la Calidad en la Atención en Salud 2015. Bogotá. p.23.

[36] SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? En: Revista Panamericana de Salud Pública. Washigton.2002.p.302. (Recuperado el 12 de septiembre de 2017). Disponible en: https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf.

Frenk (1985) hizo una distinción entre acceso, disponibilidad y accesibilidad, explicó que el primera expresión se reserva sólo para denotar ‘‘la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atencion’’[37],mientras disponibilidad se refiere a la presencia física de los recursos de la atención a la salud y el último término es específicamente el ‘‘grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atencion’’[38].

Otros autores como el sociólogo Donabedian (1973)[39] consideró la accesibilidad como un factor mediador entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de dichos servicios, este grado de ajuste, comprendía además las características que facilitan o dificultan el uso por parte de clientes potenciales. Salkever (1976)[40] identificó dos tipos de accesibilidad, una financiera y otra física. La primera hacía referencia a la capacidad individual de costear los servicios médicos y la segunda supone el proceso de procurarse la atención. De manera similar Aday y Andersen (1974)[41] se interesaron por clasificar tanto las características propias del sistema de salud como de la población en riesgo, en el proceso de acceso a la atención médica.

Penchansky y Thomas (1981)[42], en su famoso artículo ‘‘*The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”* consideraron al igual que Aday y Andersen *que* el acceso refleja el ajuste entre las características y expectativas de los proveedores y clientes. Tales características fueron agrupadas en cinco dimensiones: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, acomodación y asequibilidad. Estas dimensiones

[37] FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. En: Revista Salud Pública. México. 1985. Vol.27. N.5.p.442.

[38] Ibíd. p.443.

[39] DONADEBIAN, Avedìs. Aspects of medical care administration: specifying requiriments for health care. Cambridge.. Harvard University press. 1973.p.123-132.

[40] SALKEVER, David. Accessibility and the demand for preventive care. Soc Sci & Medic. 1976. p.469-475.

[41] ADAY, Lu; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. Center for health administration studies. University of Chicago. 208-218. . (Recuperado el 10 de septiembre de 2017).Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/

[42] PENCHANSKY, R; THOMAS, JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medical Care. Vol.19.N.2. p.127-140. (Recuperado el 3 de septiembre de 2017). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846

deben abordarse en conjunto para lograr satisfacer tanto las necesidades del usuario como las que requiere el provisor del servicio.

Adicional a lo anterior en la literatura existen varias definiciones de acceso a la salud teniendo en cuenta diferentes perspectivas, que van desde el derecho a la salud, la justicia social, multicasualidad, necesidades hasta concepciones propias del mercado.

Desde la lógica de la justicia social y el derecho a la salud, el acceso se concibe teniendo en cuenta principios éticos. Tanto la equidad como los derechos humanos constituyen el marco para que las instituciones de salud lidien con la pobreza en sus poblaciones. Una visión como esta tiene como propósito para Ruger (2007)[43] asegurar las condiciones sociales para que todos los individuos tengan la capacidad de ser saludables, aumentar la calidad de los servicios y examinar las injusticias en el nivel de los recursos sanitarios.

Se presentan dos posturas diferentes, cuando se define el término bajo concepciones propias del mercado. Por un lado, aparecen las características de los proveedores (oferta) y por otro las características de los usuarios (demanda). Por lo tanto, en el acceso a los servicios de salud, existe una interacción entre factores específicos de la población y del sistema sanitario. Uno de los precursores de este enfoque fue Bashshur (1971)[44], quien propuso el acceso como la relación funcional entre recursos, población y servicios médicos. Dos años más tarde como se mencionó anteriormente Donabedian priorizó el concepto sobre el *grado de ajuste* entre los recursos y la población, el cual posteriormente fue incorporado en el modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi[45] en 1978.

---

[43] RUGER, JP. citado en ARRIVILLAGA, Marcela; BORRERO, Yadira. Visión comprensiva y critica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. En: revista Salud Publica. Rio de Janeiro. 2016. Vol. 32. N.5. p.7. (Recuperado el 15 de septiembre de 2017).Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000500401&script=sci_abstract&tlng=pt

[44] Bashshur, RL.Citado en ARRIVILLAGA, Marcela; BORRERO, Yadira. Visión comprensiva y critica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. En: revista Salud Publica. Rio de Janeiro. 2016. Vol. 32. N.5. p.5.

[45]TANAHASHI, T. Health service coverage and its evaluation. En: Bulletin of the world health organization.Vol. 56. N.2.p.295-303. (Recuperado el 20 de agosto de 2017). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/

En cuanto a las necesidades, sobresale el trabajo elaborado por Jonathan Bradshaw (1972)[46], quien definió la necesidad social en cuatro dimensiones; normativa, sentida, expresada y comparativa. Al respecto Goddard y Smith (2001) proponen realizar este tipo de estudios, siempre y cuando se mantenga contacto con cada grupo poblacional, ya que los niveles de necesidad no son los mismos.

Como se acabó de mencionar anteriormente existe en la literatura diferentes posturas teóricas que analizan el acceso en la prestación de los servicios de salud. Para Aday y Andersen (1974)[47], el concepto de acceso refleja los cambios en las preocupaciones y objetivos de las políticas públicas de salud, por lo tanto su definición y forma de evaluarla va a depender según el tiempo y el contexto. En esta ocasión, el trabajo de investigación va a adecuar su estructura de estudio de acuerdo a la clasificación de variables del modelo de utilización propuesto por Aday y Andersen[48] ‘‘*Behavioral Model of Health Services Use”*, porque tiene en cuenta tantos aspectos propios de la demanda como de la oferta en el acceso real y efectivo en la atención médica. A continuación, se presenta una descripción del modelo.

1.3.1 Modelo de Comportamiento y Utilización de los Servicios de salud; Aday y Andersen

Aday y Andersen (1974)[49], propusieron un marco para el análisis del acceso, considerando las diferencias en la definición de las necesidades entre los demandantes de atención y los proveedores. Para esto tuvieron en cuenta cinco componentes esenciales en la prestación de los servicios de salud:

[46] BRADSHAW, Jonathan. citado en ARRIVILLAGA, Marcela; BORRERO, Yadira. Visión comprensiva y critica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. En: revista Salud Publica. Rio de Janeiro. 2016. Vol. 32. N.5. p.9.

[47] ADAY, Lu; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. Center for health administration studies. University of Chicago. 208-218. . (Recuperado el 10 de septiembre de 2017).Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/

[48] Ibid.p.216

[49] Ibid.p.217.

características de los servicios, políticas de salud, características de la población, utilización de los servicios y satisfacción de la atención recibida.

En su estructura de análisis, se puede evidenciar dos conceptos generales que abarcan el desarrollo del modelo. Por un lado, el concepto de acceso potencial, incluye tanto las características de los servicios como de la población, es decir tiene en cuenta la disponibilidad y organización de los recursos, además los factores que predisponen (creencias culturales y características sociodemográficas) y capacitan su uso a nivel individual y comunitario (ingreso económico, tipo de seguro, residencia, redes de apoyo, organización de los servicios en el territorio). Por otro lado, el modelo también, se refiere al concepto de acceso real, en este aspecto considera el tipo de servicios, lugar donde recibe la atención y propósito de la visita médica.

En 1995 Andersen decidió incorporar dos nuevos conceptos a su modelo: acceso efectivo y acceso eficiente. El primero se alcanza cuando la utilización de los servicios, mejora el estado de salud de la población y su nivel de satisfacción. El segundo se logra cuando la cantidad de recursos consumidos aumenta el estado de salud y satisfacción[50].

El modelo ‘‘*Behavioral Model of Health Services Use*[51]’, hace énfasis en que la formulación de políticas públicas, debe tener como objetivo prioritario, el acceso mejorado a la atención, porque la prestación de los servicios va estar afectada por la forma como se lleve a cabo o implementen estas políticas. Aunque hay algunas propiedades de la población en riesgo que son susceptibles de ser alterados, hay otras que son inmutables.

En la siguiente tabla se podrá observar los indicadores de proceso y resultado propuestos por el modelo de Aday y Andersen (1974)

[50] GARCIA, Irene. Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil; un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. En: tesis doctoral. Univesitat Pompeu Fabra. Barcelona. 2015.p.29.

[51] ADAY, Lu; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. Center for health administration studies. University of Chicago. 208-218. (Recuperado el 10 de septiembre de 2017).Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/

Tabla 1. Indicadores de proceso y resultado para medir el acceso propuesto por Aday y Andersen (1974)

Indicadores de proceso y resultado para medir el acceso propuesto por Aday y Andersen		
Indicadores de proceso		
Mutables	**Característica de la Oferta**	**Volumen y distribucion de los recursos**
		Número de médicos, camas hospitalarias, etc
		Organización de la ofeta
		De entrada: Tiempos de viaje, tiempos de espera para la consulta
		De estructura: tipo de proveedor, horarios
	Características de la población	**Factores que predisponen:**
		Creencias, aptitudes, conocimientos, estrés y ansiedad.
		Factores que capacitan:
		Ingresos, cobertura de aseguramiento
		Facilidad para conseguir atencion médica (tiempos de viaje y espera)
Inmutables	**Características de la población**	**Factores que predisponen:**
		edad, sexo, enfermedades previas, educacion
		Necesidades en salud
		Salud percibida: síntomas de la enfermedad
		Evaluadas: Basadadas en el diagnóstico
Indicadores de resultado		
Satisfacción	**Características propias de los recursos**	Tipo de servicio (consulta médica general o especializada, medicamentos, etc)
		Póposito de la atención
		Unidad de análisis
	Percepción de la población con respecto al sistema	Calidad de la atención
		Tiempos de espera
		Información sobre la enfermedad
		Trato del personal médico
		Infraestrctura hospitalaria

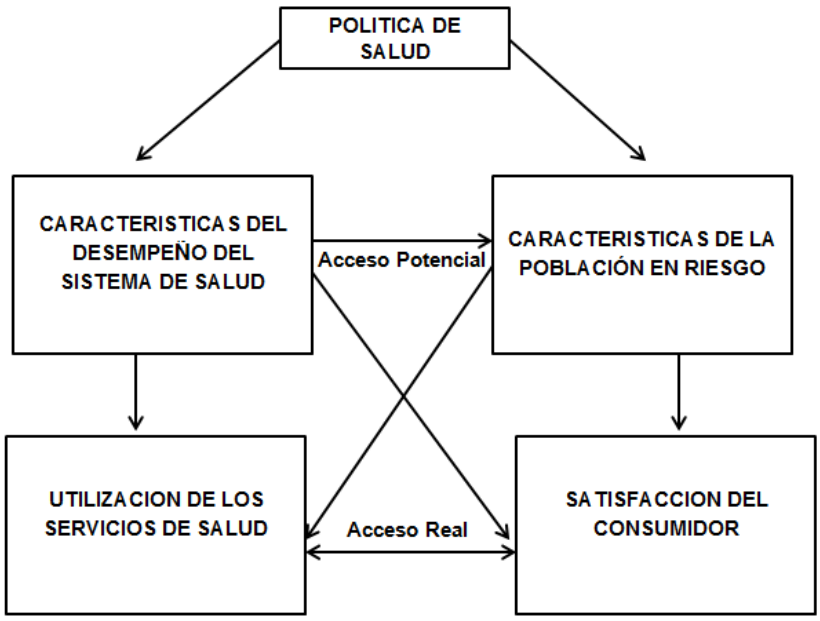
Fuente: MOGOLLÓN PERZ Amparo Susana. Reflexiones de salud pública. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá D.C.2009 p.147.

Los indicadores de proceso se clasifican en función del grado de manipulación por las políticas públicas en salud, es decir aquellos que pueden ser alterados a corto plazo para afectar el acceso real son los que denomina mutables. Por el contrario, factores como la edad, sexo, síntomas de la enfermedad, son aspectos característicos de la población que no son alterados propiamente por las políticas. Adicional a estos indicadores el modelo de Aday y Andersen (1974), desarrolla unos indicadores de resultado, los cuales se basan en la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Las características de la oferta o desempeño en la prestación de los servicios van a condicionar de manera directa el acceso real de la población en riesgo, las características de la demanda y su nivel de satisfacción de acuerdo a la atención que recibe. Además las características de la demanda o población en riesgo afectan tanto al acceso real como a la satisfacción independientemente de las características de la oferta, y con el tiempo la utilización de los servicios va a influir en la satisfacción y viceversa[52].

En el siguiente gráfico se puede evidenciar la estructura para el estudio del acceso llevado a cabo por estos autores

Gráfica 2. Estructura para el estudio del acceso propuesto por Aday y Andersen



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Utilización de Aday y Andersen

[52] GARCIA, Irene. Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil; un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. En: tesis doctoral. Univesitat Pompeu Fabra. Barcelona. 2015.p.28.

1.3.2 Barreras de Acceso

Siguiendo el modelo de Aday y Andersen (1974)[53], existen barreras de acceso características de la población y los servicios. Del lado de la oferta se encuentran variables como: distancia desde la residencia hasta el lugar de atención, muchos trámites para la asignación de citas y aspectos de la estructura de la prestación de los servicios. Las barreras del lado de la demanda, se relacionan con aspectos demográficos, estructura social, necesidad específica de atención médica y criterios de satisfacción del usuario.

Se distinguen dos categorías principales de indicadores del concepto de acceso: indicadores de proceso y resultado. El primero refleja las características de la población de riesgo que afectan la entrada al sistema y el grado de satisfacción de los consumidores y el último se refiere como su nombre lo indica a las consecuencias efectuadas por la implementación de las políticas públicas en salud.

A continuación, se agrupa las barreras en el acceso teniendo en cuenta el modelo propuesto por Aday y Andersen (1974).

[53] ADAY, Lu; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. Center for health administration studies. University of Chicago. 208-218. (Recuperado el 10 de septiembre de 2017).Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/

Tabla 2. Clasificación de las barreras de acceso según el modelo propuesto por Aday y Andersen

Barreras	Definición y medición
I. Del lado de la oferta	
	variables relacionadas con el contacto inicial
A la entrada	Tiempo de viaje
	Medio de trasporte
	Distancia desde la residencia hasta el lugar de atención
	Horarios de atención
	Dificultades para obtener el servicio una vez se llega al lugar de atencion
Al interior	Muchos trámites para la cita
	Tiempos de espera
A la salida	Aspectos de las estructura de la sistema de entrega de servicios, relacionados con la fuente regular de servicios y los horarios que dificultan la continuidad
II. Del lado de la demanda	
Predisposición	Características demográficas (edad, género, estado civil y enfermedades pasadas)
	Estructura social (tamaño familiar, ocupación, educacion, etcnicidad y religión)
	Cultura
	Dotaciones que tienen los individuos para demandar servicios, tales como:
Habilidad	Servicios de salud
	Ingresos (falta de dinero)
Necesidades	**Episodios de enfermedad que a su juicio necesitan atención médica.**
	Estado de salud percibido
	Frecuencia de dolor
	Número de síntomas
	Días de incapacidad
Utilización	**Relacionadas con las características propias de los recursos como:**
	Tipo de servicio (consulta médicas generales, especializadas, medicamentos, etc)
	Próposito (preventivo o curativo)
	Unidad de análisis (servicios recibidos)
	Percepción de las características y prácticas de los provedores y satisfacción con el sistema, lo cual podría limitar la continuidad
Satisfacción	Recibir poca información sobre su enfermedad
	No informar claramente sobre la forma de pago
	Percibir actitudes poco favorables desde los profesionales (médicos)
	Duración de la cita médica
	Calidad de las salas de espera
	Tamaño de los consultorios y habitaciones
	Tiempos de espera.

Fuente: RODRIGUEZ ACOSTA, Sandra Milena. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. (En línea). Tesis doctoral. Departamento de economía aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona. 2010. P12. (Recuperado el 2 de abril de 2017). Disponible en http://encuentros.alde.es/anteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf

1.4 Variables de interés

Luego de conocer el marco analítico empleado en la presente investigación, el cual sirve como criterio para medir el acceso en la atención sanitaria a nivel local, se procede a seleccionar las variables de interés de acuerdo a la información cuantitativa disponible para dicho fin. El modelo de Aday y Andersen, clasifica las barreras en la prestación de los servicios en dos grandes grupos; del lado de la oferta y de la demanda. Con respecto al primer grupo, Sólo se va tener en cuenta las *variables mutables* que corresponden a las dificultades para obtener los servicios una vez se ingresa y se sale del lugar de atención. De igual manera para determinar los obstáculos que surgen del lado de la demanda, los factores a considerar son los relacionados con la utilización y características propias de los recursos, percepción y satisfacción que tienen los usuarios con el sistema. Adicional a lo anterior, la eficiencia en cobertura, el porcentaje de quejas/ tutelas interpuestas por los usuarios y gastos de bolsillo harán parte del proceso de investigación.

Los datos cuantitativos disponibles en la presente investigación fueron proporcionados por la Secretaria de Salud y Ambiente del municipio, el Instituto de Salud de Bucaramanga, Defensoría del Pueblo, informes de gestión de aseguramiento, encuestas de Calidad y Satisfacción disponibles en las plataformas virtuales del Ministerio de Salud y Protección Social, Así Vamos en Salud y demás entidades. Asimismo, cabe señalar que se hace uso de artículos académicos cuando se considere necesario.

1.4.1 Matriz de variables

A continuación, se presenta la matriz de variables principales utilizadas en esta investigación, que permitirán determinar las condiciones de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado para Bucaramanga en un periodo de cinco años, desde el 2012 hasta principios del 2017.

Tabla 3. Variables seleccionadas de acuerdo al modelo de Aday y Andersen

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable
Procesos de afiliación de las EPS-S/cobertura	Procedimiento a través del cual una persona ingresa a una entidad prestadora de servicio de salud. Además, representa la cantidad de personas en condición de vulnerabilidad que son beneficiarias de los subsidios. Esta variable según el modelo de Aday y Andersen, hace parte de las características de la prestación de los servicios, puede presentarse como barrera en el acceso a la salud del lado de la oferta (proveedores).	Comprende el correcto diligenciamiento de los formularios de afiliación divulgación de derechos y deberes de los afiliados, de igual manera estrategias de afiliación para población pobre no asegurada (en porcentaje).	Cuantitativa, Continua
Oportunidad de asignación de citas EPS-S y E.S.E ISABU	Tiempo que transcurre en la asignación de una cita médica en las EPS-S y E.S.E ISABU. Esta variable puede presentarse como barrera en el acceso en la prestación de los servicios, porque dificulta la atención del servicio médico. Según el modelo de Aday y Andersen, se presenta al lado de la oferta (proveedores).	Cuantos días se demora las EPS y los centros médicos para otorgarle una cita al afiliado.	Cuantitativa, Continua
Suministro de Medicamentos	Entrega de las sustancias necesarias para el tratamiento o prevención de enfermedades. Esta variable según el modelo de Aday y Andersen hace parte de las características en la prestación de los servicios, puede presentarse como barrera en el acceso a la salud del lado de la oferta (proveedores).	Se evalúa el contrato legalizado de la EPS tanto para POS no POS y alto costo (en porcentaje).	Cuantitativa, Continua
Portafolio de servicios/ recursos disponibles de la E.S.E ISABU	Servicios que presta el ISABU en sus diferentes centros de atención médica y cantidad de recursos disponibles actualmente. Esta variable según el modelo de Aday y Andersen hace parte de las características del prestador de los servicios, es decir del lado de la oferta.	Tipo de servicios y cantidad de médicos, enfermeras, camas y demás recursos necesarios para prestar los servicios de salud con que cuenta actualmente el instituto de Salud de Bucaramanga.	Cuantitativa, Discreta
Gastos de Bolsillo	Dinero destinado para cubrir servicios de salud, debido a ineficiencias en la prestación de los servicios.	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.	Cuantitativa continua

Satisfacción de los usuarios con respecto a las EPS-S e ISABU	Percepción del afiliado con respecto a la prestación de los servicios ofrecidos por su EPS. Esta variable puede presentarse como barrera en el acceso a la salud porque limita la continuidad del servicio. Según el Modelo de Aday y Andersen se presenta al lado de la demanda (usuarios).	Como califica el usuario la atención que recibe de las EPS-S y del Instituto de Salud de Bucaramanga.	Cuantitativa, Continua
Principales causales de Preguntas, quejas y reclamos a las EPS-S e ISABU	Inconvenientes y fallas en la prestación de los servicios según el criterio de los afiliados. Esta variable según el modelo de Aday y Andersen hace parte de las características de la prestación de los servicios, puede presentarse como barrera en el acceso a la salud del lado de la oferta (proveedores).	Cantidad de solicitudes que presentan los afiliados a las EPS-S y al ISABU.	Cuantitativa, Discreta
Acciones de Tutelas	Mecanismos que utilizan los afiliados para reclamar por la falta de atención y suministro de medicamentos necesarios para la continuidad de su tratamiento.	Cantidad de tutelas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado a nivel nacional y local en los últimos años.	Cuantitativa, Discreta

Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo de Aday y Andersen (1974)

En total el trabajo cuenta con ocho variables, las cuales fueron seleccionadas de acuerdo a la cantidad y tipo de información obtenida en las diferentes entidades, además se ajustan a los criterios escogidos como base para el análisis de la información. En los siguientes capítulos se describirá y explicará su incidencia en la prestación de los servicios.

1.5 Síntesis del Capítulo

Este primer Capítulo presenta el concepto de igualdad desde la concepción utilitaria, distributiva y de capacidades. Tres doctrinas que definen particularmente este término y su incidencia en los diferentes aspectos de la vida social. En esta ocasión el centro de interés es la salud y su importancia en la calidad de vida de las personas, por lo tanto el alcance que ha tenido en las obras de reconocidos autores como Jhon Rawls, Amartya Sen y Angus Deaton

permiten entender la relación que se establece entre la salud y el desarrollo económico, la libertad y el bienestar social.

John Rawls deja a un lado la salud como un bien esencial de todo ser humano en su teoría de la justicia y en cambio resalta la importancia del ingreso y la riqueza como aspectos clave para alcanzar las metas deseadas. En este sentido no es tan ajena su opinión al ideal utilitarista, quienes buscan maximizar el bienestar sin hacer distinciones entre personas. La salud sólo es importante si genera una mayor productividad.

Amartya Sen y Angus Deaton no rechazan la idea de que el dinero es un factor que favorece la buena salud, sin embargo van más allá de la acumulación de riqueza y explican que los ingresos no es la única variable que contribuye al bienestar, como lo afirman la mayoría de economistas. Muy contrario a esto, consideran que son los avances que logra el Estado en garantizar las oportunidades sociales como lo es la atención sanitaria, un buen reflejo de la eficiencia de las políticas públicas.

Como se mencionó anteriormente a nivel internacional la Organización Mundial de la Salud ha implementado los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para actuar en cada uno de los factores que afectan la calidad de vida de las personas. El nobel de economía Amartya Sen reconoce la importancia de los DSS, porque la salud es un factor multidimensional que depende tanto de las conductas personales de los individuos, genética, medio ambiente como del Sistema sanitario, uno de los seis determinantes intermedios fundamentales para el goce real de la atención médica.

Colombia como muchos países de América Latina, adoptó los DSS y la acción intersectorial para eliminar las desigualdades y alcanzar la equidad en salud que tanto resalta en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) y la Ley Estatuaria 1751 de 2015. No obstante esta investigación sólo tendrá en cuenta la evolución a nivel nacional y local de la atención sanitaria en el régimen subsidiado, como variable focal que permitirá determinar el acceso real de los servicios de salud de la población más vulnerable del país. Por tal motivo se escogió el modelo de utilización de Aday y Andersen porque permite clasificar

las barreras que se encuentren del lado de la demanda y oferta en el Instituto de Salud de Bucaramanga. Esta IPS es la encargada de ofrecer sus servicios de salud de primer nivel a los beneficiarios del régimen.

Cada variable seleccionada en esta investigación es necesaria para determinar las condiciones a las que son sometidos los usuarios a la hora de acceder a los servicios médicos. Teniendo en cuenta que el foco de interés es la atención sanitaria, la experiencia en la atención médica permite conocer cuáles son los tiempos de espera, las dificultades y avances que el ministerio alarde en sus informes. Por otra parte es casi indispensable conocer la satisfacción de los propios beneficiarios del régimen porque son ellos quienes viven diario todo el proceso de solicitar los servicios, de igual manera por medio de la cantidad de tutelas se evidencia las fallas que aún siguen intactas en el sistema.

En el siguiente capítulo se intenta resaltar aspectos relevantes de la atención sanitaria en el régimen subsidiado desde su creación con la ley 100 de 1993, haciendo principal énfasis en la unificación del Plan de Beneficios en el 2012 y lo que acontece en los últimos años.

2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

2.1 Influencias del modelo de aseguramiento colombiano

La reforma de salud en Colombia llevada a cabo mediante la Ley 100 de 1993, aplicó el modelo de pluralismo estructurado. Este tipo de modelo según Londoño y Frenk (1997)[54], intenta evitar los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado, por lo tanto alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquier modelo polar. Aunque hay que destacar que este tipo de modelo en el país, pretendió resolver los problemas entre el Estado y el mercado de salud, dando paso de una seguridad social como derecho a una mercancía por adquirir en el mercado, donde el Estado ha tenido una participación débil, insuficiente para limitar el avance de las empresas privadas.

Colombia hizo su reforma en salud, infundido en el sistema de salud del gobierno militar chileno a finales de los setenta, promovido por agencias multilaterales como alternativa a la ineficiencia de los sistemas de salud en los países en desarrollo. Esta fue la primera propuesta neoliberal en salud, cuyo propósito central era lograr que quien pudiera pagar por los servicios de salud, pagara. Se suspendió la gratuidad de los servicios, abandonando el concepto, estatista socializante del sistema de salud y se acogió uno de libre mercado[55]. Teniendo como base este modelo, en Colombia se creó un sistema de aseguramiento para la provisión de servicios a través de la participación de una red privada de instituciones, y la provisión de servicios de salud, bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres.

[54] LONDOÑO, Juan; FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. En: Banco Interamericano de Desarrollo. Washigton.1997.p.16-18. (Recuperado el 30 de julio de 2017).Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n23/n23a10.pdf

[55] HERNANDEZ, Mario. La falacia Neoliberal crítica y alternativas. Universidad Nacional de Colombia.2002.p.348. (Recuperado el 12 de agosto de 2017). Disponible en: http://www.uneditorial.com/la-falacia-neoliberal-critica-y-alternativas-teoria-y-filosofia-politica.html

El informe publicado por el Banco Mundial, Invertir en salud (1993)[56], priorizó la necesidad que tienen los países en vía de desarrollo para privatizar la salud, debido a la incapacidad que tiene el Estado para su debido funcionamiento. El informe propuso mayor competitividad y competencia en la prestación de los servicios de salud, por medio de la descentralización de los servicios estatales y el estímulo de una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales y otras entidades privadas. Destacó el desempeño de la reforma de salud en Chile, donde la descentralización y la creación de aseguradoras privadas produjeron algunas mejoras en el sistema de salud, sin embargo, menciona que la reforma creó nuevos problemas de administración, financiamiento y equidad.

El Banco Mundial (1993)[57], propuso que los países de ingreso mediano debían concentrarse por lo menos en cuatro aspectos fundamentales para la reforma de sus políticas. Primero tenían que eliminar gradualmente las subvenciones públicas a los grupos en mejor situación económica, lo cual liberaría recursos para destinarlos a la atención de salud de los más pobres. También consideró aumentar la cobertura de los seguros, permitir a los afiliados la posibilidad de elegir su asegurador y por último fomentar los métodos de pago que permitieran controlar los costos. El pago anticipado, era el método eficaz para contener los gastos en salud, así como los presupuestos prestablecidos para los hospitales y la definición de paquetes de servicios clínicos esenciales.

Colombia avanzó en el cumplimiento de las cuatro estrategias formuladas por el Banco Mundial, inspiradas en el modelo de competencia dirigida estadounidense, el cual consiste en fomentar la competencia entre proveedores, quienes ofrecen un paquete estándar de servicios a un precio

[56] BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo Mundial: invertir en salud. Oxford University Press. Washington. 1993. p.32. (Recuperado el 4 de agosto de 2017).Disponible en http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/Informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud

[57] Ibíd. p.34.

fijado anticipadamente[58]. El Estado era el encargado de regular el mercado de seguros y garantizar la amplia cobertura manteniendo costos bajos.

Adicional a las recomendaciones descritas anteriormente, el Banco Mundial (2000), elaboró un marco conceptual para la protección social, denominado Manejo Social del Riesgo (MSR), cuyo objetivo era mejorar las capacidades de manejo del riesgo, como medida para erradicar de forma duradera la pobreza[59]. Esto implicaba ayudar a las personas pobres a mantener el acceso a los servicios sociales básicos, evitar la exclusión y la eficiente utilización de instrumentos que enfrenten las diferentes formas de riesgos para incrementar la equidad, disminuir la vulnerabilidad y mayor uniformidad en el consumo[60].

El gobierno es el encargado de cumplir varias funciones en el manejo social del riesgo, entre las cuales se destaca: ejecutar medidas políticas para la prevención del riesgo, proporcionar redes de protección social para superar los riesgos y entregar instrumentos de manejo de riesgo en aquellas áreas donde el sector privado no interviene bien. Teniendo en cuenta el enfoque de MSR, en Colombia se creó el Sistema de Protección Social a través de la Ley 789 de 2002, el cual según el Decreto 205 de 2003, estaba integrado por dos ejes fundamentales: el Sistema de seguridad social Integral (SSSI) y la asistencia social. En el año 2011, mediante la ley 1444 se reformó el ministerio de protección social, fue dividido en dos, por un lado, se creó el Ministerio de Trabajo, y por otro lado el Ministerio de Salud y Protección Social.

Luego de conocer los antecedentes que precedieron al modelo de aseguramiento en Colombia, se elaboró un marco Normativo donde se puede evidenciar las diferentes normas y decretos que en el transcurso del tiempo se han creado en el sector salud.

---

[58] POLANIA, Nelly. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, 2008-2012. En: Tesis de Maestría en Ciencias Económicas. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Económicas. 2015. p.6.

[59] Ibíd.. p.7.

[60] HOLZZMAN, Robert; JORGENSEN, Steen. Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. En: Departamento de Protección Social: Red de Desarrollo Humano. Banco Mundial. 2000. p.2-8. (Recuperado el 3 de Noviembre de 2017). Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021106

2.2 Marco Normativo

En 1993 mediante la **Ley 100**[61] se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual permite la participación de diferentes entidades en la prestación de servicios de salud, bajo la vigilancia del Estado, asimismo asegura la plena libertad de escogencia a los usuarios entre la Entidades promotoras de Salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Las primeras son las encargadas de contratar a las segundas para atender a los afiliados de acuerdo al Plan de Beneficios en salud -(POS) establecido por el gobierno.

Se instituye dos tipos de regímenes de aseguramiento que permiten dar cobertura a toda la población. Por un lado, se encuentra el Régimen Subsidiado, encargado de la atención médica de las personas con escasos recursos económicos para proveerse sus gastos en salud y por otro lado aparece el Régimen Contributivo, al cual pertenecen todos los trabajadores independientes y asalariados, con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. Ambos regímenes están vinculados por medio del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Además, con el **acuerdo 77 de 1997**, se vuelve obligatorio el SISBEN a nivel nacional como mecanismo de selección de los beneficiarios del subsidio.

2.2.1 Organización y Financiamiento del Sector Salud

La **Ley 715 de 2001**[62], se encargó de organizar los servicios de salud .El Estado es el encargado de la dirección del SGSSS en el territorio nacional y los entes territoriales son los encargados de coordinar, dirigir y vigilar el Sistema de Seguridad Social en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las correspondientes disposiciones nacionales.

[61] COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 (23 de diciembre de 1993).Por la cual se crea el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C 1993.168P.
[62] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715 (Acto Legislativo 1 de 2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud. Bogotá D.C. 2001. 46P.

Los departamentos, tienen a su cargo funciones inspección, vigilancia y control de riesgos en el ambiente y salud pública, son los encargados del desarrollo del sistema de habilitación y verificación de condiciones de los Prestadores de Servicios de Salud tanto públicos como privados y los municipios se concentran en promover estrategias de aseguramiento universal, administrar el régimen subsidiado a través de las labores de intermediación de recursos a cargo de las EPS que operan en sus territorios y acompañan la gestión de los hospitales públicos.

Para el **año 2007 con la ley 1122**[63] se creó la comisión de regulación en salud (CRESS), la cual tenía la función de definir y modificar los planes obligatorios (POS) que las EPS, garantizan a los afiliados ya sea en el régimen contributivo y subsidiado. Con respecto a la financiación para el régimen subsidiado, las entidades territoriales destinan, mediante el SGP.S, a partir del 2009 el 65% de los recursos. Con respecto al FOSYGA, el gobierno se compromete a destinar lo necesario para cumplir con el proceso de universalización de la población del SISBEN I, II y III. El 15% de los recursos adicionales que reciban el municipio a partir del 2007 se destinarán al régimen Subsidiado y la prestación de los servicios debe ser contratada con IPS públicas en un 60%.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 177, establece que las EPS, actúan como intermediadoras, son responsables de la afiliación y el recaudo de sus cotizaciones. Este dinero recaudado, lo deposita en una cuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), tras descontar el pago por licencias, accidentes y otras eventualidades. Después de dicho proceso, el FOSYGA, les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado, mejor conocido como la Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya cuantía se fija anualmente. En el caso del Régimen Subsidiado, el proceso es similar, pero las EPS-S reciben fondos del FOSYGA y los Entes territoriales[64].

[63] COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema General de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2007. 18P.
[64] PEREZ, Milena; VELASQUEZ, Adriana. Modelos de Contratación en el sistema de salud en el Marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores. En: Facultad de Medicina. Universidad CES. Antioquia. 2008. p. 16.

El campo de acción de las entidades promotoras de salud es definido en el artículo 179 de la Ley 100 de 1993, donde establece que las EPS, prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las IPS y los profesionales. Cada entidad deberá ofrecer varias alternativas de IPS, salvo cuando la restricción de oferta lo impida. De igual manera, define que para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud, podrán adoptar modalidades de contratación y pago, tales como: capitación, protocolos o presupuestos globales fijos.

Con la **ley 1393 de 2010**[65]**,** se definen las rentas de destinación específica para la salud y se adoptan medidas para promover actividades que generen recursos al sector salud, asimismo evitar la evitar la evasión de los aportes a la salud. Se establece el porcentaje del impuesto a licores, cigarrillos y juegos de azar, recursos que irán a financiar al sector salud.

2.2.2 Atención primaria en salud

La **ley 1438 del 2011**[66], tiene como objetivo el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de salud que reconozca la importancia de la atención primaria en salud (APS) y la acción coordinada con el Estado, las instituciones y la sociedad, orientados al logro de un mejoramiento en la salud más. La nación se compromete a colaborar con los municipios y departamentos con la aplicación e identificación del régimen subsidiado.

Las Redes Integradoras de Servicios de Salud, se definen en la **Ley 1438 de 2011**, como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios de salud individuales/colectivos, de forma eficiente, integral y equitativa a una población definida. En el artículo 61 se establece que la prestación de los servicios de salud, dentro del SGSSS, se hará a través de estas redes, ubicadas en un espacio poblacional determinado. Con respecto a la conformación de estas redes integradas, el artículo 62 de la misma ley, define

[65] COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1393. Por la cual se definen las rentas de destinación específica para la salud y se adoptan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2010

[66] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2011.51P.

que son las entidades territoriales, quienes, en coordinación con las EPS, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud, articulan las redes, incluyendo a las IPS, tanto públicas, privadas y mixtas, que prestan los servicios de acuerdo al plan de beneficios de salud a su cargo (Ballesteros, 2013).

El artículo **131 del decreto 019 de 2012**[67], establece que entidades promotoras de salud, tienen la obligación de suministrar y distribuir los medicamentos cubiertos del plan obligatorio en salud de manera oportuna, sino logran hacerlo en el momento que se reclame los medicamentos, dispondrán de un lapso no mayor de 48 horas. Además la **resolución 1604 del 2013**[68], tiene el objetivo de establecer los lineamientos para dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 019 de 2012, establece la creación del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Control de medicamentos con la finalidad de ser una herramienta para las autoridades de control.

La Resolución **1441 de 2013**[69]**,** define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, los cuales deben cumplir condiciones para su habilitación, como la capacidad técnico administrativa, suficiencia patrimonial financiera y capacidad tecnología financiera, de lo contrario deberán abstenerse de oferta los servicios.

La **resolución 2082 de 2014**[70], tiene como objetivo fijar las disposiciones que permitan la operatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la atención de salud. Las entidades encargadas de la acreditación deben cumplir con ciertas acciones entre las cuales se destaca, definir las características y condiciones de uso del certificado de acreditación y suspender la acreditación a

[67] COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 019 de 2012 (Ley Anti trámites). Por la cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública.2012. P1-12.
[68] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1604 de 2013. Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. 2013 . P 1-6.
[69] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.2013.P.1-209
[70] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 2028 de 2014. Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud. 2014 . P.1-9.

una entidad cuando deje de cumplir con los estándares exigidos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

2.2.3 Atención integral -Calidad y acceso a la salud

La **ley estatutaria 1751 de 2015**[71], garantiza el derecho a la salud y establece mecanismos de protección orientados a la disponibilidad de los servicios necesarios para proteger la salud de todos los ciudadanos. En su artículo sexto, prioriza en el cumplimiento de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud como lo son: la disponibilidad, aceptabilidad accesibilidad y calidad e idoneidad profesional, asimismo en el artículo 20, de la política pública en salud, el gobierno nacional se compromete a implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito garantizar los componentes esenciales del derecho, que afecten de manera positiva en los determinantes sociales de la salud y en el artículo 23, menciona que es función del Estado, regular el precio de los medicamentos a nivel nacional.

La **resolución 0256 de 2016**[72], tiene como objetivo establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Las disposiciones de esta resolución se aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes Benéficos (EAPB), a las IPS, entidades departamentales, distritales, municipales de salud, asimismo al Instituto Nacional de Salud (INS) y al organismo Técnico de Administración de la cuenta de alto costo, todas tendrán que reportar la información de su competencia a través de la plataforma del sistema integral de información de la protección social (PISIS).

[71] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1751 (Ley Estatutaria). Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C.2015.p. 1-13.
[72] COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 0256.Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.2016.p.2-28.

La **ley 1797 de 2016**[73] busca fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el saneamiento de las deudas en el sector, así mejorar el flujo de recursos y la calidad de la prestación del servicio en salud. A partir del 2017, de los recursos del SGP, se destinará el 80% para el Régimen subsidiado. Los recursos que no se destinen para los subsidios de demanda y financiación a la oferta, se distribuirán en los entes territoriales, pero antes se descontaran los recursos para el FONSAET. Los recursos excedentes que queden una vez destinados los recursos al régimen subsidiado, se tendrán prioridad la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no cubierta con el subsidio a la demanda.

El gobierno Colombiano a través de la **resolución 429 de 2016**[74], crea la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual tiene por objetivo mejor el sistema de salud por medio de la intervención sectorial. Ante las constantes fallas de las reformas implementadas años anteriores se ve la necesidad de formular un programa que cumplan con los objetivos que desde la constitución del 1991 se promulgan en materia de salud, por esto en su artículo tres s crea el Modelo de Atención Integral en salud (MIAS).

El modelo **MIAS**[75], tiene como enfoque la Atención Primaria en Salud, hace uso del enfoque de Intersectorialidad, pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento una prestación de servicios con calidad con altos estándares de equidad, oportunidad y aceptabilidad. El modelo incluye diez componentes, se parte de la caracterización de la población, según su curso de vida y riesgo, se plantea una delimitación territorial que comprenda lo urbano y lo rural, el modelo propone favorecer la integralidad en la atención, igualmente se preocupa por los recursos humanos, su formación y las condiciones laborares. Tiene presente el fortalecimiento de la investigación y apropiación

[73] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1797. Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C.2016. P.1-15.

[74] COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 429. Por la cual se adopta la política de Atención Integral de Salud. Bogotá.D.C. 2016.P.1-6.

[75] MORENO, Germán. El Modelo de Atención Integral en Salud para Colombia: ¿la solución a los problemas del sistema? En: revista Médica Risaralda.p.73-74. (Recuperado el 4 de abril de 2017). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001

del conocimiento en temas como la sostenibilidad financiera, políticas públicas y calidad del servicio.

La **resolución 6408 de 2016**[76], modificó el plan de beneficios en salud con cargo en la UPC que estará en vigencia el presente año, el cual debe ser garantizado por todas las EPS. Los pacientes deben tener acceso a sus medicamentos en todas las concentraciones y el 74% de todas las formas farmacéuticas, además se debe incluir la prestación de servicios médicos alternativos. Las entidades deben garantizar suministros médicos o quirúrgicos necesarios para la utilización de tecnologías en salud, asimismo atención ambulatoria y atención de urgencias. Con la **resolución 0330 de 2017**[77], se especifican los criterios de exclusión y actualización de la lista de tecnologías que no serán financiadas con recursos públicos de la salud.

A continuación, se resumen la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se encuentran las principales Leyes, Decretos, Sentencias y Resoluciones que este trabajo tiene en cuenta.

[76] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 6408. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la unidad de pago por capitación UPC.2016 .186P.
[77] COLOMBIA. MIISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 0330. Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones. 2017.9P.

Tabla 4. Evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud	
Ley 100 de 1993	Se creó el Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual permite la participación de diferentes entidades en la prestación de servicios de salud, bajo la vigilancia del Estado
Ley 715 de 2001	Organización y financiamiento del sector salud. Los departamentos tienen a su cargo funciones de inspección, vigilancia y control. Los municipios tienen que promover estrategias de aseguramiento universal y administrar el Régimen Subsidiado. Identificando la población mediante el SISBEN.
Sentencia T-760 de 2008	Consagró la salud como un derecho fundamental autónomo, de prestación exigible y justiciable mediante la acción de tutela.
Ley 1393 de 2010	Se definen las rentas de destinación específica para la salud y se adoptan medidas para promover actividades que generen recursos al sector salud, asimismo evitar la evitar la evasión de los aportes a la salud.
Ley 1438 de 2011	fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de salud que reconozca la importancia de la atención primaria en salud (APS) y la acción coordinada con el Estado, las instituciones y la sociedad
Decreto 019 de 2012	La Entidades promotoras de salud, tienen la obligación de suministrar y distribuir los medicamentos cubiertos del plan obligatorio en salud de manera oportuna en un lapso de 48 horas.
Acuerdo 032 de 2012 CRES	Se Unifican los Planes de Beneficios-POS
Resolución 1552 de 2013	Reglamenta, el tiempo máximo de espera en la asignación de citas tanto de consulta médica general y autorizaciones (direccionamiento) para atención especializada.
Resolución 1841 de 2013	Se adopta el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021
Sentencia C-313 de 2014	Ratificó la necesidad de mantener la acción de tutela sin modificaciones ni limites, de tal forma que los ciudadanos puedan acudir a ella cuando cualquier entidad tanto pública como privada, intente violar el derecho a la salud.
Ley 1751 de 2015	Ley Estatutaria de Salud. Se garantiza el derecho a la salud y establece mecanismos de protección orientados a la disponibilidad de los servicios necesarios para proteger la salud de todos los ciudadanos

Ley 1753 de 2015	Se creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ADRES adscrita al Ministerio de Salud y protección Social con autonomía administrativa y financiera.
Resolución 0256 de 2016	Establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Las disposiciones de esta resolución se aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes Benéficos (EAPB), todas tendrán que reportar la información de su competencia a través de la plataforma del sistema integral de información de la protección social (PISIS).
Ley 1797 de 2016	Fija medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el saneamiento de las deudas en el sector, así mejorar el flujo de recursos y la calidad de la prestación del servicio en salud. A partir del año 2017 el 80% de los recursos destinados por el SGP a salud se giran al régimen subsidiado.
Resolución 429 de 2016	Crea la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual tiene por objetivo mejor el sistema de salud por medio de la intervención sectorial. Además se crea el Modelo de Atención Integral en salud (MIAS).
Resolución 6408 de 2016	Modificó el plan de beneficios en salud con cargo en la UPC. Los pacientes deben tener acceso a sus medicamentos en todas las concentraciones y el 74% de todas las formas farmacéuticas, además se debe incluir la prestación de servicios médicos alternativos
Resolución 0330 de 2017	Se especifican los criterios de exclusión y actualización de la lista de tecnologías que no serán financiadas con recursos públicos de la salud.

Fuente: Elaboración propia con Datos del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3 Régimen Subsidiado

Durante el periodo presidencial de Cesar Gaviria Ayala (1990-1994), en Colombia se iniciaron grandes cambios de carácter sociopolítico y económico. Se formalizó la entrada de políticas neoliberales, a partir de la llamada *apertura económica* y se elaboró una nueva constitución política. En 1991, tal constitución, definió al país como un Estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista, una concepción bastante contradictoria, teniendo en cuenta los principios que rigen el modelo económico neoliberal, donde la

intervención del Estado debe ser mínimo, pero en la constitución es prioritaria para el goce efectivo de las condiciones mínimas para una vida digna[78].

La nueva constitución política en materia de descentralización fiscal, aumentó el volumen de transferencias del gobierno central hacia los departamentos y municipios, otorgando mayores responsabilidades a las entidades territoriales. La ley 60 de 1993 definió concretamente las funciones de los departamentos y municipios, la distribución territorial del situado fiscal y los respectivos criterios que se deben seguir para la asignación de los recursos transferidos por la nación[79].

Teniendo en cuenta el modelo neoliberal, la descentralización fue de gran influencia en la reforma a la salud, la cual se hizo realidad a través de la ley 100 de 1993 con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este sistema creó el Régimen Subsidiado, mediante el artículo 212, para asegurar a la población pobre sin capacidad de pago, cuya clasificación y selección de beneficiarios se definieron por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), reemplazado años después por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en el 2007. Dicha comisión también fue liquidada en el año 2012 y todas sus funciones fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social.

Los entes territoriales adquirieron responsabilidades para promocionar, administrar y supervisar los recursos del régimen subsidiado y la selección de beneficiarios, así lo dispone la sentencia C-828//01, la Ley 715 de 2001, de igual manera la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, allí se establece el deber de las entidades territoriales de contratar con Empresas sociales del Estado o terceros para la atención en salud de la población vulnerable y seleccionar los beneficiarios mediante el SISBEN.

---

[78] DIAZ, Jorge. Estado Social de Derecho y Neoliberalismo en Colombia: estudio del cambio social a finales del siglo XX. En: revista Antropología Social. Artículo de Investigación. N.11.2009 p.210-211.

[79] IREGUI, Ana; RAMOS, Jorge y SAAVEDRA, Luz. Análisis de la descentralización fiscal en Colombia. p.2-9.(Recuperado el30 de julio de 2017).Disponible en: http://files.profesorantia.webnode.es/200000178 1debd1fdfc/descentraliazacion%20fiscal%20en%20colombia.pdf

De la misma forma cómo funciona el Régimen contributivo, en el subsidiado las entidades encargadas del aseguramiento son las EPS-S, quienes contratan con IPS para prestar los servicios de salud a los afiliados teniendo en cuenta el Plan de Beneficios de Salud-Pos. Dichas contrataciones se financian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) asimismo con los recursos y rentas que se destinen para el efecto, en parte definidos por la Ley 1393 de 2010.

Con respecto a la vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud es el organismo encargado castigar las prácticas ilegales de intermediación o subcontratación de servicios de salud por parte de las entidades en el pago de servicios de salud y prestadores del servicio de salud, en el Sistema General de Seguridad Social.

2.4 Aplicación del SISBEN

El Sistema de Identificación de potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), desde su formulación en el artículo 30 de la Ley 60 de 1993, fue concebido como un instrumento para la aplicación del régimen subsidiado de salud, encargado de la focalización de la totalidad del gasto social. Esta encuesta de clasificación socioeconómica es aplicada por parte de los municipios, quienes deben informar el puntaje del Sisbén obtenido y el nivel que obtuvo en el régimen subsidiado. Las familias que pertenecen al nivel 1 o 2 tienen derecho afiliarse al régimen subsidiado, asimismo las poblaciones especiales prioritarias.

Actualmente existen tres versiones del SISBEN, la última fue elaborada en el año 2011, la cual define con más claridad las dimensiones y funcionamientos que deben desarrollar las personas. En sintonía con la teoría de Amartya Sen, en esta versión se hace un esfuerzo por ampliar el concepto de pobreza para incluir las capacidades que tienen las personas de alcanzar el nivel de vida que desean. Por este motivo la construcción del SISBEN III, reconoce las dimensiones de salud, educación, vivienda y vulnerabilidad y sus respectivos funcionamientos básicos.

Fue necesario reformular la encuesta tres veces debido a la manipulación a la que fue sometida desde los primeros años de implementación, se presentaron inconvenientes en la modificación de información, aumento en el nivel de encuestas innecesariamente durante periodos previos a las elecciones de alcaldes en los municipios (incentivos políticos) y la alteración del manual de puntajes, por debajo del corte de elegibilidad para los subsidios de salud[80]. La variable ingreso per cápita fue eliminada debido a su fácil manipulación, considerando esto se incluyó el estrato de la vivienda, principal determinante del índice, de igual manera el gobierno implementó el proceso de inspección, vigilancia y control (IVC), para reducir el nivel de fraude en el sistema e implementó lineamientos para fijar el número de entrevistas y la asignación de beneficios durante el periodo de campañas electorales en los municipios.

A pesar del esfuerzo del gobierno por destinar los recursos a las personas que de verdad necesitan el subsidio en salud, el sistema sigue teniendo serias fallas, ya que son muchos los colados que viven a costa de los beneficios del Estado sin necesitarlo. El esquema de selección de beneficiarios incurre tanto en costos administrativos como psicosociales, es decir por una parte ha tenido problemas de diseño y aplicación del instrumento, pero también ha incurrido en aumentos de la estigmatización y el auto reconocimiento del individuo como pobre vulnerable, a lo cual se le suma el costo que implica la dependencia de los individuos al Estado de bienestar[81].

En el 2016 había unos 384.000 casos detectados de registros fraudulentos en la base del SISBEN, de los cuales 135.736 eran casos de personas afiliadas al régimen subsidiado que recibían mensualmente más de 3,8 millones de pesos. Además años atrás entre el 2008-2012 ya se habían reportado casos de

[80] CAMACHO, Adriana; FLÓREZ, Carmen y ESPINOSA, Francisco. El SISBEN: Su diseño y evolución. En: Notas de Política. Universidad de los Andes. N.4. Bogota.2010. p.2-5.

[81] BOTTIA, Martha; CARDONA, Lina y MEDINA, Carlos. El SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia: Ventajas y limitaciones. En: Revista de Economía del Rosario. Vol. 15. N.2. 2012.p.141. (Recuperado el 10 de octubre de 2017)Disponiblehttp://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1020.778&rep=rep1&type=pdf

personas incorrectamente identificadas como beneficiarias, constando 350 mil millones de pesos del presupuesto destinado para el sector salud[82].

En la siguiente grafica se puede evidenciar los datos que presenta Así Vamos en Salud con respecto al nivel de aseguramiento nacional, diferenciado por tipos de régimen.

Tabla 5. Aseguramiento en Salud según régimen 2000-2016

Año	% de afiliación Régimen Contributivo	% afiliación Régimen Subsidiado	% de afiliación	% de población no afiliada	% afiliación Régimen de Excepción
2000	35,22	23,60	58,83	41,17	0
2012	42,84	48,53	92,21	7,79	0,84
2013	42,76	48,11	91,69	8,31	0,82
2014	43,56	48,01	95,45	4,55	3,88
2015	44,5	48,1	96,8	3,2	4,2
2016	45,3	45,5	95	4,8	4,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Así Vamos en Salud

La tendencia positiva en el nivel de aseguramiento se debe más al crecimiento del régimen subsidiado, el cual paso de representar un 23,60% en el año 2000 a un 45,5% en el 2016. Según los datos de Así Vamos en Salud, cerca de 2/3 de la población se encuentra afiliada a este régimen y 1/3 al régimen contributivo. Esto no era lo que se planteó en 1993, cuando se esperaba que el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado no superara el 30%. El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), reporta que el total de usuarios del régimen para agosto del presente año, asciende a 22.277.260 personas, se dio un incremento significativo al pasar de 10 millones de afiliados en el año 1993 a tener actualmente más de 22 millones.

A pesar de la expedición de leyes como la 797 de 2003 y 1250 de 2008, que obligan a cotizar a quienes se encuentren vinculados a través de contratos de trabajo y trabajadores independientes, la afiliación al régimen subsidiado se ha

[82] BOTELLO, Héctor. Eficiencia en la cobertura del régimen subsidiado de salud: una perspectiva departamental en Colombia. En: revista Sociedad y economía N.26. 2014. p.130. (Recuperado el 17 de junio de 2017).Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n26/n26a06.pdf

incrementado debido a factores como el desempleo y la informalidad, de igual manera los esfuerzos para unificar el Plan de Beneficios en Salud, incentiva aún más el porcentaje de afiliados.

Desde el año 2010, los menores de 18 años, afiliados al régimen subsidiado gozaban de los mismos servicios que los del contributivo. Para el 2011, mediante el Acuerdo 027 se unificaron los Planes de Beneficios de Salud - (POS), de los regímenes Contributivo y Subsidiado, para las personas, mayores de 60 años, lo cual favoreció a 4 millones de personas, de igual manera en el año 2012, con el Acuerdo 032, se unifico el POS de los usuarios entre 18 y 59 años, lo que benefició a 11 millones de personas e incremento la Unidad de Pago por Capitación (UPC), entre el 2010 y 2014, en un 64,8%. No obstante, continúa el diferencial de la UPC entre regímenes. Para el 2017 la UPC en el contributivo estaba en $ 689. 508 pesos y en el subsidiado era de $ 616. 849 pesos.

Ahora, a través el Decreto 2353 de 2015[83] se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este decreto actualiza los procesos de movilidad (reglamentado a partir de Decreto 3047 de 2013) de regímenes dentro de una misma EPS, es decir permite que un afiliado que se encuentra clasificado en el nivel I y II del SISBEN, cuando esté en condiciones de cotizar en el régimen contributivo, pueda hacerlo sin perder su cupo como beneficiaria en el régimen subsidiado. Este mecanismo permite no evadir el pago de aseguramiento a aquellas personas que están laborando formalmente, asimismo garantiza la prestación de los servicios cuando se encuentre desempleado.

Como es evidente, la mayoría de la población colombiana se encuentra afiliada al régimen subsidiado, sólo a partir del 2016, el porcentaje en ambos regímenes era casi similar, aunque para el 2017 el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), reportó que el total de usuarios

[83] COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 2353. Por el cual se unifican y se actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el sistema de afiliación transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad de la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. Bogotá D.C. 2015. 61P.

para agosto, ascendió a 22.277.260 personas, 290.090 más que en el régimen contributivo. Ante tal situación, es importante evaluar el desempeño que ha tenido en los últimos años la prestación de los servicios que utiliza la población vulnerable del país, para esto se tiene en cuenta el informe nacional de la Atención en Salud 2015 y la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2016, donde se puede apreciar el indicador de experiencia de la atención médica.

Con respecto a la población no afiliada, desde el año 2000 ha venido descendiendo significativamente, aunque el Régimen subsidiado se ha encargado de dar cobertura a los sectores empobrecidos, aún existe población no asegurada de ingresos medios por motivos de desempleo transitorio, inestabilidad laboral o trabajadores independiente sin suficientes ingresos para pagar regularmente el 12,5% como cotización al SGSSS[84]. Esta población es identificada en algunos casos como población ‘‘Sándwich’’, es decir está ubicada en medio de los criterios de inclusión del sistema, una de las razones por las cuales muchos analistas afirman que no es posible bajo términos de la ley 100 alcanzar el acceso universal. Además, este es uno de los principales factores por los cuales hay gente que recurre a un consultorio privado, haciendo pagos de bolsillo.

2.5 Gastos de Bolsillo

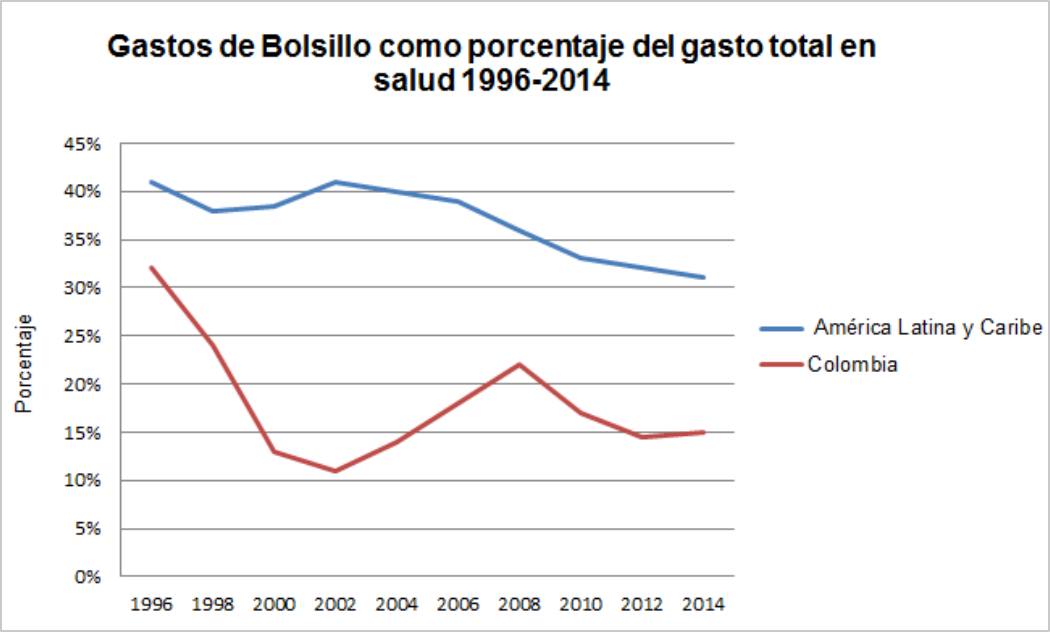
El ministro de Salud y protección social, en el reciente XII Congreso Nacional de Salud, indicó que Colombia es uno de los países con menos gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, esto según el ministro es ‘‘uno de los logros sociales más importantes del país en los últimos 25 o 30 años’’[85]. Porque a comparación con otros países latinoamericanos, el gasto de bolsillo en Colombia, está acercándose a niveles similares a los de países europeos desarrollados. Actualmente se encuentra alrededor del 15%, un porcentaje muy

[84] GUERRERO, Ramiro, *et al*. El sistema de Salud en Colombia. En: Revista Salud Pública Mexico.Vol.53. Cali .2011. p.148.

[85] XII CONGRESO NACIONAL DE SALUD (26-10-17 octubre de 2017, Colombia). (Recuperado el 3 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=MBLRrT6a5Q4

bajo teniendo como referencia países como México donde el gasto está por encima del 40% o Costa Rica (paradigma de la equidad) que tiene un gasto del 50% al igual que Ecuador. De acuerdo con los parámetros aceptables de la OMS[86], Colombia está cumpliendo, ya que los gastos de bolsillo no superan el 20% del gasto total de salud, de otro modo se incrementaría el riesgo de los hogares a incurrir en gastos catastróficos de salud.

Gráfica 3. Gastos de Bolsillo como porcentaje del gasto total en salud 1996-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se puede apreciar en la gráfica, Colombia tuvo un drástico descenso del porcentaje del gasto de bolsillo desde aprobada la ley 100 de 1993, es decir la mayor parte del gasto total de salud, recae en el Estado. Esto tiene sentido, si se tiene presente que el sistema de salud en el país es de carácter público y la salud es un derecho fundamental que debe garantizar. No obstante como bien lo explica el ministro Alejandro Gaviria[87], esto implica que el futuro financiero

[86] PEREZ, Gerson; SILVA, Alejandro. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. En: documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la Republica. Centro de estudios económicos regionales (CEER). Cartagena. 2015. p.11.

[87] XII CONGRESO NACIONAL DE SALUD (26-10-17 octubre de 2017, Colombia). (Recuperado el 3 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=MBLRrT6a5Q4

del sistema de salud está ligado al futuro de las finanzas públicas. Un porcentaje bajo del gasto de bolsillo puede verse afectado por la coyuntura fiscal, por lo tanto, lo que se necesita es conseguir mayores recursos y sanear muchas cuentas del sistema. Se necesitaría 6 billones de pesos para resolver problemas financieros acumulados, pero esto no es suficiente si se tiene en cuenta que el SGSSS está gastando más de lo que recibe, cerrando anualmente financieramente con un déficit de 1 billón de pesos, por lo tanto, hay que conseguir recursos para pagar deudas del pasado y del presente.

Desde el año 2012, el sistema cuenta con mayores recursos con la unificación de los Planes de Beneficios-POS de los dos regímenes, antes de la unificación de los planes, el contenido del POS del régimen subsidiado representaba cerca del 60% del contemplado en el régimen contributivo[88]. Con el incrementó de la UPC en el régimen subsidiado, pasó de $ 352.339 pesos en el 2012 a $ 667.429 pesos este año 2017. No obstante, según la encuesta más reciente de evaluación de las EPS del Ministerio de Salud y Protección Social 2016[89], el 42% de la población afirmó haber utilizado recursos propios o de terceros porque ni los servicios ni medicamentos estaban incluidos en el POS, un 34,2% porque la entrega fue incompleta o no estaban disponibles y un 23% lo prefieren para evitar demoras en la atención. Este panorama al parecer no difiere tanto de la opinión que tiene los usuarios del régimen contributivo, donde los porcentajes son similares.

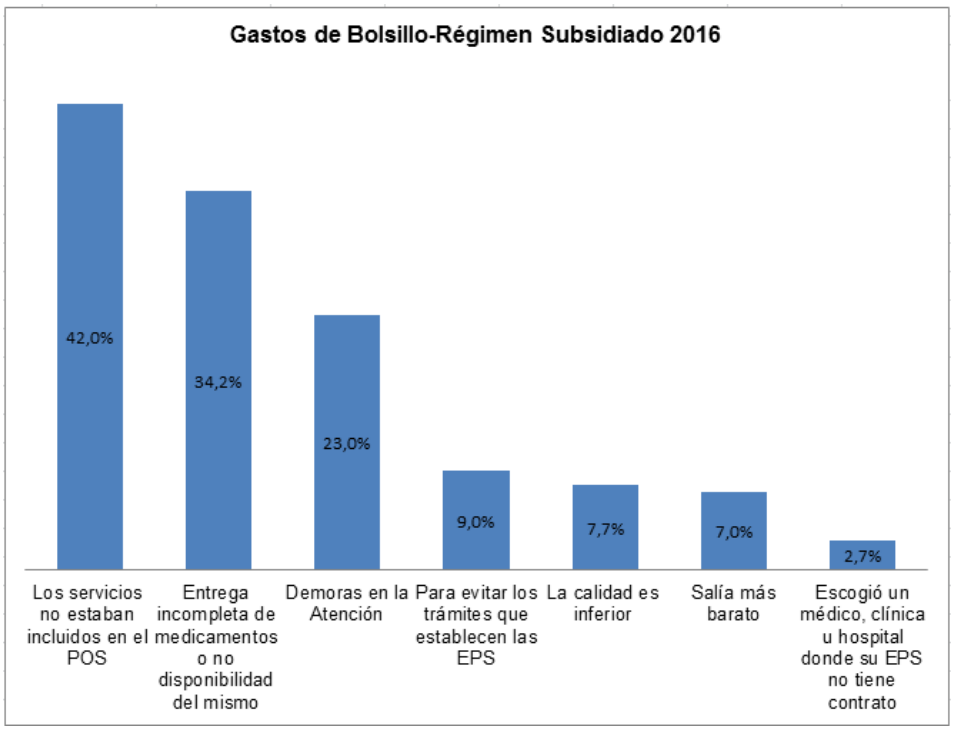
En la siguiente gráfica 4 se puede observar los motivos por los cuales los usuarios del régimen subsidiado gastaron por servicios de salud durante el 2016.

---

[88] AGUDELO CALDERON, Carlos, *et al.* Sistema de Salud de Colombia: 20 años de logros y problemas. En: Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2011. p.818.

[89] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta de los servicios de las EPS.En: sección Acceso y Oportunidad.2016.p.113-528. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pd

Gráfica 4. Gastos de Bolsillo según criterio de los usuarios del régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS 2016

2.6 Recursos

Polonia (2015)[90], describe los filtros a los que son sometidos los recursos del régimen subsidiado antes de llegar a manos de los afiliados. El primer paso consiste en la recepción de cada fuente de financiación, seguidamente son centralizados en los municipios encargados desde la ley 715 de 2001 de su administración y por último las EPS-S reciben los recursos mediante las UPC-S y son las responsables de pagar a las IPS por la prestación de los servicios. Es por esto que los entes territoriales como las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son los principales implicados en la desviación de recursos. Según Londoño (2001)[91], el 60% de los municipios del país han estado bajo investigación por uso indebido de recursos, asimismo las EPS-S usan

[90] POLANIA, Nelly. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia 2008-2012. En: tesis de Maestría en Ciencias Económicas. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. facultad de ciencias económicas. 2015. p. 13-15.
[91] LONDOÑO, B; JARAMILLO, I y URIBE, J. Descentralización y reforma de los servicios de salud: el caso colombiano. En: Human Developmen Departament LCSHD paper series. 65 marzo. 2001.

mecanismos para evadir sus obligaciones como la glosa de cuentas, la no aceptación de facturas de servicios y medicamentos, alegando que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)[92].

A pesar de que el Ministro Alejandro Gaviria[93] es consciente de la crisis financiera que vive el sistema, considera que no se puede reducir la complejidad solamente en relación con el pagador (EPS), el problema no sólo bastaría con cambiar el pagador o sustituirlo, tampoco agrega que pueda reducirse a un problema de corrupción (esto sólo ahorra tiempo). Por tal motivo, explica que existen dificultades más profundas por la ausencia de un contrato social coherente. Existen problemas de haber incluido a todo el mundo y de haber protegido financieramente a la totalidad de la población muchas veces sin establecer las capacidades necesarias como Estado y como sociedad[94].

2.6.1 Fuentes de financiación

Como ya se describieron en el marco jurídico, las principales fuentes de financiación del régimen subsidiado provienen en parte de la su subcuenta de solidaridad del FOSYGA, que comprende el 1.5 de la cotización del régimen contributivo, especiales y de excepción. Además el gobierno aporta un monto de 287 mil millones más un punto adicional de lo aprobado en el presupuesto del año 2007 y las cajas de compensación igualmente aportan recursos, que se giran a nombre de las entidades territoriales, EPS-S e IPS-S[95].

El problema que surge con la mala administración de estos recursos es muy grave como lo describe Polonia (2015)[96] en su trabajo. Allí explica que los recursos del FOSYGA, generan incentivos perversos a las EPS-S, presentan

---

[92] POLANIA, Nelly. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia 2008-2012. En: tesis de Maestría en Ciencias Económicas. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. facultad de ciencias económicas. 2015. Op. cit., p.15.

[93] XII Congreso Nacional de Salud (26-10-17 Octubre de 2017, Colombia).

[94] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Fuentes de Financiación y usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social. Capítulo Tres: régimen subsidiado.2016.P.26. (Recuperado el 2 de octubre de 2017).
Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf

concentración de recursos en regiones más desarrolladas y hasta el gobierno demora el giro de los recursos al invertirlos en TES. La justificación para la demora en los pagos de los recobros de las EPS-S, según Rodríguez (2010)[97] es que el 42,7% de los TES tienen vencimiento entre 90 y 180 días, y el 30,8% entre 180 y 730 días.

Otra de las fuentes de recursos del régimen subsidiado proviene del Sistema General de Participaciones (SGP), este transfiere a las entidades territoriales para la financiación de los servicios de la salud, educación y saneamiento básico. El monto que se destina, se incrementa tomando como referencia los recursos destinados en la vigencia anterior. Entre el año 2011 y 2016, el incremento era igual a la tasa de inflación, más una tasa de crecimiento real de 3%. De acuerdo al porcentaje que se destina para la salud se encuentra en un 24,5%.

Los impuestos a licores, tabaco juegos de suerte, loterías y recursos propios de los entes territoriales como las regalías son otras de las fuentes que financian al régimen subsidiado. Estos ingresos permiten la universalización del aseguramiento, el pago por capitación (UPC), la unificación de los Planes de Beneficio y financiación de los servicios prestados a la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda.

2.7 Experiencia de la Atención Médica

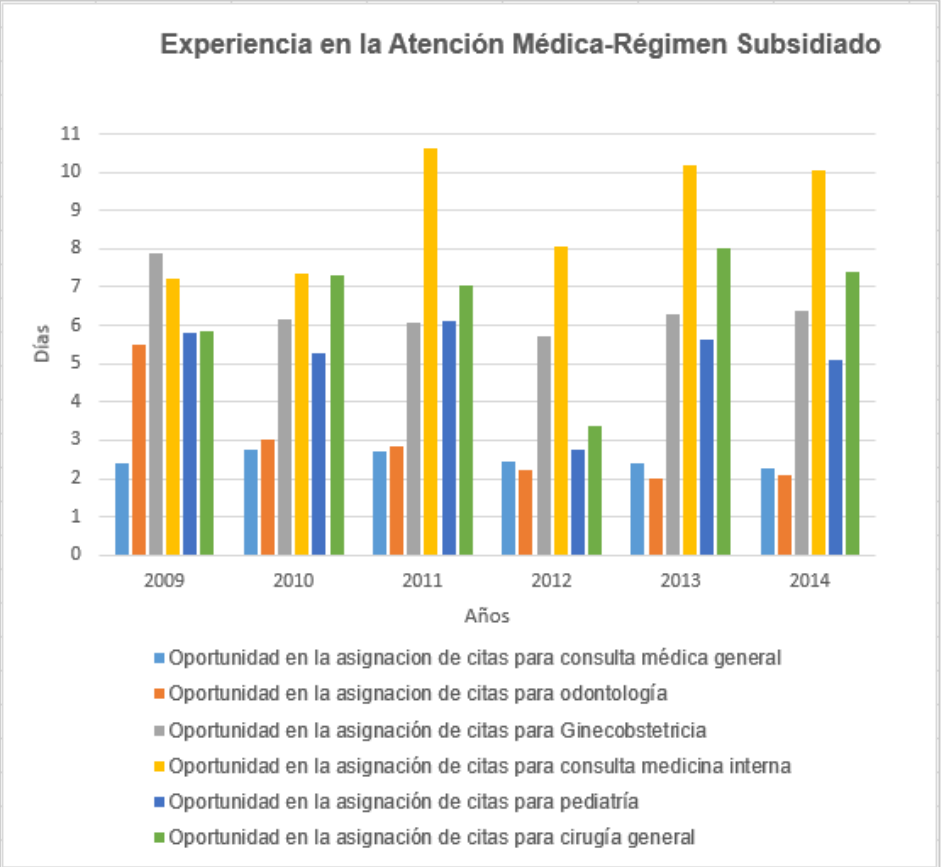
Desde el año 2006, se ha realizado un seguimiento de los indicadores de calidad en la atención de los servicios de salud en Colombia, mediante el Decreto 1011 y la Resolución 1446 del mismo año. Dicha resolución, reglamentó unos indicadores para las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes Benéficos (EAPB), los cuales deberían centrarse en aspectos como: oportunidad /accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción/lealtad. A partir de tales criterios, la

[97] RODRIGUEZ, Oscar. Citado en: POLANIA, Nelly. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia 2008-2012. En: tesis de Maestría en Ciencias Económicas. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. facultad de ciencias económicas. 2015. p.14.

oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social ha formulado un informe de calidad y una Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS para medir el desempeño de los servicios médicos en el país, teniendo además en cuenta las dimensiones de equidad, eficiencia, acceso, costo y calidad. Esta última dimensión, se analiza por medio de tres aspectos, pero en esta ocasión solo se revisará la experiencia de la atención, porque es una de las variables de interés en la investigación.

En las siguientes gráficas 5 y 6 se puede observar los tiempos de espera a nivel nacional en consultas de medicina general y especializada durante el 2012-2016 en el régimen subsidiado.

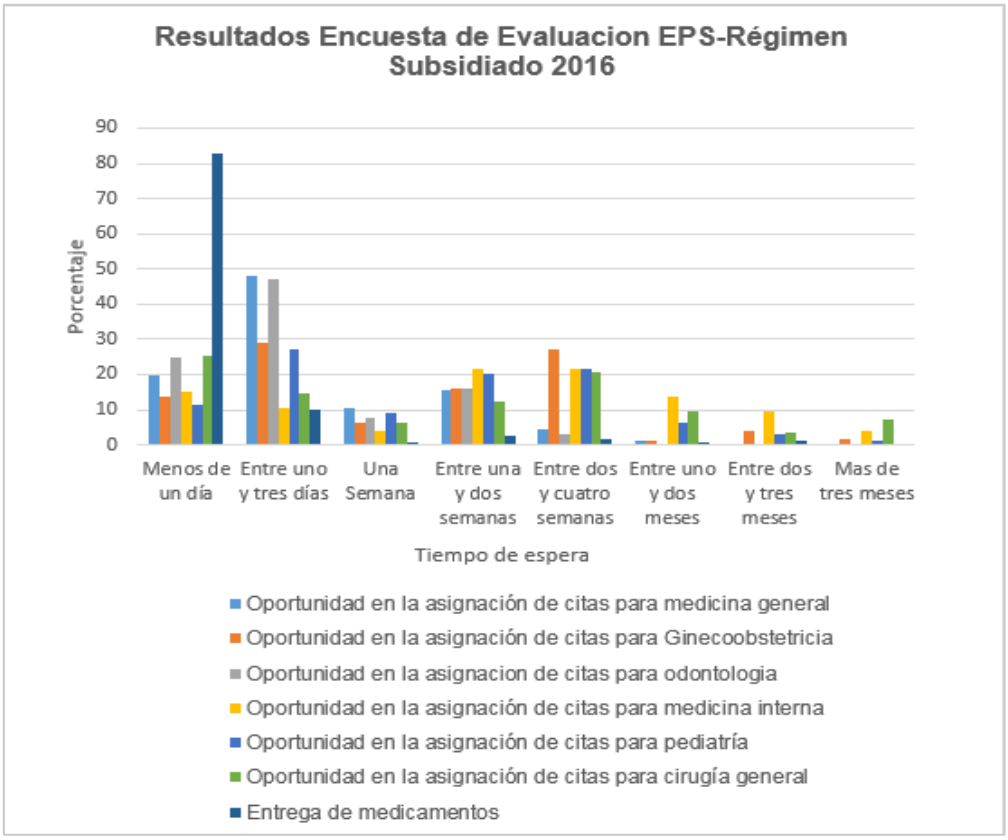
Gráfica 5. Experiencia en la atención médica en el régimen subsidiado a nivel nacional 2009-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015

Como se acaba de evidenciar, la asignación de citas de medicina general en el régimen subsidiado a nivel nacional duró en promedio 2,49 días, es decir está entre el tiempo establecido por la Resolución 1552 de 2013[98], que reglamenta que la asignación de citas tanto de consulta general como de odontología no debe exceder tres días hábiles contados a partir de la solicitud. Para el año 2016, la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS, de igual manera reporta que el tiempo de espera está entre uno y tres días (48,1%).

Gráfica 6. Oportunidad en la asignación de citas según criterio de los afiliados al régimen subsidiado 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS 2016

[98] COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1552. Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. 2013.

A nivel nacional los datos consolidados en el año 2014 (ambos regímenes) por departamentos que presenta el Informe de Calidad de la Atención en salud 2015, permite conocer las regiones donde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se demoraron más en asignar citas médicas generales y en cuales no tanto. Los departamentos como Cundinamarca (3,79 días), Ar San Andrés (4,56 días), Atlántico (2,94 días) y Bogotá D.C (4,29 días) tienen los índices más altos con respecto al tiempo de espera, ya que exceden el tiempo establecido de tres días para atender al afiliado. No obstante, las regiones donde agilizaron la atención a los usuarios se encuentran: Guainía (1 día), Arauca (1,57 días), Cauca (1,46 días), Magdalena (1,53 días) y Santander (2,37 días). A pesar de lo anterior, para el momento de evaluación de la encuesta de los servicios de las EPS en el año 2016[99], en la totalidad de los departamentos estaban cumpliendo con el estándar exigido por el ministerio según el criterio de sus afiliados.

Los departamentos donde las IPS más tardaron en el 2014 para asignar citas para odontología son: Ar San Andrés (8,31 días) y Bogotá (4,21 días). Donde menos se demoraron se encuentran las regiones de Sucre (1,39 días) y Vichada (1,17 días). Al igual que en el caso de citas para medicina general la evaluación de las EPS en el año 2016, muestra que los afiliados son atendidos en el tiempo establecido por el ministerio a nivel nacional.

Con respecto a la asignación de citas que necesitan previa autorización de las EPS-S, como en el caso de citas para ginecoobstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna, el tiempo de espera en promedio que debe tardar la autorización según le Resolución 1552 de 2013 es de cinco días, tiempo que por lo general se demoran los municipios en hacer efectiva la autorización, debido a que deben enviar los registros a la sede central de la EPS ubicadas en las capitales de los departamentos, por lo que se supone que en las ciudades se agilizan más rápido los trámites para una autorización.

[99] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. En: seccion oportunidad y acceso. 2016. P.113-528. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

Además esta resolución especifica que las EPS deben llevar un control de oportunidad en la asignación de citas con especialistas y publicar la información de tiempos de espera dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes en la página web de la respectiva entidad Pero no hay un intervalo de tiempo que se le exija a las IPS para que agilice la asignación de las citas médicas ya que depende en muchos casos de la oferta de especialistas en la región donde se encuentre el paciente y la agenda (demanda) de personas que soliciten el servicio, por lo tanto en regiones donde hay escasez de personal y recursos médicos, asimismo altas deudas con las IPS, es casi un milagro que la cita con especialistas no se demore meses. No obstante la Resolución 056[100] de 2009 establece unos tiempos de espera que deben cumplir las Entidades Administradoras de Planes Benéficos con respecto a la siguiente clase de citas.

Tabla 6. Tiempo estándar de espera para la asignación de citas especializadas.

Descripciòn	Dias de espera
Tiempo de espera para consulta de medicina interna	30 dìas
Tiempo de espera para consulta de pediatrìa	5 dìas
Tiempo de espera para consulta para Cirugia General	20 dìas
Tiempo de espera para imagenologìa y diagnòstico general	3 dìas
Tiempo de espera para imagenologìa y diagnòstico especializado TAC	15 dìas
Tiempo de espera para consulta de Ginecoobstetricia	5 dìas
Tiempo de espera en la realizacion de cirugìa general programada	30 dìas

Fuente: Elaboración propia con datos de la Circula 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

[100] COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular 056.Dispone los indicadores que la Entidades Administradoras de Planes benéficos deben cumplir para garantizar la calidad y eficiencia en los servicios. 2009. p 7.

Teniendo en cuenta que estos indicadores de oportunidad reflejan la sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha entre la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica y la fecha para la cual es asignada, sobre el número total de consultas asignadas en cada institución El tiempo de espera en el periodo 2009-2014 para la asignación de una cita para Ginecoobstetricia se encontraba en promedio en 6,41 días, por encima del estándar. Para el año 2016 el tiempo de espera a nivel nacional estaba alrededor de uno y tres días (29,2%), dos y cuatro semanas (27,2%) según la percepción de los afiliados. Con respecto a la atención en pediatría duró en promedio 5,11 días y en el 2016 el tiempo de espera estaba entre uno y tres días (27,1%).

Según el Informe Nacional de Calidad 2015, los datos consolidados en el año 2014 permiten conocer las IPS en los departamentos que más tardaron en asignar una cita médica para Ginecoobstetricia estos son: Ar San Andrés (13,5 días), Bogotá D.C (10,8 días), Meta (10,8 días), Santander (10,4 días) y Valle del Cauca (9,85 días). Las IPS que menos se demoran en ofrecer el servicio son: Boyacá (5 días) y Magdalena (5,15 días). Teniendo en cuenta los resultados de la encuesta del año 2016, Bogotá mejora su situación ubicándose entre los lugares que mejor atención recibe los afiliados en el momento de solicitar esta clase de citas, 53% afirmó ser atendido entre uno y tres días. Quindío un 93% considera que lo atienden en menos de un día y Huila se tardan hasta entre dos y tres semanas.

En las regiones donde las IPS se demoraron en asignar una cita de pediatría en el 2014 están: Ar San Andrés (25 días), Meta (14 días), Nariño (10,8 días) y Chocó (10,7 días). Muy contrario ocurre en los departamentos de Cesar (3,95 días) y Casanare (4,43 días). Al comparar los resultados obtenidos en la encuesta 2016, el departamento de Chocó presenta una mejoraría, ya que el 53,3% de los encuestados, considera que lo atendieron en menos de un día y Vichada, es donde más tardan aproximadamente entre dos y cuatro semanas.

Por último, la asignación de citas para medicina interna y cirugía general tardan en promedio respectivamente en el periodo 2009-2014 entre 8,91 días y 6,49,

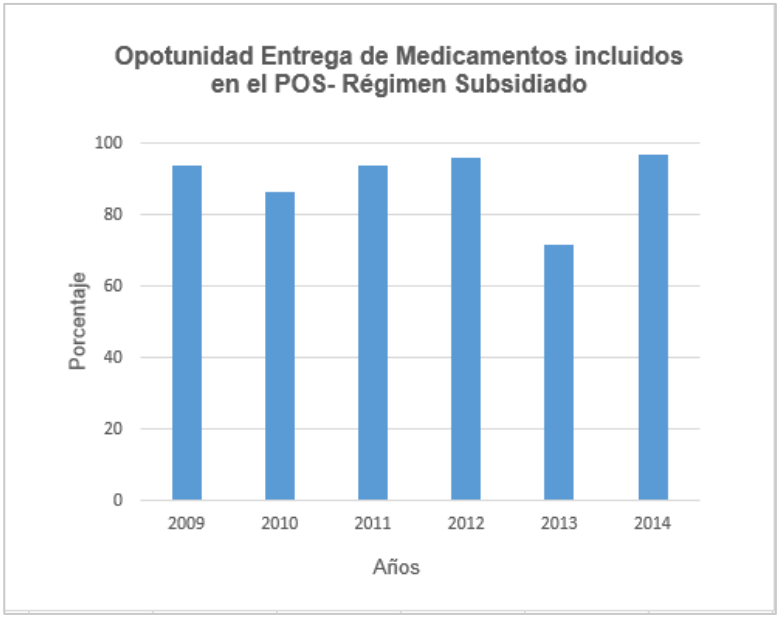
muy por debajo al estándar. En el año 2016 el tiempo de espera en el régimen subsidiado para los dos casos estaba alrededor de dos y cuatro semanas (24,7%), (25,5%) respectivamente desde el momento en que se contacta a la EPS-S para solicitar el servicio y el tiempo de espera para ser atendido según la perspectiva de los usuarios del régimen subsidiado.

Al igual que en los otros casos, el Informe Nacional de Calidad 2015[101], permite conocer las IPS en las regiones que más se demoraron en el 2014 para asignar citas de medicina interna: Risaralda (21,1 días), Huila (15 días) y Bogotá D.C (14,9 días), hay que aclarar que se demoran a comparación de los demás departamentos, pero con respecto al estándar están por debajo del tiempo de espera. Igualmente ocurre con respecto a las citas para cirugía general, los departamentos de Quindío (14 días) y Bogotá D.C (13 días) tardan días para atender el paciente y aquellos donde menos tardan son: Arauca (4,43 días) y Tolima (4,9 días). Para estos casos también se hizo la comparación con los resultados que arrojó la encuesta de evaluación de las EPS 2016, donde se evidencia que en Quindío se tardan menos de un día para asignar una cita con el internista (96,4%) y para cirugía general (57,4%) según los usuarios. Por el contrario, Vichada es uno de los lugares con peor acceso a citas con el internista, tardándose más de dos meses al igual que en Putumayo para sacar una cita para cirugía general.

La oportunidad de medicamentos en el régimen subsidiado incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) ahora conocido como Plan de Beneficios, durante el periodo analizado 2009-2014 se incrementó 3,2 puntos porcentuales ubicándose en un 97%, es decir según estos datos la totalidad de medicamentos se entregaron. En el siguiente gráfico 7 se puede observar.

[101] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Informe Nacional de la Calidad en la Atención de la Salud. Indicadores de experiencia basados en mediciones objetivas. P.131-164. (Recuperado el 12 de agosto de 2017).
Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf

Gráfica 7. Oportunidad en la entrega de medicamentos en el régimen subsidiado 2009-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015

En el 2016 según la encuesta que se mencionó previamente el tiempo que se tardan las EPS en entregar los medicamentos es menos de un día (82,9%). No obstante, según la percepción de los usuarios solo el 76,9% considera que el total de medicamentos fueron entregados la primera vez que lo solicitó. Asimismo, el 18,3% afirmó utilizar recursos propios para costos de consulta médica, exámenes o medicamentos. Un 42% indicó que la razón fue porque ni los servicios ni medicamentos estaban incluidos en el POS y un 34,2% porque la entrega fue incompleta o no estaban disponibles[102].

Con respecto a lo anterior, es preciso aclarar que en el Ar de San Andrés presenta serias dificultades en el acceso (aéreo/marítimo) a la prestación de los servicios, lo que ocasiona costos mayores comparados con el comportamiento nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social al reconocer la situación,

[102] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS. En: sección oportunidad y acceso.2016. p.113-528. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

mediante la Resolución 5522 de 2013 aplica una prima en el valor de la UPC. En el año 2016 presentó una notable mejoría según los usuarios de ambos regímenes en el acceso a citas médicas odontológicas y la entrega de medicamentos.

Otro caso particular fue Bogotá, donde en el periodo 2010-2014 tenía un alto tiempo de espera en la asignación tanto de citas generales como de especialistas. No obstante, para el año 2016, presentó una mejoraría en la prestación de los servicios según el criterio de los usuarios del sistema de salud, sin embargo, este año la Secretaria de Salud Distrital publicó un informe donde muestra la alta tasa de inasistencia de citas médicas en el año 2016 por parte de los usuarios. De un total de 3.253.172 citas, en 422.971 no llegaron los pacientes, representando un costo al distrito cerca de 16 mil millones de pesos. Además de esto dio a conocer que entre el 80% de las inasistencias, las citas que más incumplen los pacientes son: medicina general (87.411), especialidades (106.968) y prevención, planificación, terapias físicas (55.178)[103].

A pesar de esto el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud prohíben la imposición de multas por inasistencia a citas médicas a los usuarios. En virtud de lo dispuesto en el artículo 55 de la ley 1438 de 2011[104], no está permitido el cobro de multas o sanciones por incumplimiento de citas médicas programadas tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Si las EPS, entidades territoriales e IPS no cumplen con lo descrito, serán objeto de sanciones según el artículo 130 y 131 de la misma ley.

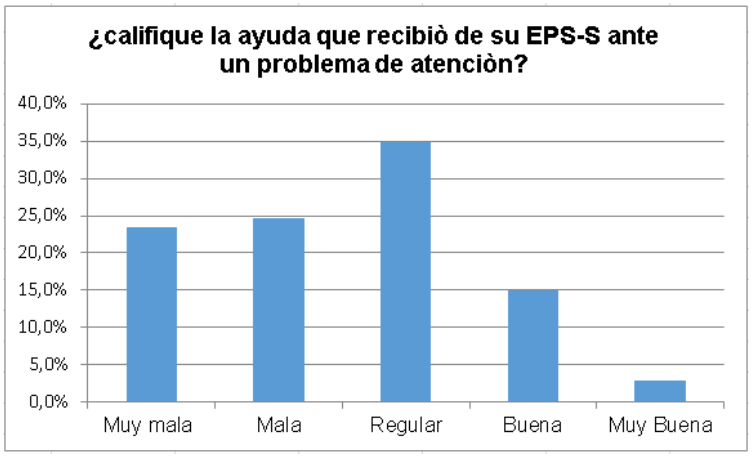
Por otra parte, los usuarios también reclaman una mejora en los servicios y a nivel nacional en el año 2016, el 4,9% de los afiliados del régimen subsidiado afirmaron haber tenido problemas de atención (negado servicios) con el prestador del servicio, de igual manera se les preguntó que calificaran la ayuda

[103] EL ESPECTADOR.16 millones costo inasistencia de bogotanos a citas médicas. Bogotá D.C.6 de febrero de 2017 Sección una. ISSN 0122-2856

[104] COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2011. p.21.

que les ofrece las EPS-S en estos casos, a lo que respondieron el 34,9% que era regular y sólo el 2,9% consideraron que era buena. Esto es un problema grave teniendo en cuenta que a estas alturas nadie debía sufrir por el acceso a los servicios. Se han formulado tantos decretos y leyes que priorizan la universalización con equidad y eficiencia de la salud, pero aún se ven casos donde la evidencia refleja lo contrario.

Gráfica 8. Calificación de la ayuda recibida por parte de las EPS-S ante un inconveniente en la atención médica



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS 2016

2.7.1 Satisfacción

Adicional a lo anterior hay que conocer cuál es la satisfacción que tiene los usuarios del régimen subsidiado a nivel nacional con los servicios prestados por las EPS-S, ya que en últimas son ellos quienes experimentan y viven a diario el proceso de solicitar citas médicas, medicamentos, tratamientos entre otros. Al respecto la Encuesta de Evaluación de las EPS 2016[105], permite conocer el porcentaje de calificación dependiendo al servicio recibido durante los últimos seis meses.

[105] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS.En: Sección Satisfacción.2016. P.529-719. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

A continuación en la tabla 7 se puede observar la calificación de los usuarios del régimen subsidiado de acuerdo a su experiencia médica.

Tabla 7. Satisfacción de los servicios médicos-Régimen Subsidiado 2016

Satisfacción de los Servicios Médicos Régimen Subsidiado-Resultados Encuesta de Evaluación de las EPS 2016	
Servicio	Buen servicio
Consulta Medicina General	78,20%
Consulta de Odontología	72,70%
Consulta de Pediatría	74,10%
Consulta de Obstetricia	75,40%
Consulta de Medicina Interna	70,90%
Cirugía General	60,90%
Consulta medicina especializada: cairdiología, Neurología y ortopedia	67,60%
Servicio de Urgencias	59,70%
Hospitalización	70,70%
Trámite para solicitar medicamentos	57,70%
Entrega de medicamentos	69,00%
Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad (PyP)	71,50%
Tratamientos asistidos: Quimioterapia, Radioterapia y diálasis	65,30%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS 2016

Como se puede observar en la tabla 7, los usuarios del régimen subsidiado están satisfechos con los servicios médicos generales, ya que como se mencionó anteriormente a nivel nacional los departamentos están cumpliendo con el oportuno acceso de estos servicios. Además con respecto a los servicios de consulta especializada y tratamientos, a pesar de los innumerables inconvenientes que se presentan actualmente, los usuarios consideran que están recibiendo un buen servicio médico. No obstante siguen los inconvenientes con el trámite para solicitar medicamentos, un 10% afirmó

recibir un mal servicio asimismo sólo el 44,1% se siente satisfecho con los tiempo de espera para la atención.

2.8 Intervenciones de Tutelas

Aunque la ley 100 de 1993 en su artículo 156, establece que todos los afiliados al SGSSS recibirán un Plan Integral de Protección de la Salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, la Defensoría del Pueblo[106] dio a conocer en su informe anual que los colombianos tuvieron que acudir respectivamente a interponer, 114.313 (2012), 115.147 (2013) ,118.281 (2014) y 151.213 (2015) acciones de tutelas para reclamar por violaciones al derecho de la salud. De estas 104.985 (2012), 85.956 (2013), 85.380 (2014) y 110.565 (2015) se presentaron en el régimen subsidiado. Lo preocupante de la situación es que alrededor del 65,51% de las solicitudes reclamaban medicamentos incluidos en el POS en el año 2015 para el régimen subsidiado, 2,68 puntos porcentuales más que en el régimen contributivo[107].

Los departamentos con mayores intervenciones de tutelas en salud en el 2015 se encuentran: Antioquia (32.540). Medellín concentró el 48,1% de esas tutelas seguido de los municipios: Bello (6,3%), Itagüí (6,5%%), Envigado (4,9%) y Rionegro (4,2%). En segundo lugar, aparece Valle del Cauca (17.971); Cali fue la ciudad con mayor participación con el 53,1%, seguido de Palmira (12,9%), Tuluá (7,1%), Buga (5,8%) y Cartago (3,9%). En tercer lugar, se encuentra Bogotá D.C (17.254), en quinto lugar aparece Norte de Santander (8.171) y en sexto lugar se encuentra Santander con (7.937), en donde se redujeron notablemente las acciones de tutela, ya que para el 2014 ocupó el quinto lugar con mayores solicitudes. Sin embargo Bucaramanga, Barrancabermeja, Málaga, San Gil y Socorro aún se encuentran entre los municipios con más de 50 tutelas por cada 10.000 habitantes.

[106] DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social.2013-2014. p.206-215.
[107] Ibid.p.195.

Tanto Antioquia como Valle del Cauca son los departamentos con mayores porcentajes de afiliados en el régimen subsidiado en el periodo 2010-2013. En primer lugar, aparece Antioquia con un porcentaje de 10.50% del total de afiliados en el 2013 y Valle del Cauca con un 8.04%.

En aquellas regiones donde la acción de tutelas fue relativamente baja en el 2015 se encuentran, Vaupés (43), Guanía (135) y Vichada (113), donde puede prevalecer como uno de los motivos, el desconocimiento para llevar a cabo una interposición de tutela y un bajo porcentaje del total de afiliación nacional en el régimen subsidiado menor al 1%. No obstante al comparar con el año 2014, estos departamentos tuvieron una variación superior al 80%.

Hay que tener presente que desde el pronunciamiento de la Sentencia T-760 de 2008[108] consagró la salud como un derecho fundamental autónomo, de prestación exigible y justiciable mediante la acción de tutela, asimismo la Sentencia C-313 de 2014[109], ratificó la necesidad de mantener la acción de tutela sin modificaciones ni limites, de tal forma que los ciudadanos puedan acudir a ella cuando cualquier entidad tanto pública como privada, intente violar el derecho a la salud. Además la Ley Estatutaria 1751, en su artículo ocho, define el *Principio* de *Integralidad*:

> Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario[110].

[108] COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. (sala segunda de revisión) Sentencia N. T-760 de 2008. Bogotá D.C.411P.
[109] COLOMBIA. CORTE CONTITUCIONAL. (sala plena corte constitucional). Sentencia C-313 de 2014. Bogotá D.C.562P.
[110] COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.2015. p.5.

En la siguiente tabla se puede apreciar los requerimientos médicos que más se solicitan en las tutelas en el régimen subsidiado incluidos en el POS y No POS[111]

Tabla 8. Cantidad de tutelas según insumos y servicios solicitados Régimen Subsidiado 2012-2015

	2012		2013		2014		2015	
	Solicitudes	part. (%)	Solicitudes	Part. (%)	Solicitudes	Part. (%)	Solicitudes	Part. (%)
Tratamientos	30.049	28,62	24.741	28,78	22.947	26,88	31.723	28,69
Medicamentos	19.299	18,38	14.117	16,42	16.301	19,09	22.957	20,76
Citas Mèdicas	17.790	16,95	15.012	17,46	14.371	16,83	15.453	13,98
Pròtesis, Ortesis e insumos mèdicos	6.364	6,06	8.536	9,93	11.439	13,4	15.639	14,14
Cirugìas	9.519	9,07	7.875	9,16	7.664	8,98	9.977	9,02
Imágenes Diagnòsticas	11.004	10,48	8.134	9,46	6.919	8,10	8.250	7,46
Exàmenes paraclìnicos	9.270	8,83	6.619	7,70	4.778	5,60	5.110	4,62
procedimientos	1.690	1,61	992	1,07	961	1,13	1.456	1,32
Total	104.985	100	85.956	100	85.380	100	110.565	100

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos de la Defensoría del pueblo

En el año 2012 la Comisión de Regulación en Salud (CRES), mediante el Acuerdo 032, cumple lo estipulado por la Corte Constitucional en la Sentencia 760 de 2008. Este Acuerdo dispone que la población de 18 a 59 años (sólo faltaba este rango poblacional) de edad afiliada al régimen subsidiado, debe gozar de los mismos servicios ofrecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del contributivo. Es por esto que desde el 2013 se incrementó considerablemente la UPC. Además en términos de crecimiento real entre el 2012 y 2013 el presupuesto del régimen subsidiado creció un 41%[112], No obstante según los datos de la Defensoría del pueblo las acciones de tutelas

[111] DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social. 2015. P.151-179. (Recuperado el 20 de diciembre de 2017). Disponibleenhttp://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/texto.

[112] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Informe de Actividades 2010-2014 y 2013-2014 al honorable Congreso de la República. Bogotá D.C.P.184. (Recuperado el 23 de noviembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/INFORME%20CONGRESO%202014.pdf

volvieron a incrementarse en el 2015 a niveles superiores de lo registrado en el 2008.

Además, aún existe un diferencial entre las UPC de los regímenes que para el año 2017 se encuentra alrededor de $ 78.000 pesos. El ministro de Salud y Protección Social en el año 2013, se refirió al asunto y afirmó que debe mantenerse transitoriamente la diferenciación por la viabilidad financiera del sistema. De igual manera este año 2017 explicó que si se sigue teniendo un Plan de Beneficios jurisprudencialmente definido e infinito, se convierte el sistema en un barril sin fondo con deudas elevadísimas[113].

Los tratamientos (27.638), medicamentos (7.175) y citas médicas para especialistas (15.453) son los casos que presentaron mayores tutelas por parte de los afiliados en el año 2015 que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), de igual manera son las prótesis, ortesis e insumos médicos (14.097) y medicamentos (15.782) los que tenían más demanda y no están incluidos en el POS. En general todas las solicitudes se incrementaron considerablemente durante ese año al comparar con el 2014.

Entre las EPS que presentan mayores acciones de tutelas en el régimen subsidiado y tienen o tenían oficinas en Santander están:

Tabla 9. Cantidad de tutelas interpuestas según EPS-S

	2013		2014		
EPS	**Tutelas**	**Part. (%)**	**Tutelas**	**Part. (%)**	**Variacion (%)**
Caprecom	9.332	33,16	10.379	33,32	11,22
Comparta	1.551	5,51	2,026	6,50	30,63
Coosalud	1.127	4,00	1.027	3,30	-8,87

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos de la Defensoría del pueblo

La EPS CAPRECOM lidera la lista con el mayor porcentaje de afiliación en el régimen subsidiado y participación de tutelas. Por cada 10.000 afiliados

[113] XII CONGRESO NACIONAL DE SALUD (26-10-17 octubre de 2017, Colombia). (Recuperado el 3 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=MBLRrT6a5Q4

presentan 31,3 tutelas en el 2014, es el indicador más alto para ese año a pesar de que desde el 2012 es la EPS-S que más recibió recursos por giro directo, pero también la que más deudas y glosas presentó con las IPS[114].

La auditoría que realizó en el año 2014 la Contraloría General de la Nación, advirtió las innumerables afiliaciones duplicadas, asimismo de personas fallecidas que reportaba CAPRECOM por las cuales estaba recibiendo recursos del Estado. No obstante, las deudas que tenía esta EPS-S para este año sumaban más de 1,3 billones de pesos. Debido a esto y demás problemas financieros, en el 2015 mediante el Decreto 2519[115] se inicia el proceso de liquidación de la Entidad pública.

Siguiendo con los datos que arroja la última encuesta de evaluación de las EPS 2016 con respecto al mecanismo de tutela, el 2,4% del total de los encuestados pertenecientes al régimen subsidiado consideran necesario interponer una acción de tutela para ser atendido y el 89,9% afirmaron que salió a su favor, asimismo el 81,5% respondió que las EPS-S han cumplido con el fallo del juez, en la gráfica 9 se puede observar estos resultados.

Este año 2017 el Ministerio de Salud y Protección social implementó una herramienta tecnológica denominada Mi Prescripción (MIPRES)[116], la cual tiene como objetivo eliminar las autorizaciones para medicamentos de alto costo no incluidas en el Plan de Beneficios para el Régimen Contributivo, antes evaluadas rigurosamente por el Comité Técnico Científico (CTC). Esta herramienta sin duda les brinda mayor autonomía a los profesionales de la salud, quienes están en todas las facultades de prescribir directamente lo que el paciente requiere sin tantas demoras por parte de las EPS y el CTC. Lo malo del asunto es que los pacientes del régimen subsidiado que solicitan

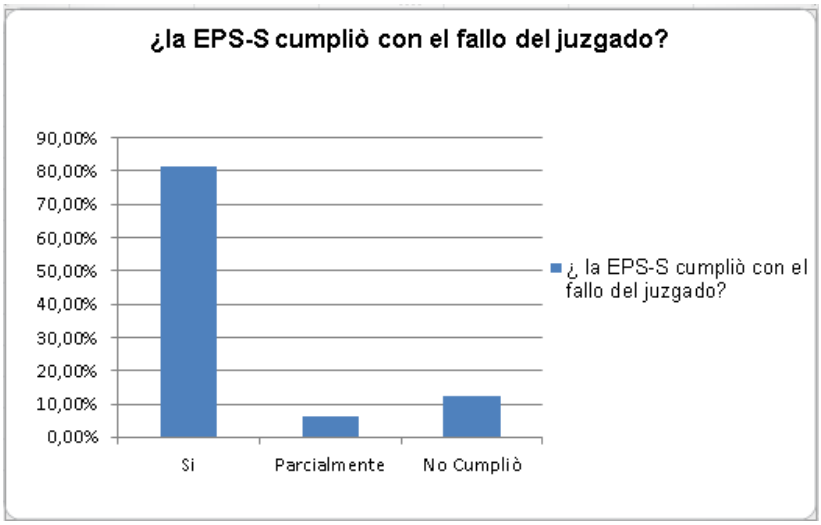
[114] POLANIA, Nelly. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia 2008-2012. En: tesis de Maestría en Ciencias Económicas. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. facultad de ciencias económicas. 2015. p.41.

[115] COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 2519. Por la cual se suprime la Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM, se ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2015.19P.

[116] COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 3951. Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de beneficios en salud con cargo en la UPC y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2016.52P.

medicamentos, tratamientos, entre otros servicios no incluidos en el POS no se benefician con esta herramienta y deben aún someterse al criterio de los CTC y la espera de las EPS-S.

Gráfica 9. Calificación de los usuarios del régimen subsidiado según cumplimiento del fallo del juzgado por parte de la EPS-S



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS 2016

2.9 Síntesis del Capitulo

En este capítulo como se acabó de evidenciar, pretendía hacer un recorrido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) desde su creación con la Ley 100 de 1993 hasta lo último que acontece con los cambios y arreglos que incorpora la Ley Estatutaria 1751 del 2015. Sin embargo, como la mayoría bien lo sabe, entender la problemática del Sistema tarda mucho tiempo de análisis y reflexión, por lo tanto, este trabajo resalta aspectos relevantes en materia de atención médica, pero no detalla minuciosamente cada aspecto y crítica que ha recibido el SGSSS a través de los años.

El régimen subsidiado es el principal énfasis que tiene este trabajo, por tal motivo entender su evolución e importancia en la prestación de los servicios para las personas más vulnerables del país es esencial como medida de equidad y eficiencia del acceso universal del derecho a la salud.

A medida que se va desarrollando el capítulo quizá es evidente percibir que en Colombia, la gran mayoría está afiliada al régimen subsidiado, cifras que se aceleraron en el 2012. Año en el cual el gobierno le apostó a garantizar el mismo Plan de Beneficios en ambos regímenes, ya que antes de que la corte constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008 exigiera la igualdad en el acceso a los servicios, los usuarios beneficiados con el Régimen Subsidiado sólo recibían el 60% del POS del contributivo. Cifras alarmantes que con el tiempo y a partir del 2009 se fueron desvaneciendo.

Hay que recordar que hace más de 15 años atrás, el país tenía una baja cobertura en afiliación, un excesivo aumento de gasto de bolsillo, en 1993 era del 44%. Aunque es inevitable no escuchar malas noticias y quejas de los usuarios por la negación de los servicios, tanto el Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud (2015) como la Encuesta de Evaluación de las EPS (2016), reflejan los avances que ha tenido el sistema y la percepción que tiene los usuarios a la hora de calificar la atención recibida, que por cierto es relativamente alta.

Con esto no expreso un inconformismo con el sistema, muy contrario a esto me baso en la evidencia, que en este caso son los datos que arrojan los informes y encuestas a nivel nacional. La crisis financiera que afronta el sistema es innegable y un análisis detallado de las finanzas dejaría preocupado a cualquiera. Las altas deudas de los Entes territoriales, las Empresas Promotoras de Salud con las IPS y E.S.E.S es alarmante. El mal manejo de los recursos que gira el gobierno es el principal problema y a esto se le suma la lenta intervención de organismos como la Superintendencia Nacional de Salud, lo que incrementa la crisis. Mucha gente no logra alcanzar un buen estado de salud por contratos ineficientes más no por una opción personal[117]. Esto sin duda es reflejo de la cantidad de acciones de tutelas que se incrementaron en el 2015, cifras muy superiores a lo que se presentó en el 2008, año en el que fueron descendiendo lentamente hasta el 2014.

[117] SEN, Amartya. ¿por qué la equidad en salud? En: Revista Panam Salud Publica (texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre economía de la salud). York, Reino Unido. 2002. p.303.

Como bien lo dijo el Ministro Alejandro Gaviria, una baja tasa de gasto de bolsillo exige altos recursos fiscales, el problema es definir bien las capacidades que tiene el Estado con el Sistema y no pretender respaldar financieramente a todo el mundo sin tener los suficientes recursos. Adicional a ello, es totalmente cierto lo que afirma con respecto a la población pobre no afiliada (PPNA), a la cual no se debería girar recursos, ya que no tiene lógica que el gobierno se trace como objetivo la cobertura universal y aún exista esta parte poblacional no afiliada. Por lo tanto, es función de la Entidades Territoriales afiliar a todo el que lo necesite de verdad, porque hay tantos colados que reclaman beneficios del Estado sin necesitarlo y a pesar de las modificaciones en el SISBEN, esto no es lo suficiente para sacar a aquellos que viven a costa del gobierno.

Además, es necesario la explicación del porqué la PPNA está recibiendo una UPC implícita 3,5 veces mayor que la UPC del régimen subsidiado, es decir está recibiendo más ingresos por afiliación que lo que recibe el usuario del régimen subsidiado a pesar de que es el mismo Plan de Beneficios. Las secretarias de salud quienes están a cargo deben responder por este incremento y si de verdad el gasto se refleja en mejores prestaciones en los servicios.

Al revisar las encuestas e informes a nivel nacional actualizados (disponibles), se puede evidenciar que los usuarios del régimen subsidiado se sienten satisfechos con los servicios que reciben, incluidos los de consulta especializada y el acceso a medicamentos. No obstante, cuando se hace la misma actividad por regiones respecto a las citas especializadas y trámites de medicamentos en el reporte consolidado (ambos regímenes) en el año 2016, aún existen departamentos con serios problemas en el acceso como es el caso de San Andrés, Vichada y Putumayo, donde los tiempos de espera exceden el estándar. Además, el porcentaje de satisfacción (buen servicio) especialmente en Vichada según los usuarios con respecto a los servicios utilizados es inferior al 20%. Por tal motivo en estos departamentos existen barreras de acceso por parte de los prestadores del servicio EPS-S y por parte de la demanda (usuarios), lo que limita la continuidad de los servicios.

Para finalizar estas pequeñas anotaciones, puntualizó que decir si un sistema de salud es equitativo tardaría mucho tiempo de análisis minucioso, no es una cosa de un mes o de un año. Como bien lo argumenta Amartya Sen (2002)[118], la equidad en salud es una disciplina muy amplia que debe acomodarse a consideraciones muy diversas y dispares, además hay que tener en cuenta que la salud es un factor multidimensional, siendo la atención sanitaria una parte de este conjunto de aspectos, pero no por esto debe dejarse de lado la justicia de los procesos, por lo tanto se debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación sanitaria.

Al reconocer que los recursos son fungibles, los acuerdos sociales pueden facilitar la salud de los pobres, sin embargo, el ministro Alejandro Gaviria en varias intervenciones ha argumentado que en Colombia no existe un acuerdo social coherente y este es el principal motivo de los problemas financieros del SGSSS. No obstante como se ha mencionado en reiteradas ocasiones debe reconocerse los logros que a través del tiempo se han alcanzado, ya que cualquier mejoría en la salud como afirma Sen (2002)[119] es un buen principio para reconocer que ha habido alguna mejoría social.

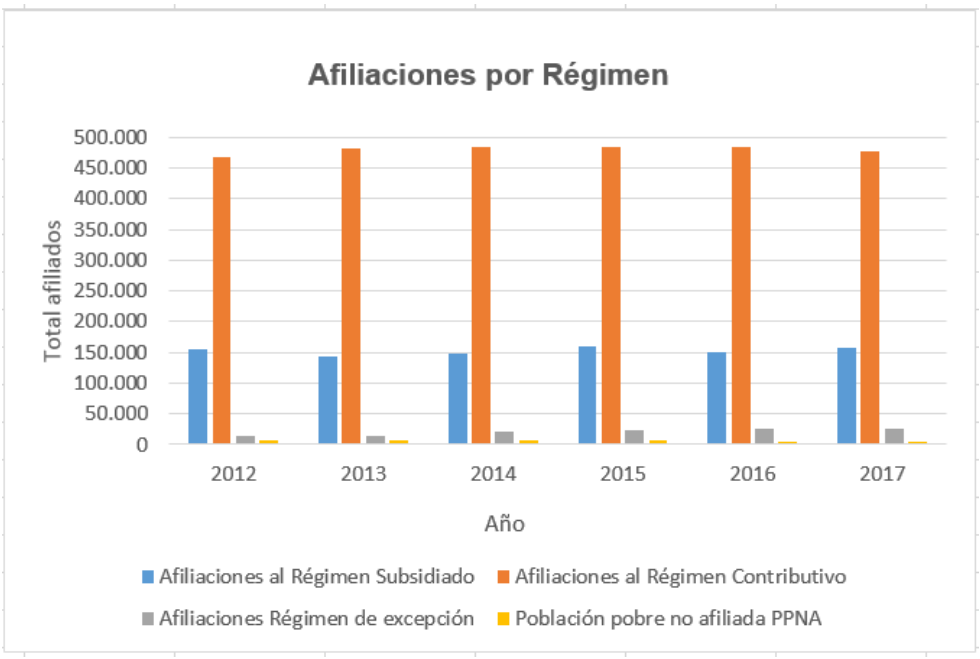
En el siguiente capítulo se conocerá cual ha sido la experiencia y evolución del régimen subsidiado en Bucaramanga, una de las principales ciudades de Colombia. Por tal motivo la atención se enfocará en la prestación de los servicios de salud en los últimos cinco años para determinar cuáles son los principales logros y problemas que viven los usuarios más vulnerables de la ciudad asimismo contrastar el ámbito nacional, desarrollado en el segundo capítulo con el ámbito local.

[118] SEN, Amartya. ¿por qué la equidad en salud? En: Panam Salud Pública (Texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre economía de la salud). York, Reino Unido.2002.p.35.
[119] Ibid.p.306.

3. EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BUCARAMANGA

3.1 Aseguramiento en salud

Gráfica 10. Aseguramiento en salud en Bucaramanga 2012-2017.



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)

En los años 2014 y 2015 se registró el mayor número de usuarios en el régimen contributivo. Esto puede ser debido a que en esos mismos años Bucaramanga AM tenía del conjunto de 32 ciudades del país, una de las tasas más altas global de participación laboral 70.8% (2014), la tasa de ocupación se encontraba en 65.0% (2014) y tenía uno de los índices más bajo de desempleo 7.9% (2015)[120]. A pesar de que la ciudad presenta serios problemas de informalidad, en el año 2015 reportó una reducción de ésta medida a través del criterio de seguridad. Se redujo 8,7 puntos porcentuales, pasando de representar 65.3% en el 2007 a 56.7% en el 2015.

[120] DANE. Informe de Coyuntura Económica Regional. Departamento de Santander. Bogotá D.C. 2016. P.32. (Recuperado el 20 de noviembre de 2017). Disponible: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/icer_santander_2015.pdf

Con respecto a la población afiliada al régimen subsidiado es evidente que es inferior al total de usuarios que pagan cotización en el contributivo. Para el año 2012 representaban alrededor del 29% del total de afiliados y en el 2015 se incrementó el número de beneficiados, 159.394 usuarios con una participación del 30%[121].

En el año 2017, se presentó un aumento en la cantidad de afiliados en el régimen subsidiado con respecto al año 2016. Para octubre de este año había un total de 157.200 usuarios, un incremento de 6.357 personas. Esto es resultado de la iniciativa propuesta por la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga en el Plan de Desarrollo, es decir se trazó como objetivo aumentar la cobertura de aseguramiento al 100% (este año 2017 está en 99.5%) afiliando a toda aquella persona pobre sin capacidad de pago que pertenece a los niveles 1 y 2 del SISBEN, para que pueda disfrutar de los servicios de primer nivel de atención. Pero a pesar de estas iniciativas, en la ciudad de Bucaramanga, aún existe un porcentaje poblacional que no se encuentra activo en el régimen subsidiado por motivos de movilidad y otros que, aunque cumplen con todos los requisitos para ser beneficiarios, no lo están, en total 3.657 personas, cifra que disminuyó con respecto al 2015, año que registró la mayor cantidad de Población Pobre No Afiliada (PPNA), 7.498 personas.

El informe de gestión de aseguramiento del año 2015 presenta los inconvenientes que la secretaria de salud local ha tenido para alcanzar el 100% de cobertura, objetivo que tenía como fecha máxima para cumplir ese año. Entre las razones por las cuales no ha podido asegurar el total de la población se encuentran, demora en la certificación de las bases de datos del SISBEN por parte del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y cierta cantidad de personas sin capacidad de pago que están excluidas del subsidio por no contar con los requisitos necesarios (población sándwich).

[121] SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Informe de gestión de Aseguramiento 2012-2015. Bucaramanga. 2015. p.2.

Hay que mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social presentó un informe en el año 2015[122] acerca de la población pobre sin afiliación. Allí destacó algunos factores que inciden en el proceso de aseguramiento, entre los cuales paradójicamente resaltó la falta dinero y la cantidad de trámites como principales motivos de no afiliación. Esto puede presentarse debido a que hay cierto porcentaje de personas de bajos ingresos que aún desconoce cómo iniciar el proceso de afiliación y consideran que no tienen derecho a la prestación de los servicios médicos si no tienen la suficiente capacidad de pago.

Es un deber de todas las entidades territoriales encargadas de la administración del régimen subsidiado asegurarse que las personas con mayores inconvenientes económicos accedan sin obstáculos a los servicios de salud, de igual manera es un deber de las EPS-S dar a conocer los derechos que tiene todo afiliado. Actualmente en Bucaramanga en total son 11 EPS con usuarios (incluidos por movilidad) del régimen subsidiado, seis de ellas presentan contratos con el ISABU. Para junio del 2017 las EPS-S con más afiliados son ASMETSALUD con 46.676 seguido de COOSALUD con 41.140 usuarios[123].

Adicional a lo anterior hay que mencionar que en Bucaramanga se encontraron problemas de multiafiliación 214 casos y personas que aparecen en el sistema como activas pero que ya fallecieron en total se reportaron 230 casos. Esta es una de las críticas más comunes que se le hacen a las EPS-S, ya que muchas veces no actualizan los datos de los usuarios y siguen recibiendo ingresos por personas que no hacen uso activo de los servicios. A nivel nacional, el

[122] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Afiliación de la población pobre no asegurada. Dirección de regulación de la operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones. Bogotá D.C. 2015. P.4. (Recuperado el 3 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/3-Afiliacion-PPNA.pdf

[123] SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Presentación Informe de Gestión Primer Semestre de 2017.p.6.

departamento de Santander en el 2015 contaba con el 3,8% del total de la población afiliada al régimen subsidiado[124].

3.2 Presupuesto Municipal-Fondo a la Salud

Gráfica 11. Presupuesto Municipal para la Salud 2012-2017

Fuente: Elaboración propia a partir de los Acuerdos para fijar el presupuesto Municipal

A pesar de que desde el año 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social gira directamente los recursos a las EPS-S e IPS para la prestación de los servicios en salud, los municipios siguen teniendo a su cargo funciones como la elaboración del presupuesto y la ordenación del gasto, es decir aún son los encargados de administrar los recursos del régimen subsidiado.

De acuerdo a la gráfica 11, el presupuesto municipal para el fondo a la salud a partir del año 2014 tuvo un incremento considerable del 75% con respecto a la

[124] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Informe al Congreso de la Republica 2014-2015. Bogotá D.C. 2015.P. 21. (Recuperado el 15 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2014-2015.pdf

vigencia fiscal del año anterior. El total de los recursos de la subcuenta del régimen subsidiado que comprende los aportes del Fosyga, Coljuegos y aportes del municipio, pasaron de más de $ 36.747 millones a $71.281 millones de pesos en el 2014, prácticamente se duplicó la cantidad recaudada.

Desde el año 2016, Bucaramanga adopta el Plan Territorial de Salud[125] (2016-2019), por medio del cual el municipio quiere reducir los problemas de inequidad en salud a nivel local. Para esto identificó las diez dimensiones prioritarias que presenta el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) y se trazó entre sus objetivos y metas, mejorar los Servicios Integrales de salud, aumentar la cobertura de afiliación, renovar la infraestructura hospitalaria, reducir la tasa mortalidad infantil y aumentar las auditorías a las EPS e IPS que ofrezcan sus servicios a los usuarios del Régimen Subsidiado. El total de recursos destinados para el cumplimiento de tales metas en el 2016 fue de $563.270.399 pesos, el municipio aportó el 89% de esos recursos.

Para el año 2017 también se incrementó el Fondo destinado para la salud, esta vez un 15% con respecto al presupuesto del 2016. En total son $175.849 millones de pesos para cubrir la prestación de los servicios de salud a los afiliados al régimen subsidiado y la Población Pobre no Afiliada (PPNA) del municipio de Bucaramanga. Del total de estos recursos el municipio aportó $7.725.209.969 pesos y lograron restituciones a las EPS-S en el primer semestre del año por un valor de $2.128.133.410 pesos. Adicional a esto el Ministerio de Salud y Protección Social autorizó la utilización de $6.763.205.944 pesos del saldo de la cuenta maestra para la inversión en infraestructura de diez centros de la E.S.E ISABU. A continuación se presenta el total recaudado por el FOSYGA por concepto de restituciones hechas a las EPS-S del municipio.

[125] SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Consejo Municipal de Bucaramanga. Acuerdo 011. Por medio del cual se adopta y se adapta el Plan Territorial de Salud 2016-2019. 2016.

Tabla 10. Restituciones Fosyga a EPS-S 2012-2015

Periodo	Restituciones FOSYGA por Año
2012	3.012.503.886
2013	7.649.935.951
2014	4.135.784.948
Octubre 2015	6.573.252.941

Fuente: Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

La liquidada EPS-S CAPRECOM lidera la lista en la cantidad de restituciones hechas por el consorcio FOSYGA en el periodo 2012-2015 con más de 30.000 casos reportados. Adicional a esto según informes de las auditorias financieras municipales para el mismo periodo, tanto CAPRECOM como ASMETSALUD y SOLSALUD presentan la mayor cantidad de deudas con la E.S.E ISABU. Es sorprendente que en el año 2014 CAPRECOM tenía una cartera por más de $1.467 millones de pesos y sólo pagó en el 2015 el 2,05% de la deuda. Este año según el gerente del ISABU, las EPS tienen una deuda de cerca de $10.000 millones de pesos con la E.S.E. Sin duda este es el principal obstáculo para la continuidad en la prestación de los servicios médicos de baja y mediana complejidad que presta el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU), a la población más vulnerable del municipio sin capacidad de proveerse por cuenta propia los gastos en salud. En la siguiente tabla 11 se puede observar el monto total que adeudaban las EPS-S con la E.S.E ISABU 2012-2015.

Tabla 11. Cartera que adeudan las EPS-S con la E.S.E ISABU 2012-2015

EPS-S	Diciembre 31/2012	Diciembre 31/2013	Diciembre 31/2014	Septiembre 30/2015
ASMETSALUD	$ 1.780.257.335,17	$ 2.922.523.700	$ 3.141.919.364	$ 487.570.232
SALUDVIDA	$ 145.722.500,00	$ 398.073.231,00	$ 691.264.300	$ 577.819.887
CAPRECOM	$ 2.235.250.137,47	$ 3.316.472.492,00	$ 1.467.004.870	$ 1.436.984.633
SOLSALUD	$ 4.042.952.450,54	$ 3.201.334.194,00	$ 3.198.006.833	
COOSALUD	$ 680.411.574,28	$ 1.334.600.954,00	$ 1.622.757.230	$ 757.683.455
COMPARTA	0	$ 389.941.855,00	$ 474.303.536	$ 31.588.693
CAFESALUD	0	$ 11.522.293,00	$ 44.157.156	$ 10.710.479
TOTAL	$ 8.884.593.997,46	$ 11.574.468.719,00	$ 10.639.413.289	$ 3.302.357.379

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga.

El gerente del ISABU, manifestó este año que con intermediación del ministerio y la Superintendencia de salud se logró realizar unos acuerdos de pago, a los cuales también se le va hacer los respectivos seguimientos. Además el departamento se comprometió a girar los recursos que adeuda a las EPS directamente a las IPS, para que no se presenten demoras en los pagos.

3.3 Gastos de Bolsillo

Como antes se había mencionado, la Encuesta Nacional de Evaluación de las EPS[126] llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Protección Social dió a conocer que los usuarios del régimen subsidiado en el año 2016 manifestaron que utilizaron recursos propios debido a que los servicios no estaban incluidos en el POS, entregaban incompletos los medicamentos y por demoras en la atención. Esta vez se revisó las respuestas consolidadas (contributivo y subsidiado) de la población Santandereana ante las mismas preguntas y se obtuvieron los siguientes resultados: el 42,3% considera que utiliza ingresos propios debido a que la calidad de la atención que recibe de su EPS es inferior

[126] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS. En sección acceso yoportunidad. Bogotá D.C. 2016.p.113-528. . (Recuperado el 13 de septiembre de 2017).Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

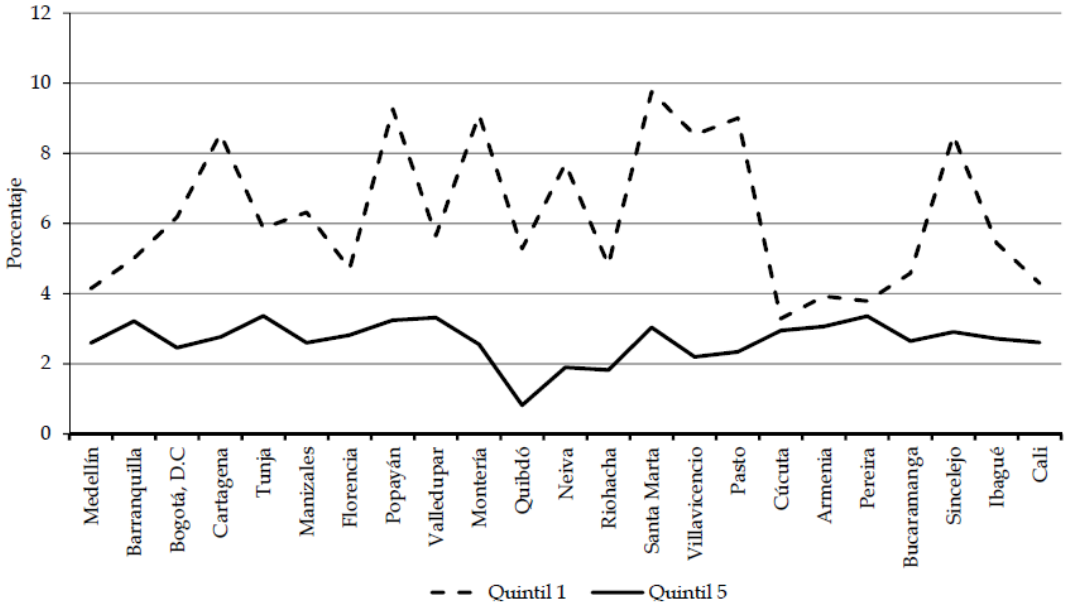
y un 40, 8% por demoras en la atención. Teniendo en cuenta esto, las respuestas que manifiestan los usuarios beneficiarios en salud coinciden con lo que expresan los afiliados de ambos regímenes en el departamento de Santander en especial con respecto a la demora en la atención, de igual manera se puede afirmar que no sólo la población vulnerable se queja de los servicios que recibe sino los que pagan mensualmente su cotización. Aunque se desconoce cuánto es el monto que en promedio gastan los usuarios, las estadísticas del ministerio aseguran que es inferior al monto de otros países Latinoamericanos, tal es el caso de México y Costa Rica (Véase en la gráfica 3).

El Banco de la Republica elaboró un estudio en el año 2015 acerca de los gastos de bolsillo en Colombia[127]. Aunque los datos que presenta son un poco desactualizados, allí se puede apreciar que la ciudad de Bucaramanga presentó en el 2006-2007 uno de los porcentajes más bajos con respecto a otras ciudades del país (2,4% como porcentaje gasto de bolsillo de los hogares*[128]). No obstante, aunque el porcentaje que destinan los hogares como gasto en salud es bajo, son los más vulnerables (quintil uno) quienes destinan mayor proporción de recursos. A continuación en la gráfica 12 se puede apreciar lo mencionado.

[127] PEREZ, Gerson. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Banco de la República. Centro de Estudios Regionales (CEER)-Cartagena. 2015. p16. (Recuperado el 12 de abril de 2017). Disponible:http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_218.pdf

(*)[128] A nivel nacional según los resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos 2006-2007, en promedio en el país los hogares destinan el 3,1% del total de gastos a pagos directos a la salud.

Grafico 12. Gasto en salud como porcentaje del gasto total de hogares-Quintil 1 y 5.



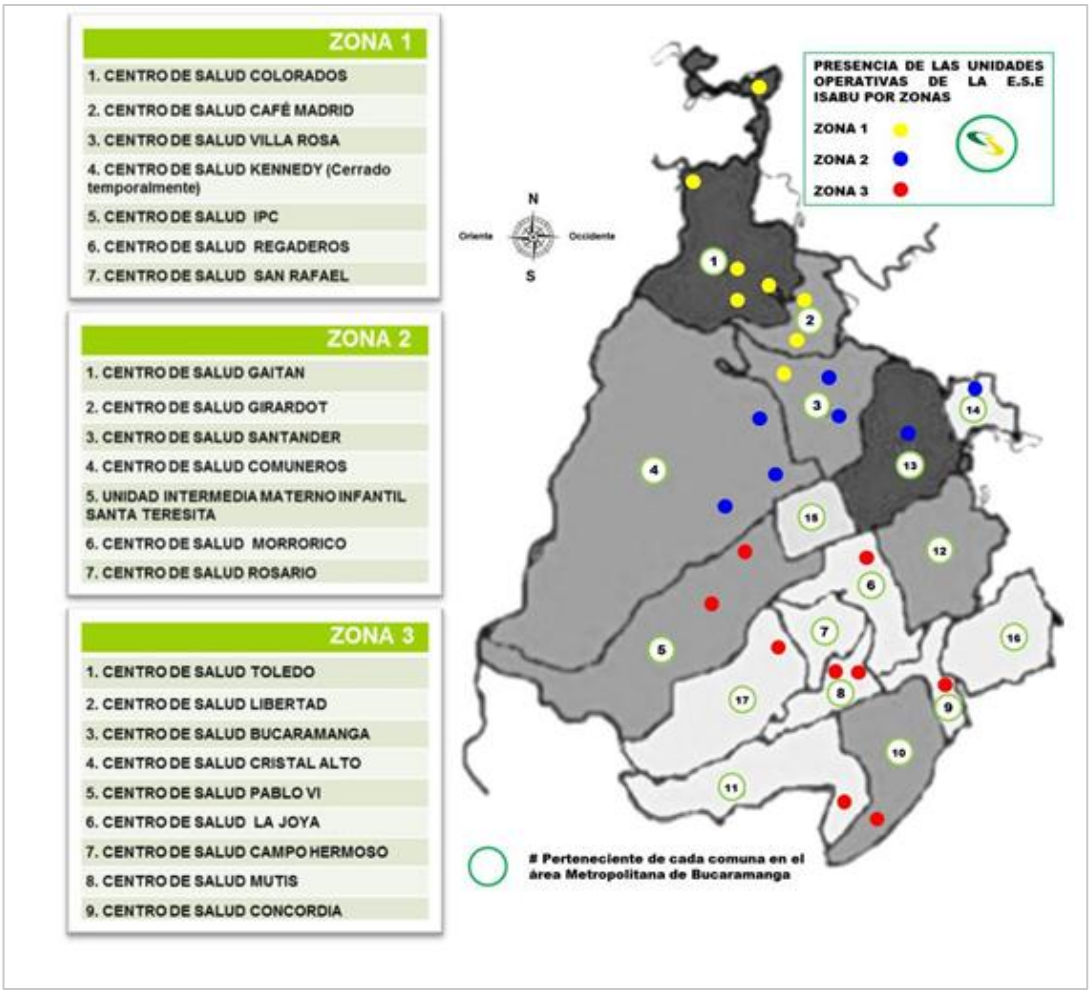
Fuente: PEREZ VALBUENA, Gerson Javier; UREÑA SILVA, Alejandro. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. (En línea). Banco de la República. Centro de Estudios Regionales (CEER)-Cartagena. 2015. (Recuperado el 12 de abril de 2017). Disponible:http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_218.pdf

3.4 Recursos Físicos y Humanos

Anteriormente se estudió la parte financiera del sistema de salud en Bucaramanga, ahora es momento de revisar cómo están las condiciones físicas (infraestructura hospitalaria) y el personal encargado de prestar los servicios médicos de mediana y baja complejidad en el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU), el cual atiende en su mayoría a la población vulnerable afiliada al régimen subsidiado y sin ningún tipo de seguridad en salud (PPNA). Según informes de gestión del ISABU durante el primer trimestre del 2017, la población afiliada al régimen subsidiado representaba el 97% del total de afiliados, 133.831 personas en total[129].

[129] INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. Perfil Epidemiológico primer trimestre del 2017.p.12.

Gráfico 13. Distribución de los Centros de Salud E.S.E ISABU



Fuente: Instituto de Salud de Bucaramanga

El Instituto de Salud de Bucaramanga está conformado por tres zonas operativas, las cuales comprenden en total 23 centros de salud (incluida la UIMIST) y el Hospital Local del Norte. Muchos de estos centros de salud presentan pésimas condiciones y en algunos casos ha sido necesario hacer sellamientos, tal es el caso del centro de salud en Kennedy y Morrorico. Ante esta eventualidad la población se ve afectada debido a que tienen que trasladarse a otros puestos de salud alternos y muchos de ellos no cuentan con los recursos para hacerlo. En total son casi 23.800 personas que dependen de los servicios del centro de salud Morrorico que ahora deben trasladarse al

centro de salud el Rosario, en el barrio Álvarez a tres kilómetros de distancia, ya que aún no definen cual va hacer el terreno para iniciar la construcción del centro de salud.

En el primer semestre del 2017 la E.S.E ISABU contaba con más de $30.821 millones de pesos para invertir en la construcción de diez centros de salud: Libertad, Bucaramanga, Café Madrid, Campo Hermoso, Girardot, Rosario, Gaitán, Kennedy, La Joya y San Rafael, asimismo en el Hospital Local del Norte se realizarán adecuaciones a la infraestructura[130]. A finales del año 2016 en la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST) se realizaron inversiones por un valor de 200 millones de pesos, luego de que la Secretaria de Salud departamental y municipal la sellara por incumplimiento en las normas sanitarias y de habilitación en salud[131].

Con respecto a la capacidad instalada en los centros de salud, el Instituto cuenta con 65 consultorios de consulta externa, 66 consultorios de atención en Promoción y Prevención (P&P), además 19 consultorios odontológicos, 21 unidades odontológicas y dos equipos de RX para servicios de odontología. Adicional a esto para las consultas especializadas el ISABU tiene a disposición de los usuarios 14 consultorios, ubicados en el Hospital Local del Norte y en la Unidad Materno Infantil UIMIST. También cuenta con 7 consultorios de urgencias, 6 salas de procedimientos (esterilización), 6 áreas de instalación, 4 consultorios de atención prioritaria, 6 farmacias, 4 salas ERA y 15 centros cuentan con salas para procedimientos menores[132]. En las siguientes tablas 12 y 13 se puede apreciar.

[130] SECRETARIA DE SALUD DE BUCARAMANGA. Presentación informe de gestión primer semestre de 2017. P.7.

[131] ALCALDIA DE BUCARAMANGA. Reapertura de la UIMIST (Audio).Tres minutos. 23-de diciembre de 2016. (Recuperado el 25 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=S4Q4e-_fBEg

[132] INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. Perfil Epidemiológico primer trimestre de 2017.p.5.

Tabla 12. Capacidad Instalada para los servicios de Consulta Externa E.SE ISABU

CENTRO DE SALUD	CONSULTORIOS C EXTERNA	CONSULTORIO PYP	CONSULTORIOS ODONTOLÓGICO	UNIDADES ODONTOLÓGICA	RX ODONTOLOGÍA
COLORADOS	3	3	1	1	0
CAFÉ MADRID	2	3	1	1	0
VILLA ROSA	4	3	1	1	0
REGADEROS	2	3	0	0	0
GAITAN	2	3	1	1	0
IPC	3	3	1	1	0
SAN RAFAEL	3	3	0	0	0
ROSARIO	4	3	1	2	1
MORRORICO	3	3	1	1	0
COMUNEROS	3	3	1	1	0
LIBERTAD	3	3	1	1	0
CONCORDIA	2	3	0	0	0
GIRARDOT	4	3	1	1	0
SANTANDER	2	3	1	1	0
LA JOYA	3	3	1	1	0
CAMPO HERMOSO	3	3	1	1	0
MUTIS	8	3	1	1	0
PABLO VI	2	3	1	1	0
CRISTAL ALTO	1	2	0	0	0
TOLEDO PLATA	4	3	1	1	0
BUCARAMANGA	2	3	1	1	0
UIMIST	0	2	1	1	0
HLDN	2	2	1	2	1
TOTAL	65	66	19	21	2

Fuente: Instituto de Salud de Bucaramanga

Tabla 13. Capacidad Instalada para los servicios de Consulta Especializada E.S.E ISABU

CENTRO DE SALUD	CONSULTORIOS ESPECIALISTAS	CONSULTORIO DE URGENCIAS	ESTERILIZACION	PRIORITARIA	FARMACIA	SALA ERA
ROSARIO	0	0	1	1	1	1
GIRARDOT	0	0	1	1	1	0
MUTIS	0	0	1	1	1	1
TOLEDO PLATA	0	0	1	1	1	0
UIMIST	7	3	1	0	1	1
HLDN	7	4	1	0	1	1
TOTAL	14	7	6	4	6	4

Fuente: Instituto de Salud de Bucaramanga

Teniendo en cuenta las tablas 12 y 13 se puede observar que hay centros de salud mejor dotados que otros, debido quizás al tamaño. Sin embargo al revisar por capacidad instalada en cada una de las zonas, existe una distribución equitativa, tanto de consultorios para consulta externa, especializada odontología, servicios de Promoción y Prevención, de igual manera para servicios de farmacia. Adicional a esto el gerente del ISABU dio a conocer este año 2017 que se están haciendo adecuaciones en el centro de salud Mutis y el Rosario para que presten los servicios de Urgencias generales, de esta forma se pueda contribuir a descongestionar la carga que prestan el Hospital Universitario de Santander, el Hospital local del Norte y la UIMIST[133].

El ISABU para prestar los servicios de urgencias cuenta con 3 ambulancias, 4 salas de parto, 4 mesas de parto, 26 camas para obstetricia, 18 camas para adultos, 8 camas para cuidado neonatal, 28 camas para observación, 1 equipo de Rayos X y 3 quirófanos distribuidos en la UIMIST y el Hospital Local del Norte. Además tiene a disposición a 12 médicos generales, 6 enfermeras profesionales, 16 auxiliares de enfermería, 10 auxiliares de apoyo, 6 conductores de ambulancias y 1 fisioterapeuta. En la siguiente tabla 14 se

[133] ALCALDIA DE BUCARAMANGA. ISABU: dos centros de salud tendrán urgencias 24 horas. (Audio). Tres minutos. 13 de enero de 2017. Recuperado el 25 de noviembre de 2017). Disponible en:https://www.youtube.com/watch?v=kStsIcS-JJM

puede apreciar el personal profesional encargado de los servicios de salud en el Instituto.

Tabla 14. Capacidad en Recursos humanos E.S.E ISABU

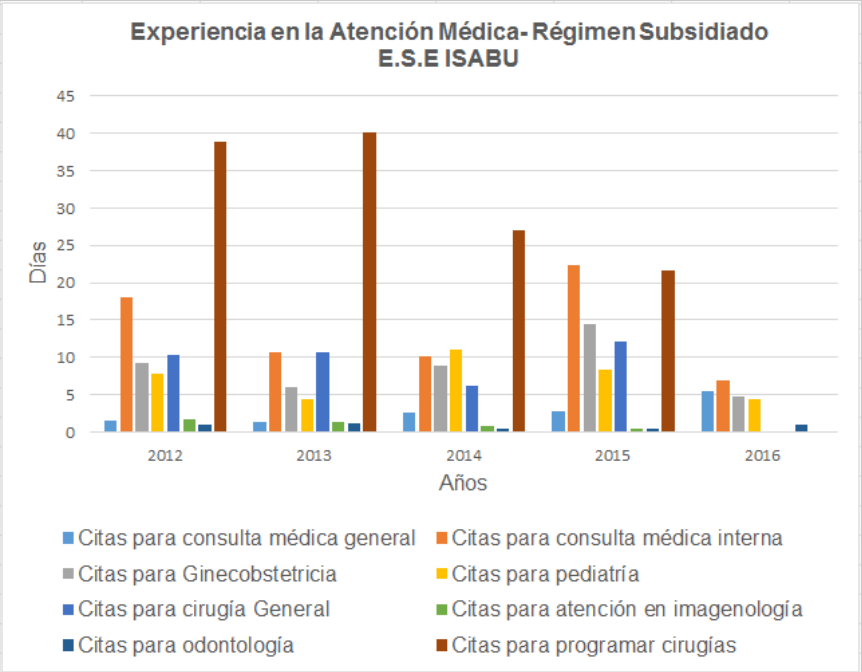
Personal	Consulta Externa	Urgencias	Hospitalización	Cirugía	Gineco-obstetricia	laboratorio Clínico	Radiología	Total
Médicos generales	74	12	6		4			96
Anestesiólogo	5							5
Cirujano General	3							3
Pediatra	3							3
Medicina Interna	3							3
Cirujano Plástico	1							1
Ortopedista	2							2
Ginecólogo	10							10
Dermatólogo	2							2
Coordinador Médico	1							1
Enfermeras profesionales	31	6	5	1	1			44
Auxiliar de enfermería	57	16	15	10	11			109
Axiliares de apoyo y translado		10						10
Conductores de ambulancia		6						6
instrumentadoras				5				5
Fisioterapeuta	6	1						7
Odontóloga	20							20
Endoncista	1							1
Higienista Oral	30							30
Psicólogas	3							3
Fonoaudiólogos	2							2
Técnicos en Radiología								
Radiólogo	1							1
Coordinador laboratorio						1		1
Bacteriólogos						14		14
Auxiliares de Laboratorio						10		10
Trabajador social	1							1
Profesional SIAU	2							2
Nutricionista	1							1

Fuente: Instituto de Salud de Bucaramanga

Como el Instituto de Salud de Bucaramanga ofrece sus servicios de baja y mediana complejidad, la mayoría del personal médico se encuentra cumpliendo labores en consulta externa y en urgencias. Este año 2017 se aprobó la creación de 96 cargos para la planta personal del 2018, es decir se nombraron a 25 médicos, 37 enfermeros, 30 auxiliares de enfermería y cuatro técnicos de rayos X, para mejorar la estabilidad tanto del personal como de la entidad. Sin embargo sólo cuentan con un sólo cargo de nutricionista. Esto es insuficiente teniendo en cuenta que estos servicios los ofrecen tanto en la UIMIST como en el Hospital Local del Norte asimismo están promocionando la campaña de hábitos saludables en todo Bucaramanga, deberían contar con más profesionales para garantizar una excelente prestación de los servicios.

3.5 Experiencia en la Atención Médica

Gráfico 14. Experiencia en la Atención Médica E.S.E ISABU 2012-2016



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del Instituto de Salud de Bucaramanga

Teniendo en cuenta los indicadores de oportunidad que reporta el Instituto de Salud de Bucaramanga en promedio en el periodo (2012-2016), se puede observar que el tiempo de espera para consultas de medicina general y odontología durante los primeros cuatro años, se encontraba entre el rango normal que es de tres días. No obstante en el 2016, se incrementó en cinco días, lo que representa un problema para el acceso a los servicios de salud. Además con respecto a las citas con especialistas para medicina interna el tiempo de espera desde el 2012 se encuentra en un intervalo de tiempo normal, inferior a 30 días. Para citas con pediatras, los usuarios durante el 2014 y 2015 esperaron más de cinco días pero en la actualidad sólo demora lo reglamentado.

Los servicios de ginecobstetricia tenían el peor desempeño con respecto a los tiempos de espera, ya que los cuatro primeros años excedían el estándar que es de cinco días máximo. Sin embargo, en el 2016 se normalizó la situación y los usuarios tuvieron que acceder después de 4,7 días. Además para programar citas para cirugía, desde el año 2014, los días de espera disminuyeron pasando de 40 a sólo 21,5 días.

Al comparar los indicadores de oportunidad de Bucaramanga con los que reporta el Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud 2015[134] para el régimen subsidiado, se puede concluir que la situación que refleja el ámbito local es similar a lo que experimentan los pacientes en el resto del país. Además según los reportes consolidados en ambos regímenes que presenta la Encuesta de Evaluación de las EPS 2016[135], los usuarios del departamento de Santander, consideran que recibieron la mayoría de los servicios médicos en el tiempo reglamentado y se sienten satisfechos con la prestación de los mismos. Sin embargo las citas médicas para ginecobstetricia y pediatría que tienen un tiempo estándar de 5 días máximo, en Santander se demoran en general más

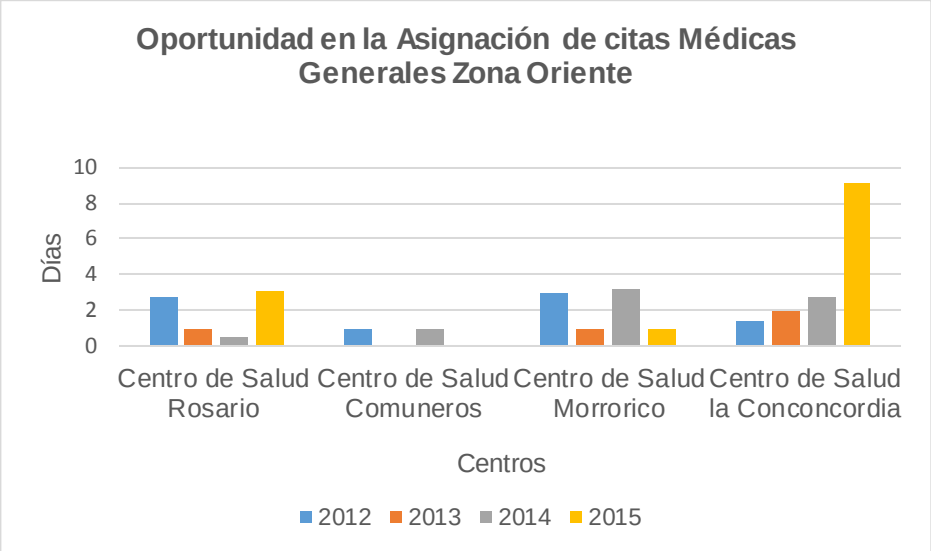
[134] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Indicadores de Experiencia de atención basados en mediciones objetivas. P.131-164

[135] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS.En: sección Oportunidad. 2016. p.372-448. . (Recuperado el 13 de septiembre de 2017).Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

de una semana para acceder al servicio. Algo muy parecido a los datos que presenta el ISABU durante los primeros años.

Los anteriores datos que proporcionó el Instituto de Salud de Bucaramanga, son un promedio del total de centros de salud que componen el ISABU. Pero es necesario revisar como es la experiencia en la atención médica de cada centro médico. Esto permite conocer más ampliamente los problemas de acceso que pueden presentar las diferentes zonas. En los siguientes gráficos 15-18 se puede observar la experiencia médica de acuerdo a cada centro de salud.

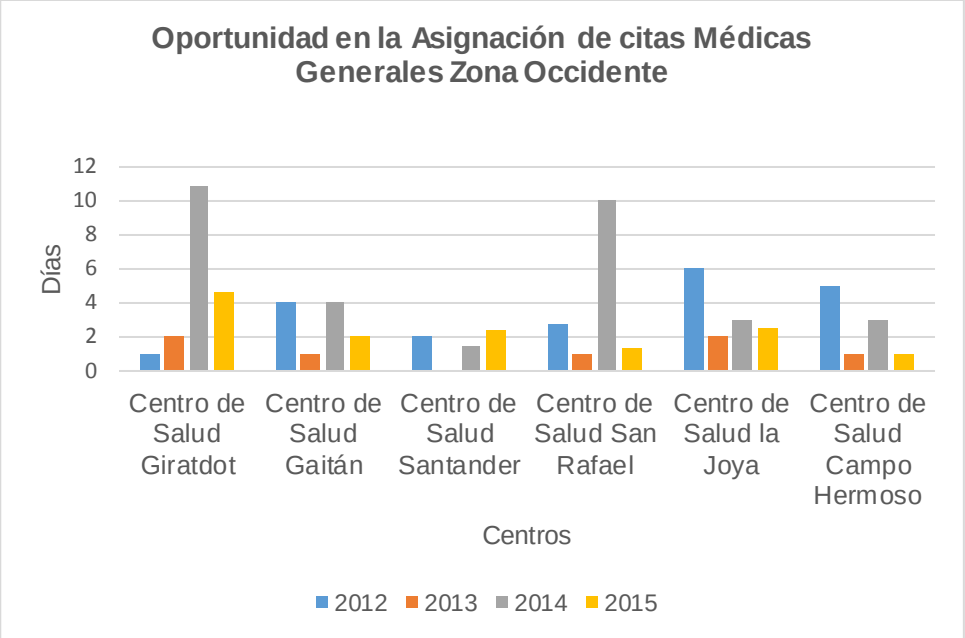
Gráfico 15. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Oriente 2012-2015



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

Durante este periodo 2012-2015, según los resultados de las auditorías el centro de salud la Concordia resaltó por su bajo desempeño durante el 2015, ya que se excedió 6 días de espera por encima del estándar para la asignación de citas médicas generales. Estos son los detalles individuales que no se pueden evidenciar a simple vista con los informes que facilitó el ISABU.

Gráfico 16. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Occidente 2012-2015

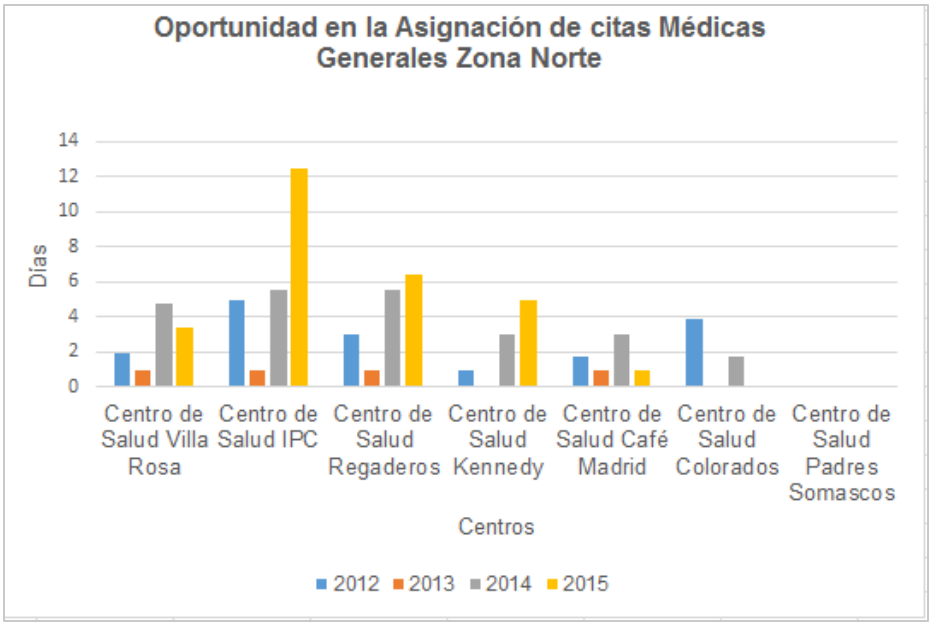


Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

En esta zona Occidente, el único centro de salud que cumplió con el tiempo reglamentado en la asignación de citas médicas generales fue el Centro de Salud Santander, el resto excede notoriamente los días de espera y gravemente sobresalen en el año 2014, Girardot y San Rafael. Este último centro mejoró en el 2015, con una oportunidad de 1,3 días.

En el año 2013, los centros de salud de la zona occidente y de las otras zonas que conforman al ISABU cumplieron el tiempo reglamentado de tres días. Sin embargo esta fue la excepción, ya que durante el 2014 y 2015, los centros bajaron su desempeño en cuanto a oportunidad e incrementaron los días de espera.

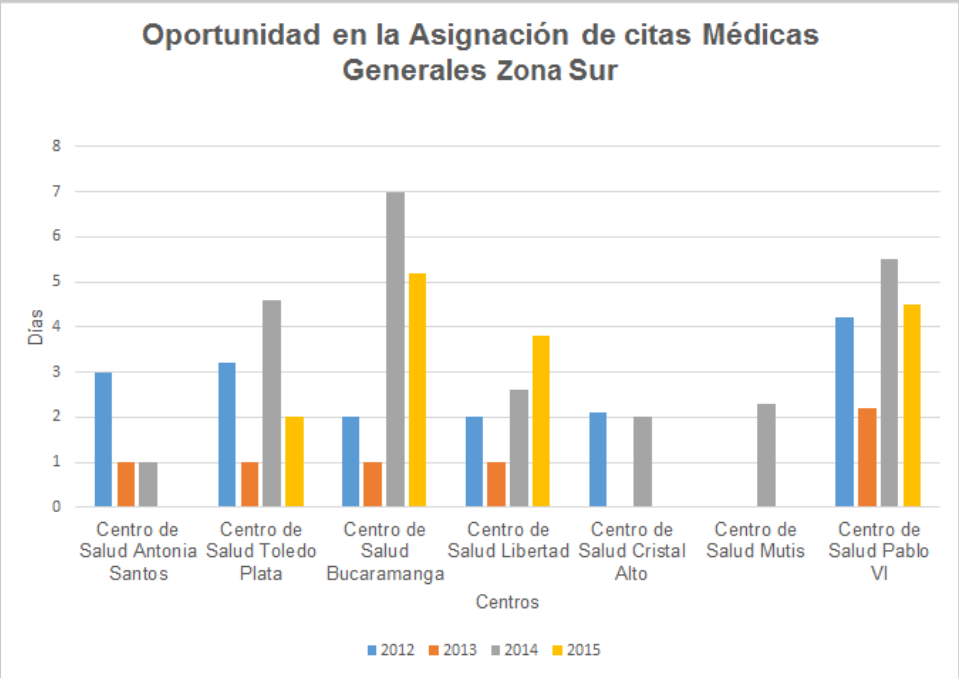
Gráfico 17. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Norte 2012-2015



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

Algunos centros que pertenecen a la zona norte no reportan información, lo cual dificulta la evaluación con respecto a la asignación de citas médicas generales. No obstante según los datos de lo que sí reportan, es notorio que el centro IPC en el 2015 tuvo un bajo desempeño a tal punto que los usuarios de este sector tuvieron que esperar 12,5 días para ser atendidos. En el mismo año el centro de Salud Regaderos tuvo una oportunidad 3 días por encima de lo reglamentado.

Gráfico 18. Oportunidad en la Asignación de Citas Médicas Generales Zona Sur 2012-2015



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

Al igual que en los casos anteriores, los centros de salud que conforman la zona sur excedieron el tiempo de espera estándar. En esta ocasión sobresale en el año 2014 los centros Toledo Plata, Bucaramanga y Pablo VI. Además en el 2015 estos últimos dos centros volvieron superar el tiempo reglamentado de tres días.

Hay que recordar que las Secretarias de Salud de todo el país mediante la Ley 1438 del 2011 quedan facultadas para realizar procesos de auditorías tanto a las EPS e IPS de su jurisdicción. De esta forma cumplen con sus labores de inspección, vigilancia y control del régimen subsidiado. Teniendo en cuenta esto la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga desde el año 2012 empezó a realizar las respectivas auditorias, incluidas las que hicieron en el Instituto de Salud de Bucaramanga.

Los anteriores gráficos 15-18 muestran la oportunidad de citas generales de los 23 centros de salud, antes distribuidos en cuatro zonas. Aunque como anteriormente se había mencionado, el Instituto de Salud había proporcionado unos indicadores promedio de la experiencia en la atención médica durante el 2012-2016, los informes de las auditorias dejan en evidencia el regular desempeño de los centros que conforman el ISABU, ya que en año 2012 fueron en total siete centros que excedieron el tiempo estándar de espera y con el tiempo se incrementó la cifra de sedes que incumplieron con el tiempo reglamentado por la Resolución 1552 de 2013, el cual es de tres días máximo.

Los centros de salud que presentan el peor desempeño en la asignación de citas médicas generales durante el 2012-2017 son los siguientes:

Tabla 15. Centros de Salud de la E.S.E ISABU con peor desempeño

Centros de Salud con peor desempeño				
Centro de Salud	**2012**	**2014**	**2015**	**2017**
Centro de Salud Gaitán	4 días	4,1 días		
Centro de Salud Joya	6 días			
Centro de Salud Campo Hermoso	5 días			
Centro de Salud IPC	5 días	5,5 días	12,5 días	10 días
Centro de Salud Colorados	3,9 días			
Centro de Salud Pablo VI	4,2 días	5,5 días	4,5 días	
Centro de Salud Girardot		10,9 días	4,6 días	
Centro de Salud San Rafael		10 días		
Centro de Salud Villa Rosa		4,8 días		
Centro de Salud Regaderos		5,5 días	6,4 días	7 días
Centro de Salud Toledo Plata		4,6 días		
Centro de Salud Concordia			9,1 días	
Centro de Salud Kennedy			5 días	
Centro de Salud Bucaramanga			5,2 días	
Centro de Salud Libertad			3,8 días	

Centro de Salud Colorados	3,9 días			7 días
Centro de Salud Café Madrid				8 días
Total	7 centros	8 centros	8 centros	4 centros

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

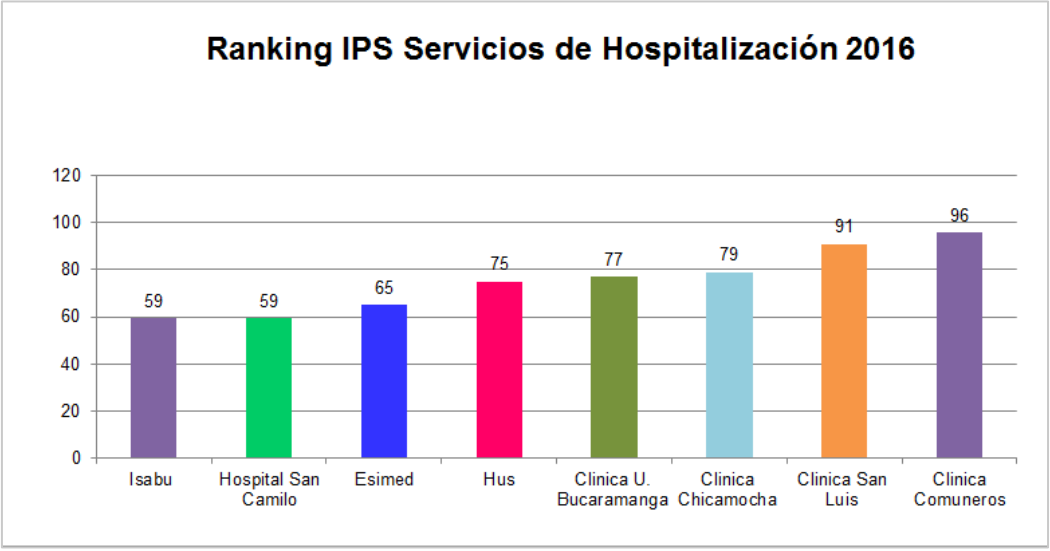
Como se puede observar los años que peores resultados presentaron fueron el 2014 y 2015. Asimismo el Centro de Salud IPC tiene deficientes resultados por cuatro años consecutivos, el Centro de Salud Pablo VI, durante tres años seguidos, de igual manera el Centro Regaderos. Esto sin duda es un gran problema porque dos de estos centros pertenecen a la misma Zona Norte y el tiempo que exceden es el doble del estándar. Además estos centros no cumplieron con los respectivos comités de seguimiento a los indicadores de calidad, lo cual claramente se ve reflejado en su bajo desempeño. Los servicios que ofrecen son de baja complejidad, lo mínimo que deberían recibir los pacientes es un eficiente acceso en la prestación de estos.

Aunque debido a la dificultad de datos para el año 2016 y 2017 se hace complejo un análisis ampliado del resto de sedes, se puede rescatar el desempeño que tuvieron la mayoría de los centros durante el año 2013, pues no incumplieron el tiempo reglamentado. De igual manera, tanto el Centro Rosario, Morrorico, Santander como el centro Comuneros, Mutis y Antonio Santos presentan los mejores resultados en asignación de citas generales para el periodo 2012-2015, ya que se demoran entre 1 y 3 días. Pero como anteriormente se dijo el estado que presentan algunos centros de salud no es el adecuado, muchos usuarios deben trasladarse a otras sedes, lo cual genera mayor congestión en la atención médica. Esta es la situación que están viviendo los usuarios del centro Morrorico, quienes deben buscar atención médica en el Centro Rosario.

Adicional a lo anterior hay que tener en cuenta que el Instituto de Salud de Bucaramanga para el año 2016 ocupó uno de los últimos lugares junto con el Hospital San Camilo en el ranking de IPS que prestan servicios de hospitalización. Ambos Institutos obtuvieron un puntaje (calificación Global) de

59 sobre 100, siendo la mejor IPS, el Hospital Comuneros seguido de la clínica San Luis. En el siguiente gráfico 19 se puede observar la calificación global de las respectivas IPS.

Gráfico 19. Ranking IPS con Servicios de Hospitalización 2016



Fuente: Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

En el proceso de auditoría que realizó la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga en el 2016 a las 8 IPS, se tuvieron en cuenta aspectos como el acceso a urgencias, medicamentos, discapacidad, SIAU, salud mental, mejora continua entre otros. Al evaluar el desempeño de la E.S.E ISABU, se puede observar que ocupa el sexto lugar entre ocho IPS con respecto al servicio de urgencias. También ocupa el último lugar en el acceso a pacientes con discapacidad. La entrega de medicamentos obtuvo una calificación de 65 sobre 100, la recepción de quejas, preguntas y reclamos (PQR), obtuvo un puntaje de 67 y ocupó el último lugar de acuerdo al ítem de mejora continua. Los aspectos más sobresalientes del Instituto son las actividades de Promoción y prevención con una calificación de 81 y salud mental 88.

Sin duda alguna estos resultados para nada son los mejores, ya que entre los diferentes ítems evaluados por los auditores, el Instituto estuvo

respectivamente entre los últimos dos y tres lugares, excepto en lo relacionado con las actividades de Promoción y Prevención. Algunas de las actividades que el Instituto de Salud ha emprendido este año para mejorar su desempeño se encuentran en el Plan de Mejora 2017[136]:

Tabla 16. Actividades del Plan de Mejora 2017 E.S.E ISABU.

ACTIVIDADES DEL PLAN DE MEJORA 2017 ISABU
Atención al Usuario
Socializar los derechos y deberes de los usuarios en todos los centros de salud, mediante videos.
Informar al usuario sobre los servicios que ofrece el Instituto mediante folletos y capacitar a los usuarios sobre estilos de vida saludables.
Mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios de consulta externa y hacer un correcto seguimiento mensual de los procesos de oportunidad en la asignación de citas.
Revisar y actualizar el manual de calidad interno y externo
Realizar seguimientos a los planes de mejora de las auditorías externas e internas.
Solicitudes de PQR
Adquirir buzón de sugerencias para todas para todas las farmacias del E.S.E ISABU
Consolidar y analizar las peticiones, quejas, sugerencias y generar un plan de mejoramiento respectivo.
Adecuaciones a la Infraestructura
Realizar los estudios necesarios de infraestructura para los siete centros que no están incluidos en el Plan bienal.
Realizar procesos de mejoramiento de infraestructura en los centros que presenten mayores problemas. En el segundo Trimestre ya estaban terminados los trabajos en el Centro Rosario y se estaba terminando en el Centro IPC.

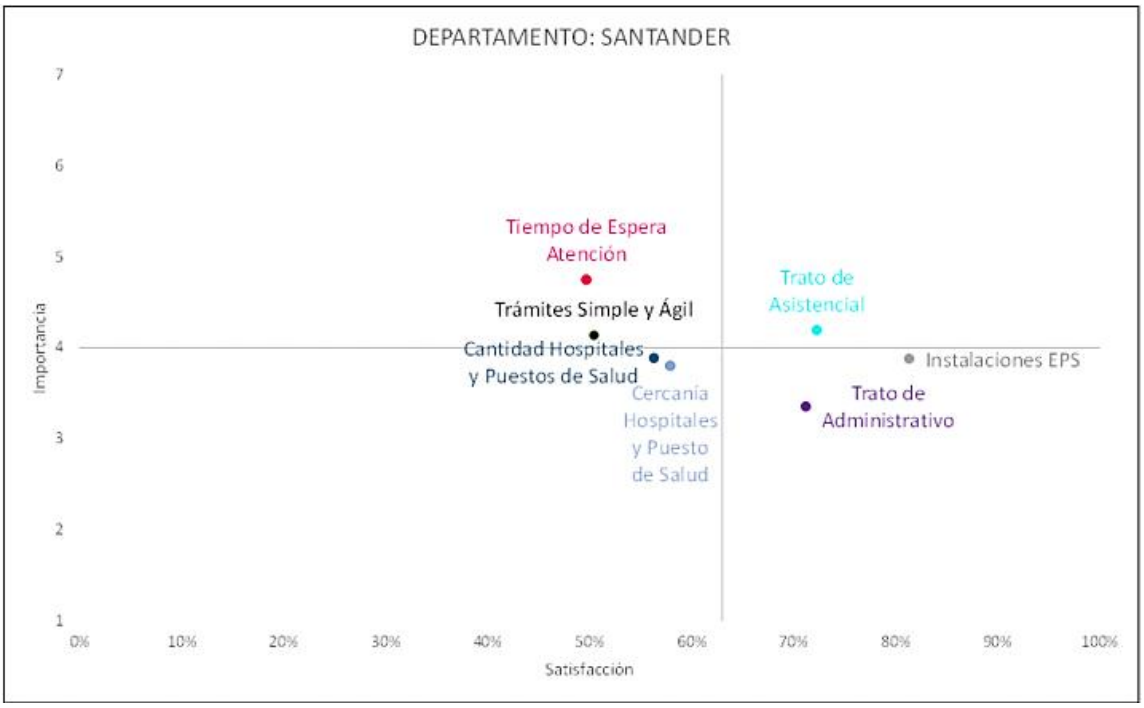
Fuente: Elaboración propia con datos tomados del Instituto de Salud de Bucaramanga

[136] INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. Resumen Plan de Mejora de la E.S.E ISABU (diapositivas).2017

3.5.1 Mapa de Satisfacción

A nivel nacional, los usuarios del régimen subsidiado se encuentran en su mayoría satisfechos por los servicios que reciben de las EPS-S. No obstante como se dijo anteriormente existen regiones donde aún hay deficiencias en la oportuna atención médica. El departamento de Santander no evidencia según la Evaluación de las EPS 2016[137], demoras excesivas en la prestación de los servicios, pero es importante conocer el grado de satisfacción e importancia que los usuarios le conceden a los servicios que prestan las diferentes entidades e instituciones. A continuación se presenta el mapa de satisfacción de Santander con respecto a la evaluación de siete aspectos.

Gráfico 20. Mapa de Satisfacción del departamento de Santander 2016



Fuente: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS 2016. P.911. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017).Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

[137] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. En seccion satisfacción.2016. p.902. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017).Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

Como se evidencia en el mapa de satisfacción del departamento de Santander, tanto los usuarios del régimen subsidiado como contributivo consideran que el tiempo de espera en la atención es más importante que la cercanía de los hospitales o el trato administrativo, asimismo el 50% se encuentra satisfecho con la atención que recibe y con la cantidad de trámites que debe realizar para el acceso al servicio. Además entre el total de siete aspectos evaluados sólo las instalaciones de las EPS, reciben el mayor porcentaje de satisfacción (82%) seguido del trato asistencial (72%). Ante estos resultados se esperaría que fuese mayor la calificación con respecto a los tiempos de espera, ya que al comparar con la experiencia médica en el departamento, no se ve reflejado con lo que presenta el mapa, pero si está acorde con los informes de las auditorias llevados a cabo por la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga.

3.5.2 Satisfacción de los usuarios de la E.S.E ISABU

Al revisar la satisfacción total de 2.725 usuarios encuestados en los centros de salud, la mayoría (95,2%) se encuentra conforme con la prestación de los servicios que recibe del ISABU y tan sólo el 3,4% considera que la atención es regular y mala, de igual manera el 1,5% le es indiferente el tipo de servicio que recibe en el instituto. Ante estos resultados se podría afirmar, que todo marcha de maravilla en el ISABU y que los usuarios están accediendo a los servicios con los mayores estándares de calidad. No obstante, es necesario ir un paso más allá y analizar el tipo de solicitudes de petición, queja y reclamo (PQR) que presentaron los usuarios durante el primer semestre de este año. De esta forma se puede en parte comparar la satisfacción que presenta el ISABU con las fallas más comunes de la IPS según el criterio de los propios beneficiarios.

En la siguiente tabla 17, se puede observar los resultados de las encuestas que fueron realizadas por el Instituto de Salud de Bucaramanga en el primer semestre de este año 2017 en las tres zonas operativas que conforman al ISABU. De igual manera en la tabla 18 se presentan los principales motivos de Petición, Queja y Reclamo (PQR) de los usuarios.

Tabla 17. Consolidado Total Zonas –Experiencia Global respecto a los servicios de salud primer semestre de 2017.

INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ISABU

ENCUESTAS DE SATISFACCION DEL CLIENTE 1 SEMESTRE 2017							
Como calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la ESE ISABU							
	Buena	**Mala**	**Muy Buena**	**Muy Mala**	**No responde**	**Regular**	**Suma total**
BUCARAMANGA	0		62			5	67
CAFE MADRID	103		65			10	178
CAMPO HERMOSO	48		52				100
COLORADOS	90		63			2	155
COMUNEROS	55		28		1	2	86
CONCORDIA	17		10			0	27
CRISTAL ALTO	12		25	1		1	39
GAITAN	67	1	63		1	1	133
GIRARDOT	100		103			2	205
HLN	199		81		14	12	306
IPC	44		86			3	133
KENNEDY	48		55			2	105
LA JOYA	33		18	2		2	55
LIBERTAD	28	1	32	1		1	63
MORRORICO	45		23			4	72
MUTIS	82		79			3	164
PABLO VI	41		44		2	3	90
REGADEROS	48		28		18		94
ROSARIO	101		61		2	4	168
SAN RAFAEL	22		25	4		2	53
SANTANDER	24		43			2	69
TOLEDO PLATA	67	1	44		2	5	119
UIMIST	77	2	92	2		8	181
VILLA ROSA	34		28			1	63
Suma total	1385	5	1210	10	40	75	2725
Porcentaje de satisfaccion del usuario 1 semestre 2017	**50.8%**	**0.2%**	**44.4%**	**0.4%**	**1.5%**	**2.8%**	**100.0%**

Fuente: Instituto de Salud de Bucaramanga

Tabla 18. Principales Motivos de las PQR's. Instituto de Salud de Bucaramanga Primer Semestre del 2017

MOTIVOS DE LAS PQRS EN LOS CENTROS DE SALUD	CANT
Demora en la asignación y/o entrega de ayudas diagnósticas (laboratorio,RX,ecografías,etc)	11
Demora en la atención de citas	74
Cambio, translado de personal	9
Demora en la atención o no atención médica	17
Demora en la entrega de autorizaciones	3
Demora en la entrega o no entrega de medicamentos	33
Falta de (servicios,insumos,muebles,enseres,equipos de cómputo,oficina y equipos médicos)	28
Felicitación	75
Insatisfacción por el servicio prestado (remisiones, diagnósticos y tratamientos)	31
Satisfacción con la farmacia en entrega de medicamentos	8
Mal trato por parte de los funcionarios a los usuarios de salud	77
Mal trato por parte de los usuarios a los funcionarios de salud	7
Mala orientación del usuario	9
Mantenimiento o reparación de las instalaciones locativas	48
Solicitud de personal médico/ asistencial /administrativo	99
Solicitud para otra entidad	2
Otras causas	17
Total	548
MOTIVOS DE LAS PQRS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	**CANT**
Demora en la atención de urgencias	11
Demora en la atencion general	1
Demora en la atención o no atención médica	7
Demora en la entrega o no entrega de medicamentos	1
Dificultad en la asignación de citas	2
Falta de (servicios,insumos,muebles,enseres,equipos de cómputo,oficina y equipos médicos)	6
Felicitación	40
Insatisfacción por el servicio prestado	16
Maltrato de los funcionarios a los usuarios de salud	19
Mantenimiento o reparación de las instalaciones locativas	4
Otras	7
Solicitud de personal médico/ asistencial /administrativo	3
Solicitud de cambio o translado de personal	1
Demora en la atención de medicina general	4
Demora en la atencion de medicina especializada	4
Inadecuadas instalaciones locativas	8
Negación en la atención del servicio de urgencias	1
Total	135

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del Instituto de Salud de Bucaramanga

El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), es una iniciativa desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social para fortalecer la calidad en la prestación de los servicios de salud tanto de las EPS como IPS. Teniendo en cuenta esto, el Instituto de Salud de Bucaramanga, tiene en cada centro de salud un buzón para solicitudes PQR y ocho en el Hospital Local del Norte. Semanalmente el funcionario del SIAU (en total 2), abre los buzones, posteriormente clasifica y digitaliza la información de acuerdo a las zonas y finalmente envía al profesional responsable para dar respuesta en un término de cinco días hábiles[138].

De acuerdo a la información que presenta el ISABU en el primer semestre del 2017, se puede evidenciar que del total de 683 peticiones que realizaron los usuarios, por lo menos 360 (52,7%) son por motivos de negación y demora en la asignación de citas de consulta externa, especializada, urgencias, autorizaciones, asimismo por demora en la entrega de medicamentos, insatisfacción con los servicios prestados, inadecuadas instalaciones y mal trato por parte de los funcionarios. Además 115 (16,8%) fueron por motivos de felicitaciones. Teniendo en cuenta estos resultados, más de la mitad de los usuarios que presentaron peticiones están inconformes con la prestación de servicios que reciben en el Instituto de Salud, un porcentaje alto si se compara con el nivel de satisfacción que registraron en las encuestas para el mismo semestre (ver tabla 17).

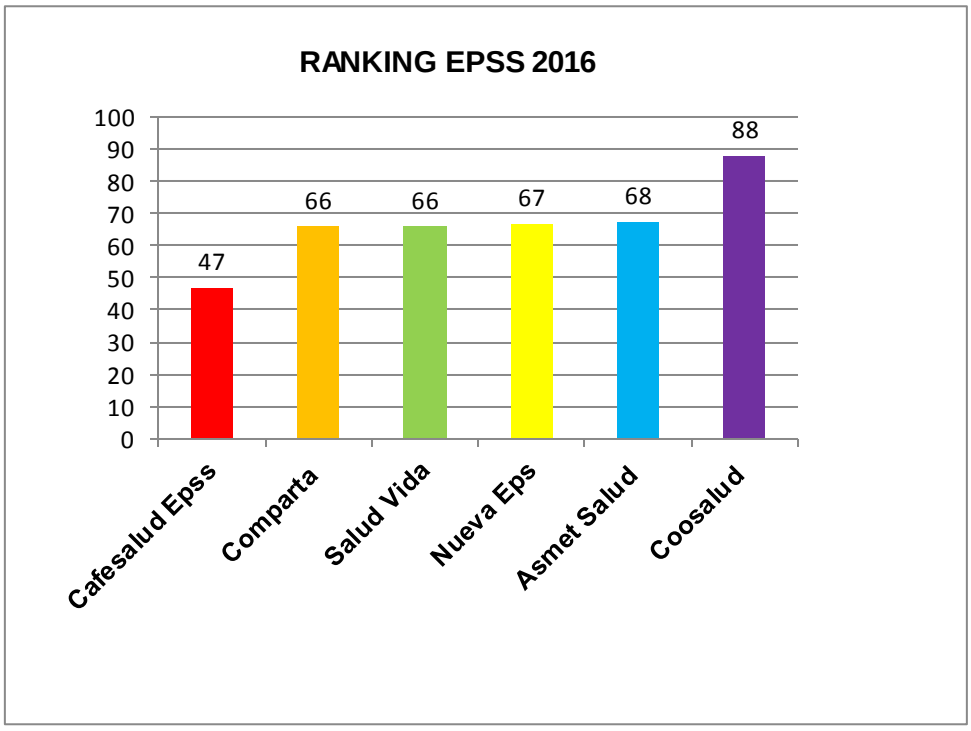
3.6 Auditorías EPS-S

Anteriormente se presentó algunos de los resultados de las auditorías que se realizaron en las IPS entre ellas incluido el Instituto de Salud de Bucaramanga, ahora se presentan las que se hicieron en las Entidades Promotoras de Salud, en especial aquellas que tienen contrato con el ISABU en total para el primer semestre del 2017 eran seis: COMPARTA, ASMETSALUD, COOSALUD, SALUDVIDA NUEVA EPS Y CAFESALUD. A continuación se presenta los

[138] INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. Información de PQR's Atención al ciudadano correspondiente al primer semestre de 2017.p.1.

resultados del ranking que elaboró la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga en el año 2016.

Gráfico 21. Ranking EPS-S 2016



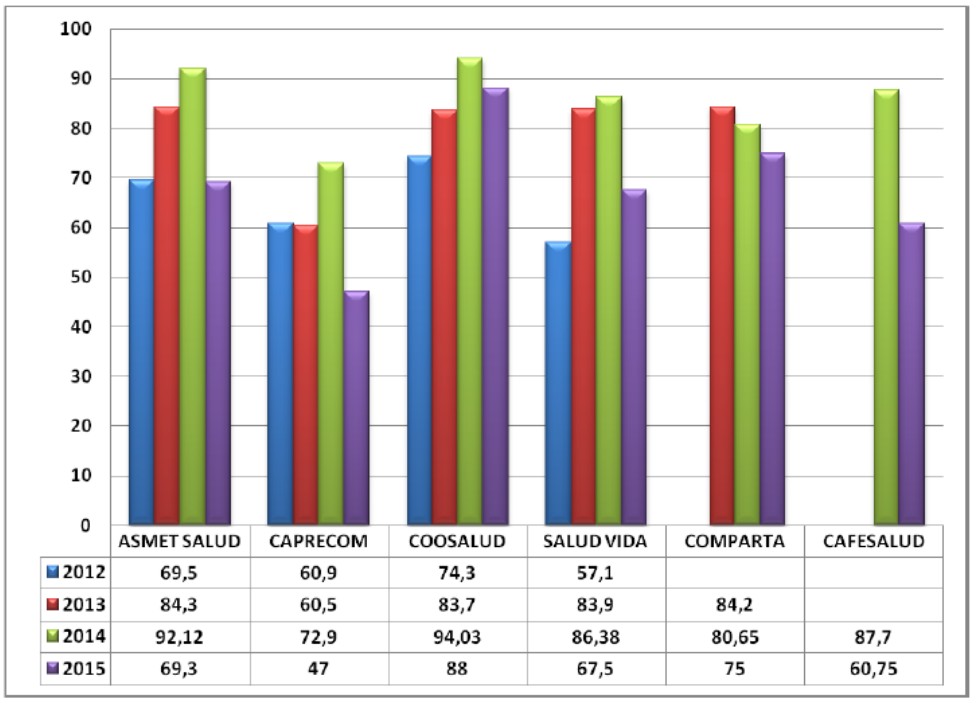
Fuente: Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga

De acuerdo al gráfico 21, la EPS-S que mayor puntaje global obtuvo de ocho aspectos evaluados, entre ellos, afiliaciones, discapacidad, Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), farmacia y financiamiento, fue la EPS COOSALUD. Muy contrariamente a lo que registró CAFESALUD, la última del ranking, con un bajo desempeño en ítems relacionados con el financiamiento (28 puntos de 100), discapacidad (14 /100), oportunidad (27/100) y SIAU (36 /100).

Al comparar estos resultados con los que registraron en los anteriores rankings durante el 2012-2015, la liquidada empresa CAPRECOM, tenía los peores resultados en los cuatro años. Periodo en el cual la Secretaria de Salud municipal realizó tres reportes a la Superintendencia Nacional de Salud por

falencias en la garantía del acceso a los servicios de salud de la población afiliada a esta EPS-S. En el siguiente gráfico 22 se puede observar.

Gráfico 22. Evaluación Global de las EPS-S 2012-2015.



	ASMET SALUD	CAPRECOM	COOSALUD	SALUD VIDA	COMPARTA	CAFESALUD
2012	69,5	60,9	74,3	57,1		
2013	84,3	60,5	83,7	83,9	84,2	
2014	92,12	72,9	94,03	86,38	80,65	87,7
2015	69,3	47	88	67,5	75	60,75

Fuente: Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga

La que mejor rendimiento presentaba durante este periodo era la EPS COOSALUD (88 puntaje global 2015) seguido de ASMETSALUD. Es decir desde el 2012 COOSALUD ha mantenido su alto desempeño, no obstante con respecto al ítem farmacia, aparece entre los dos últimos lugares en el año 2016. Al respecto el gerente del ISABU, explica que los afiliados a esta entidad deben trasladarse hasta cabecera para reclamar los medicamentos, ya que no tienen convenios con el Instituto y tienen sus propios puntos de entrega, lo que representa un verdadero inconveniente ya que algunas personas no cuentan con los recursos para movilizarse.

Además hay que mencionar que a todas las entidades les fue mal con respecto al desempeño financiero, siendo la peor de todas como se dijo anteriormente la

EPS-S CAFESALUD. De igual manera, desde la ley 1122 de 2007 las actividades de Promoción y Prevención (P&P) fueron asignadas a las EPS, pero al revisar el ranking del 2016, se puede evidenciar que sólo COOSALUD sacó un puntaje de 100 y otras como ASMETSALUD (17/100) y SALUDVIDA (33/100) tienen pésimos resultados.

A nivel nacional la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social también realiza anualmente el ranking de EPS para evaluar el desempeño con respecto a los servicios que ofrecen tanto en el régimen contributivo como subsidiado, la encuesta no incluye regímenes especiales y exceptos. En la siguiente tabla se puede Observar el ranking en el régimen subsidiado 2017.

Tabla 19. Ranking Nacional de EPS-S 2017

Codigo	Nombre	Rank Total 2017	Rank Oportunidad	Rank Satisfacción	Rank Acceso
ESS207	ASOCIACIÓN MUTUAL SER ESS	1 ▲(1)	2 ▲(2)	1 -	3 ▲(1)
CCF023	CCF DE LA GUAJIRA	2 ▲(9)	4 ▼(2)	2 ▲(17)	2 ▲(9)
ESS076	AMBUQ ARS	3 ▲(1)	8 -	6 ▼(1)	6 ▼(5)
ESS024	COOSALUD EPS	4 ▼(3)	7 ▼(6)	5 ▼(1)	7 ▼(4)
CCF015	COMFACOR	5 ▼(2)	14 ▼(11)	3 -	5 ▲(2)
CCF049	COMFAORIENTE	6 ◇	18 ◇	4 ◇	4 ◇
CCF033	COMFASUCRE	7 ▼(2)	19 ▼(10)	11 ▼(2)	1 ▲(1)
CCF055	CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	8 ▼(2)	10 ▲(2)	9 ▼(2)	8 ▼(3)
ESS002	EMDISALUD E.S.S.	9 ▲(6)	3 ▲(8)	10 ▲(8)	12 ▲(4)
ESS091	ECOOPSOS ESS	10 ▼(2)	13 ▼(6)	7 ▼(1)	10 ▲(8)
CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA	11 ▲(10)	25 ▼(7)	8 ▲(15)	9 ▲(11)
EPS037	NUEVA EPS	12 ◇	5 ◇	15 ◇	11 ◇
ESS062	ASMET SALUD	13 ▼(6)	1 ▲(5)	12 ▼(4)	16 ▼(1)
ESS133	COMPARTA	14 ▲(4)	15 ▲(2)	13 ▲(2)	13 ▲(6)
CCF002	SAVIA SALUD EPS	15 ▼(6)	11 ▼(6)	17 ▼(6)	15 ▼(2)
EPS033	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	16 ▼(4)	9 ▲(6)	14 ▼(4)	19 ▼(7)
CCF009	COMFABOY	17 ▼(7)	23 ▲(2)	16 ▼(14)	14 ▼(8)
CCF102	COMFAMILIAR CHOCO	18 ▲(5)	6 ▲(16)	23 ▲(1)	17 ▼(7)
EPSS34	CAPITAL SALUD EPS	19 ▼(3)	17 ▼(3)	20 ▼(4)	18 ▼(4)
CCF053	COMFACUNDI	20 ▼(1)	21 ▲(3)	18 ▼(4)	20 ▲(2)
EPS022	A.R.S. CONVIDA	21 ▼(1)	20 ▲(3)	19 ▼(2)	25 ▼(1)
EPS003	CAFÉSALUD EPS	22 -	12 ▲(9)	22 ▼(1)	26 ▼(3)
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	23 ▼(10)	24 ▼(8)	21 ▼(8)	24 ▼(16)
EPS025	CAPRESOCA E.P.S.	24 ▼(7)	16 ▼(6)	26 ▼(6)	21 ▼(4)
ESS118	EMSSANAR ESS	25 ▼(1)	26 ▼(6)	24 ▼(2)	22 ▼(1)
CCF027	CCF DE NARIÑO	26 ▼(12)	22 ▼(3)	25 ▼(13)	23 ▼(14)

Fuente: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Ranking de EPS 2017. P.14. (Recuperado el 10 de noviembre de 2017). Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ranking-satisfaccion-eps-2017.pdf

De acuerdo a las EPS-S que tienen contrato con la E.S.E ISABU, COOSALUD se encuentra a nivel nacional de cuarto lugar, bajo tres puestos en el ranking, seis puestos de acuerdo a la oportunidad, asimismo bajo un puesto con respecto a la satisfacción y cuatro en acceso. Nueva EPS aparece en el 12 lugar, ASMETSALUD en el 13, COMPARTA 14, SALUDVIDA 16 y en los últimos puestos CAFESALUD (ahora MEDIMÁS) en el 22.

A pesar de que la EPS-S COOSALUD disminuyó en acceso, de los tres ítems evaluados obtuvo un mayor puntaje en este aspecto en total 74,2, muy contrario a lo que presentó MEDIMÁS la peor de las 26 entidades evaluadas a nivel nacional, ya que su puntaje fue sólo de 28,3. A continuación en la tabla 20 se puede observar el puntaje que obtuvo cada entidad de acuerdo a la oportunidad, satisfacción y acceso.

Tabla 20. Ranking Nacional-puntaje EPS-S

PUNTAJES DE LAS EPS-S 2017				
EPS-S	Puntaje Total	Puntaje Oportunidad	Puntaje Satisfacción	Puntaje Acceso
COOSALUD (4)	68,4	60,9	69,7	74,2
NUEVA EPS (12)	59,1	62,8	55,3	60,4
ASMETSALUD (13)	56,9	66,7	57,5	46,2
COMPARTA (14)	55,7	51,3	57,4	57,9
SALUDVIDA (16)	52	56,1	56,1	42,5
MEDIMÁS (22)	39,7	53,2	38,2	28,3

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del Ministerio de Salud y Protección Social

3.7 Tutelas y Solicitudes PQR

Existen actualmente deficiencias en la prestación de los servicios tanto a nivel nacional como local. Según datos de la Defensoría del Pueblo Regional Santander (jurisdicción Bucaramanga), del total de 3.897 acciones presentadas durante el 1 de septiembre de 2016 a 30 octubre de 2017, el 62,46% (2.434) corresponde a fallas en la salud y el 3,93% (153) se interpusieron por concepto

de educación, igualdad y vida digna[139]. Además para el mismo periodo entre las EPS que presentaron mayores tutelas se encuentran: Medimás (anteriormente CAFESALUD) con 124, ATSMESALUD 58 y SALUDVIDA 47[140].

Aunque en el departamento de Santander ha disminuido la cantidad de tutelas interpuestas por derecho a la salud, pasando de 21.273 en el año 2012 a 7.937 en el 2015, a nivel nacional sigue teniendo una participación significativa, ya que en el año 2015 ocupó el sexto lugar con más acciones de tutelas. Tiene 38,51 tutelas por cada 10.000 habitantes.[141].

Debido a problemas de acceso a la información, se desconoce cuántas acciones de tutelas han presentado los usuarios del régimen subsidiado en Bucaramanga. A pesar de que se presentó un derecho de petición para tener al alcance la base de datos, tanto en la Defensoría del Pueblo (jurisdicción Bucaramanga) como en la Personería Municipal, sus respuestas fueron sólo dar una cifra aproximada de la cantidad de tutelas presentadas en salud, sin hacer discriminaciones por regímenes y conceptos, por lo tanto fue imposible presentar en este trabajo un análisis relevante y detallado de la situación. No obstante gracias a los informes de las auditorías llevados a cabo por la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga se conoce el total de solicitudes de Peticiones, Queja y Reclamo (PQR) presentadas por los usuarios del régimen subsidiado y sin aseguramiento durante el 2012-2015, a continuación en la tabla se puede observar.

[139] DEFENSORIA DEL PUEBLO REGIONAL SANTANDER. Diapositivas -Rendición de cuentas periodo 1 de septiembre de 2017 a 30 de octubre de 2017.

[140] DEFENSORIA DEL PUEBLO. Sistema de Registros y Acciones Judiciales Santander VISION WEB – RAJ. Periodo consultado 9 de septiembre de 2016 a 31 de octubre de 2017.

[141] DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social.2015. p.151. (Recuperado el 20 de diciembre de2017).
Disponibleenhttp://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/texto

Tabla 21. Cantidad de Solicitudes de PQR

Solicitudes PQR	2012	2013	2014	2015
Régimen Contributivo	19	169	138	51
Régimen Especial	12	1	2	0
Régimen Subsidiado	124	1913	655	143
No asegurado	1640	208	2241	214

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

Como se puede apreciar en la tabla 21, los usuarios del régimen subsidiado y aquellos sin aseguramiento son quienes más solicitudes de Peticiones, Queja y Reclamo (PQR) presentan. En el 2013 se aumentó considerablemente el total de inquietudes con respecto al año anterior, debido a que se reforzó el trabajo que realizaban los auxiliares del SIAU (Sistema de Información y Atención del Usuarios), es decir la Secretaria de Salud municipal conformó un grupo adicional de cuatro auxiliares, los cuales tenían que rotar por los centros de Salud del ISABU, en la UIMIST, Hospital Local del Norte y demás IPS y EPS-S para gestionar las peticiones de los usuarios y aplicar encuestas de satisfacción. Esto se realizó luego de encontrar el deficiente desempeño de las IPS y EPS en el año 2012, con respecto al seguimiento a la satisfacción del usuario, inexistencia de mecanismos de participación ciudadana y planes de mejoramiento con base en las causales de PQR desactualizados.[142].

De acuerdo al tipo de solicitudes presentadas entre el 2012-2015, la mayoría de los usuarios se quejan por cuatro aspectos: ubicación de los servicios de salud, derechos y deberes de los usuarios, errores en la base de datos de afiliación y demora en la asignación de citas. Al revisar por entidades a quien se dirige la queja, la extinguida entidad CAPRECOM lidera la lista seguida de ASMETSALUD.

[142] SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Informe Final de Gestión de Aseguramiento 2012-2015. P. 101.

3.8 Barreras de Acceso según el Modelo de Comportamiento y Utilización de Aday y Andersen

Tabla 22. Barreras de Acceso en el Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU 2012-2017.

Barreras de Acceso en la prestación de los servicios de salud en el Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU (2012-2017)
Indicadores de Proceso
Del lado de la Oferta
Volumen y distribución de los recursos
Las EPS-S CAPRECOM, ASMETSALUD y SOLSALUD, durante el periodo 2012-2014, presentaron una cartera que adeudan con la E.S.E ISABU por más de 1.000 millones de pesos. Además para el 2017 el monto total de las deudas de las EPS-S con el ISABU estaba alrededor de los 10.000 millones de pesos.
Teniendo en cuenta la capacidad instalada en el primer trimestre de 2017, en cuanto a recursos humanos, se puede observar que falta profesionales como: Nutricionistas, sólo hay uno. Auxiliares de atención al usuario sólo hay dos, de igual manera en su personal médico sólo tienen tres pediátras para un total de 23 centros de salud (incluida la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita) y el Hospital Local del Norte.
A la entrada
Existían centros de salud que por más 25 años no recibían inversiones para el mejoramiento de instalaciones. Además algunos centros fueron sellados por el no cumplimiento en normas sanitarias y de habilitación en salud. Debido a las condiciones en que se encuentra el Centro de Salud Morrorico, los usuarios de este sector debe trasladarse (aprox 3km) al Centro de Salud Rosario para recibir atención médica. Situación que también pueden experimentar la población residente de los 10 centros de salud, donde se van a realizar adecuaciones a la infraestructura.

Al Interior
De acuerdo a los informes de las auditorías llevadas a cabo por la Secretaria Municipal durante el periodo 2012-2015, la mayoría de los centros que conforman al ISABU excedieron el tiempo estándar en la asignación de citas médicas generales, sólo en el año 2013 muchos de estos centros normalizaron los días de espera. Los centros con peor desempeño fueron IPC, Regaderos y Pablo VI. Además según los indicadores de oportunidad del ISABU 2012-2016, la asignación de citas para Ginecobstetricia durante cuatro años consecutivos excedió el tiempo de espera normal que es de cinco días. Al revisar por EPS-S las que más se demoraron en asignar citas médicas generales y con especialistas en el 2012-2015 eran CAPRECOM y CAFESALUD. Durante el primer semestre de 2017 fueron: ASMETSALUD, COMPARTA Y SALUDVIDA con respecto a servicios de ginecobstetricia. ASMETSALUD, COMPARTA, COOSALUD y CAFESALUD se demoraron más de lo reglamentado (5 días) en asignar citas para pediatría.
A la Salida
El ISABU ocupó el último lugar en los rankings 2014 y 2016 de IPS que prestan los servicios de hospitalización en Bucaramanga. Entre los once aspectos evaluados obtuvo una baja calificación en el 2016 con respecto a: discapacidad (20/100), oportunidad (68/100), farmacia (65/100), mejora continua (33/100), saneamiento (64/100), urgencias (79/100) y financiero (60/100).
De acuerdo a la evaluación de la atención a través de los respectivos comités. En el 2015 sólo el 50% de los centros de salud cumplieron con el Comité de Recuperación de la salud- seguimiento a indicadores de calidad. El 56% cumplieron con el Comité de Calidad, el 19% hizo un seguimiento al PAMEC institucional, asimismo el 69% cumplieron con el comité de vigilancia Epidemiológica y el 44% socializó los protocolos de servicios.
Del lado de la Demanda
Necesidades
Demora en la asignación de citas médicas generales, especializada y urgencias.
Utilización
Inadecuadas instalaciones locativas y traslado de servicios de salud.

Indicadores de Resultado
Percepción de la Población con respecto a los servicios
Solicitudes PQR (Petición, Queja y Reclamo)
Del total de 683 peticiones presentadas por los usuarios en el primer semestre del 2017, el 52,7% corresponde a deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Los usuarios del ISABU, se quejaron en su mayoría debido a: maltrato por parte de los funcionarios (99 quejas), demora en la asignación de citas médicas generales (76 quejas),inadecuadas instalaciones locativas (56 quejas) demora y negación en la atención médica general, urgencias y especializada (45 quejas), insatisfacción por los servicios recibidos (47 quejas) y demora en la entrega de medicamentos (34 quejas). Además según el ranking en Atención al usuario y participación social 2014, la Unidad Intermedia Materno Infantil UIMIST ocupó el antepenúltimo lugar de 19 IPS evaluadas con una calificación de 58/100.
Los usuarios que presentan más peticiones de PQR durante el 2012-2015, son los que pertenecen al régimen subsidiado y aquellos sin seguridad en salud. En el 2013 se incrementó considerablemente la cantidad de solicitudes (2.291), debido al mayor control que hizo la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga en todas las EPS-S e IPS, luego de conocer el deficiente desempeño e inexistencia de planes de mejoramiento con base en los causales de Peticiones, Quejas y Reclamos.
Al revisar por principales causales de PQR (2012-2015), los usuarios presentan mayores solicitudes debido aspectos como: derechos usuarios (2.255 total), errores en la base de datos, afiliación (1.995 total), ubicación de los servicios de salud (1.640 total) y negación a servicios médicos, urgencias o medicamentos (63 total). Además las entidades que más presentan solicitudes durante el 2013-2014 son: CAPRECOM, SOLSALUD y ASMETSALUD.

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al Modelo de Aday y Andersen (1974), para analizar el acceso a la prestación de los servicios de salud hay que tener en cuenta dos conceptos clave: acceso potencial y acceso real. Teniendo en cuenta el primer concepto que abarca tanto las características de los servicios (factores que capacitan) y de la población (factores que predisponen), se puede afirmar por un lado que los usuarios del Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) durante el periodo 2012-2017, han tenido complicaciones para el acceso real a la atención médica general y especializada, ya que muchos de los centros de salud excedieron el tiempo de espera estándar a excepción del 2013. Además debido a la

adecuación en la infraestructura de algunos de estos centros, se han trasladado actividades a otras sedes, causando problemas de movilidad a la población usuaria de los servicios médicos. Todo esto es reflejo de los bajos resultados que obtuvo la E.S.E en el Ranking 2016 llevado a cabo por la Secretaria de salud municipal, asimismo la cantidad de solicitudes de PQR reportadas en el primer semestre del año 2017 debido a ineficiencias en los servicios prestados

De igual manera hay que resaltar que como muchas IPS a nivel nacional y local, la E.S.E ISABU enfrenta serios problemas financieros por el incumplimiento de pagos por parte de las EPS-S, el monto total para este año 2017 se encuentra alrededor de los 10.000 millones de pesos. A pesar de que el gerente del ISABU considera que esto no ha sido un obstáculo para la prestación de los servicios, si limita la continuidad eficiente de los mismos. Además es mínimo el número de centros de salud que en el 2015 se encargaron de cumplir con los respectivos comités institucionales. Esto contribuye a que no se lleve un control y seguimiento adecuado de los índices de calidad acordados desde la administración.

Por otro lado hay que mencionar que este trabajo no tiene en cuenta las creencias de la población usuaria que puedan afectar la continuidad de los servicios médicos, ya que tales aspectos no se incluyen en los informes de gestión y auditorias que llevan a cabo la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga y la E.S.E ISABU. No obstante la participación de la población es esencial para evaluar el acceso real de los servicios de salud, ya que una cosa es lo que informan las IPS o EPS-S y otra es la que viven los usuarios a diario. Por tal razón, los indicadores de resultado reflejan la percepción que tienen los usuarios con el sistema y el Instituto de salud.

Si se limita la información sólo al porcentaje de satisfacción de los usuarios que presenta el ISABU (para el primer semestre de este año fue de 95,2%), se puede afirmar que el Instituto cuenta con un acceso eficiente de los servicios. No obstante al revisar la cantidad y tipo de solicitudes PQR para el mismo periodo, la percepción cambia, ya que un 52% no está satisfecho con los

servicios que ofrece el Instituto, Por lo tanto aunque es una muestra pequeña del total de usuarios que atiende el instituto, es una clara evidencia de las fallas que aún tienen la E.S.E y las EPS-S con respecto a la atención sanitaria.

3.9 Síntesis del Capítulo

El anterior capitulo tenía como objetivo explicar las barreras de acceso en la atención sanitaria que prevalecen en el régimen subsidiado a nivel local (2012-2017) según la estructura de análisis de Aday y Andersen. Por esta razón se escogió el Instituto de Salud de Bucaramanga debido a que en su mayoría ofrece los servicios médicos primarios y complementarios a la población vulnerable del municipio. En el primer trimestre del 2017 el 97% (133.831) de la población atendida pertenecía al régimen subsidiado y sólo el 3% (4.715) al contributivo.

La experiencia en la atención médica, al igual que en el segundo capítulo, fue el centro de análisis para determinar las condiciones de acceso de los usuarios beneficiados, por lo tanto los indicadores de oportunidad en la atención médica que reportaron tanto el Instituto de Salud de Bucaramanga como la Secretaria de Salud del municipio fueron los datos clave para comparar con lo reportado a nivel nacional y departamental.

La Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS 2016[143], permite conocer tanto la oportunidad, acceso y satisfacción a nivel nacional de los usuarios del régimen contributivo como subsidiado. Al revisar por departamentos, es evidente que Santander se encuentra entre uno de los lugares con mayor oportunidad y acceso a los servicios tanto de consulta general como especializada asimismo la mayoría usuarios (70%) manifestaron estar satisfechos por la calidad de los servicios, aunque sólo el 50% de los encuestados estuvieron de acuerdo con los tiempos de espera. Teniendo en

[143] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS 2016.p.1-950. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

cuenta este paranoma departamental y el avance que ha tenido el país en los últimos años, era importante determinar las falencias y progresos que presenta el Instituto de Salud de Bucaramanga, de acuerdo a la información obtenida.

Sin duda alguna la falta de información fue un obstáculo para un detallado análisis de la situación que presenta el municipio con respecto a la prestación de los servicios de salud a la población vulnerable, ya que no existen trabajos académicos que hayan estudiado sólo la población usuaria del régimen subsidiado en Bucaramanga. Ante esta eventualidad, no se contó con antecedentes previos a la investigación. La mayoría (por no decir todos) los trabajos que se han elaborado en el país presentan como caso de estudio la ciudad de Medellín. Adicional a esto, fue difícil encontrar los datos pertinentes relacionados con oportunidad, acceso y satisfacción de la población objetiva y aún más complicado conseguir la cantidad de tutelas y derechos de petición de los afiliados. Es lamentable que las entidades públicas pongan miles de inconvenientes para entregar una parte de la información solicitada, cuando una de sus funciones es darla a conocer.

Los informes de las auditorías llevadas a cabo por la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga fueron esenciales, ya que aunque el ISABU, facilitó la entrega de los indicadores de oportunidad en la atención médica desde el 2012 hasta el primer semestre del 2017, no se podía conocer cuál era el desempeño de cada uno de los centros médicos que lo conforman, no obstante las auditorias si lo permitieron.

A simple vista al observar el gráfico de la experiencia médica del ISABU (véase el grafico 14), se puede decir que durante el periodo 2012-2016 no existían inconvenientes graves con la oportunidad en la asignación de citas médicas generales y con especialistas. Sin embargo, las auditorías (2012-2015) reflejan el bajo desempeño en la atención médica general de casi todos los centros de salud, a excepción del 2013. Además en el primer trimestre del 2017 en la primera Zona, seis, de los siete centros de salud que la conforman, tenían una oportunidad por encima del tiempo estándar asimismo en la Zona dos se presentó un caso de un paciente que recibió los servicios de odontología

después de 14 días. Ante esta evidencia el Instituto de Salud de Bucaramanga se comprometió en dos meses a solucionar la problemática ya fuese contratando más personal médico o direccionando a los usuarios a otros centros de salud[144]. Esta última opción es la que deben acoger los usuarios del Centro de Salud Morrorico, cerrado por inadecuadas condiciones locativas hasta que se construya en otro lugar que cuente con todos los requerimientos necesarios.

Adicional a lo anterior al revisar el ranking de IPS 2016 (más reciente), el ISABU, quedó de último con respecto aspectos como discapacidad (20/100), oportunidad (68/100), mejora continua (33/100), financiero (60/100) y saneamiento (64/100). No obstante para el primer semestre del 2017 según las auditorías llevadas a cabo por la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga el Instituto obtuvo mejorías en aspectos como: discapacidad (43/100), oportunidad (90/100) y financiero (70/100)[145].

En el plan de mejora de la E.S.E ISABU 2017[146], entre su lista de compromisos y objetivos se encontraban: un adecuado manejo de desechos hospitalarios en todos los centros de salud, mejor recepción de solicitudes de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) especialmente en la Zona tres que presenta mayores inconvenientes con el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), realizar procesos de mejoramiento de infraestructura y la correspondiente área de señalización en braille y señas en la Zona dos. Al finalizar el año estas actividades deberían cumplirse.

A pesar de los avances que ha tenido el Instituto de Salud de Bucaramanga, con respecto a infraestructura, dotación de recursos, incluso en la oportunidad en la atención médica entre otros, durante el periodo analizado 2012-2017 se evidencian aún inconsistencias en el acceso a los servicios de salud, situación que no es ajena a las demás IPS y EPS-S del departamento. En la tabla 22, se resalta las barreras encontradas en el ISABU de acuerdo a la clasificación de

[144] INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU). (diapositivas) Resumen Plan de Mejora E.S.E ISABU 2017.
[145] SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Presentación Informe de Gestión Primer Semestre 2017. P.9.
[146] INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA (ISABU). Op. Cit

Aday y Andersen, allí se puede observar que aunque la mayoría de los usuarios manifestaban estar satisfechos con los servicios que reciben, según las encuestas llevadas a cabo por el propio instituto, (lo cual es favorable, ya que no limita la continuidad de los servicios por el lado de la demanda), existe un porcentaje poblacional que se encuentra inconforme tanto con el trato del personal, las inadecuadas locaciones, como en la demora y negación de algunos servicios, situación que no es reciente sino que viene presentándose hace años. No por casualidad son los usuarios del régimen subsidiado y aquellos sin aseguramiento, quienes presentaron mayores solicitudes de Petición, Queja y Reclamo durante el 2012-2015.

Por último, teniendo en cuenta las respuestas de los derechos de petición, es lamentable que tanto la Defensoría del Pueblo regional Santander como la Personería municipal no segreguen por regímenes de salud, la cantidad de tutelas que presentan anualmente los usuarios con su respectivo motivo de queja, ya que de esta forma se podría llevar un control eficiente de la prestación de los servicios, asimismo resaltar aquellas entidades e instituciones de acuerdo a su desempeño. Debido a esta falta de información fue imposible determinar la cantidad de acciones presentadas por los pacientes del régimen subsidiado residentes en Bucaramanga que se encuentran inconformes con el sistema.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN FINAL

El premio nobel de economía Amartya Sen es certero al afirmar que el análisis de la igualdad es muy amplio, por tal motivo es recomendable centrarse en una variable focal. Siguiendo el consejo, esta investigación escogió el acceso a la atención sanitaria, uno de los principales mecanismos que permite garantizar las oportunidades sociales, ya que los avances que logra el Estado en satisfacer las necesidades sanitarias son el reflejo de los avances y progresos de las políticas públicas.

Angus Deaton[147] es optimista al reconocer que la salud en la actualidad ha mejorado en casi todas las partes del mundo, aunque explica que han ocurrido retrocesos que nos recuerdan que los anatemas de la mala política no son monstruos confinados a la historia de manera definitiva. Colombia como otros países no se escapan de esta realidad, ya que en más de veinte años que lleva el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aún existen problemas serios de acceso en la prestación de los servicios, asimismo existe población vulnerable sin ninguna clase de aseguramiento.

El ministro Alejandro Gaviria[148] al reconocer esta problemática, afirma que el origen de todo se debe a la ausencia de un contrato social coherente, no se han definido correctamente las capacidades del Estado con respecto al sistema. Sin embargo considera que no se pueden negar los progresos que ha tenido el SGSSS, pues hace veinte años una tercera parte de los colombianos más pobres afirmaban no tener ningún acceso a cuidado médicos en caso de enfermedad. En su libro *Alguien tiene que llevar la contraria*[149], explica que la falta de información de la mayoría de la población colombiana opaca los logros alcanzados en salud. Como bien dice Rawls[150], en las sociedades siempre se

[147] DEATON, Angus. El gran Escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. En: no solo ingreso también salud. Sección Tres. Fondo de Cultura Económica de España. 2015 P.37.

[148] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. XII Congreso Nacional de Salud (26-10-17 octubre de 2017, Colombia). (Recuperado el 3 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=MBLRrT6a5Q4

[149] GAVIRIA, Alejandro. Alguien tiene que llevar la contraria. Ariel. 2016.140p.

[150] RAWLS, John. Teoría de la Justicia. México. Fondo de Cultura Económica, 1979.p.18.

encuentra en discusión de lo que es justo e injusto, por lo tanto rara vez se encuentran ‘‘ordenadas’’.

Tanto Rawls, Deaton como Sen, destacan el papel que deben tener los Estados en el proceso de garantizar el acceso a los servicios de salud, pero son conscientes de que existen diferencias que no sólo se eliminan por este proceso, sino que existen dificultades que son propias de los individuos que limitan el pleno disfrute de la calidad de vida que se quiere. Al respecto Sen[151], argumenta que la búsqueda de la equidad en salud comprende un alcance y relevancia enormemente amplia, pero cualquier mejoría en la salud, en especial la de aquellos en situación de desventaja, es un buen principio para reconocer que ha habido alguna mejoría social. Por una parte es importante distinguir entre el logro y la posibilidad, y por otra las facilidades sociales ofrecidas para dicho logro como lo es la atención sanitaria.

Ante las constantes críticas y dificultades que presentan los usuarios para acceder a los servicios, el Ministerio de Salud y Protección social mediante el enfoque intersectorial con abordaje en los Determinantes Sociales de la Salud, creó el Plan Decenal de Salud Pública PDSP (2012-2021) para reducir las desigualdades de salud asimismo las barreras asistenciales y geográficas que impidan la continuidad de los servicios médicos. De igual manera, los municipios debían adecuar su correspondiente Plan Territorial en Salud PTS, con base en los lineamientos del PDSP.

Adicional a lo anterior, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, es el marco final del derecho a la salud y la oportunidad para que se posicione el sistema de acuerdo a los objetivos que tiene el Ministerio. Además, para que realmente se cumpla plantea el paradigma de la Atención Integral (MIAS), que incluye no sólo la prestación de los servicios, sino la promoción y la palidación de la enfermedad cuando no hay una posibilidad de una restitución completa de la salud.

[151] SEN, Amartya. ¿por qué la equidad en salud? En revista Panam Salud Pública (texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud). York, Reino Unido.2002.p.306

Al intentar descubrir cuáles son las facilidades sociales ofrecidas para el disfrute de la atención sanitaria, en el desarrollo del segundo capítulo se resaltó tanto los avances que ha tenido el sistema de salud en los últimos cinco años, como las falencias que retrasan y minimizan los objetivos alcanzados; así como ha habido progresos sociales que merecen su reconocimiento también existen dificultades que el propio ministerio reconoce. Esta es una eficaz manera para comparar las dos caras del sistema, no todo debe consistir en críticas sin fundamento.

Desde el año 2012 con la unificación del Plan de Beneficios, los usuarios del régimen subsidiado empezaron a recibir los mismos servicios que tenían los cotizantes del contributivo, para el año 2013 la UPC se incrementó en un 44,4%. A pesar de esto, existe un diferencial entre ambos regímenes, que se mantendrá según el Ministro Alejandro Gaviria por la viabilidad financiera del sistema. No obstante sorpresivamente son los usuarios del régimen contributivo quienes mayores acciones de tutela presentaron durante el 2013-2015. En el 2015 la diferencia era de 16.941 tutelas. De igual manera el 80% de los encuestados en el 2016 expresaron que la EPS-S cumplen en su totalidad con el fallo del juzgado (véase en el gráfico 9).

Para muchos sería confuso imaginar que los usuarios a nivel nacional se sienten satisfechos con los servicios que reciben por parte de la EPS, debido a tantos problemas por la negación de tratamientos, medicamentos, citas, etc. No obstante la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2016 así lo manifiestan (véase en la tabla 7). Ante este hecho, son los propios beneficiarios del sistema los que califican la atención recibida y demuestran que a pesar de tantos inconvenientes, sí son reales los progresos en el SGSSS.

Un aspecto sobresaliente es la disminución de los gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, actualmente se encuentra alrededor de un 15%, muy inferior a países como Costa Rica que es conocido por ser un paradigma de la equidad y contar con uno de los mejores sistemas de salud de América Latina. Sin embargo en el 2016, los usuarios del régimen subsidiado

(34,2%) expresaron usar su propio dinero para comprar medicamentos debido a la entrega incompleta de los mismos.

El estudio Rasgos Distintos de los Sistemas de Salud en el Mundo 2017[152], realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) dio a conocer el ranking de los 99 países evaluados, en el cual Colombia ocupó el puesto 48, con un índice total de 80,6 /100. Allí se resaltó los avances que ha tenido el país en los últimos 24 años, en cuanto a cobertura en salud (95% en el 2016), disminución de la tasa de mortalidad infantil e incrementos en la expectativa de vida, que pasó de 68,2 años en 1993 a 73,95 en el 2015[153]. Estas estadísticas de salud son reflejo del progreso social y para el nobel de economía Angus Deaton permiten lograr el gran Escape de la muerte. Sin embargo agrega que esto no quiere decir que se desaparezcan del todo las desigualdades en salud[154].

También hay que mencionar que aunque el panorama a nivel nacional es alentador al revisar minuciosamente por departamentos y municipios quizá no todo sea de color rosa, ya que hay departamentos marginados que no gozan de los progresos sociales de otras regiones, tal es el caso de Guanía, donde la oportunidad, acceso y satisfacción es casi inexistente. Este en particular sería un excelente caso de estudio por investigar.

Con respecto a la negación de los servicios, situación que no se debe justificar por ningún motivo, el 4,9% de la población beneficiaria del régimen subsidiado manifestó que en el año 2016 las EPS-S les habían negado algún servicio de salud[155]. Cifra que en vez de disminuir, aumentó un 0,9% si se compara con los resultados obtenidos en la Encuesta que aplicó el Ministerio en el 2014, allí un 4% reportaba que no habían recibido la atención requerida. De igual manera

[152] EL ESPECTADOR. Sistema de Salud de Colombia ocupa el puesto 48 entre 99 países. Bogotá D.C.8, diciembre, 2017.Seccion una. ISSN. 0122-2856.

[153] DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Colombia: indicadores de Mortalidad 1985-2015.

[154] DEATON, Angus. El Gran Escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. En: La salud en el Mundo Moderno.2015. p.179.

[155] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS.En seccion Acceso. 2016. P.328. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

para el 2016, los afiliados se sentían insatisfechos con la ayuda que reciben por parte de las EPS-S ante un problema de atención, sólo un 15% consideraba que es buena. Esto sin duda es un gran inconveniente que incita a los usuarios a buscar la solución por medio de una acción de tutela.

Además al revisar el Rankig de las EPS llevado a cabo por el Ministerio de Salud y Protección Social 2017[156], de las 26 entidades evaluadas en el régimen subsidiado, sólo 9 EPS-S tienen un puntaje superior al 70% en acceso, 4 obtuvieron un puntaje de satisfacción por encima del 70% y con respecto a oportunidad 5 obtuvieron un puntaje superior al 60%. Adicional a esto entre las peores entidades con respecto a estos tres aspectos evaluados son: CAFESALUD (ahora Medimás), CCF de Nariño, EMSSANAR ESS y CAPRESOCA.

Ante estos resultados, se decidió analizar en el tercer capítulo las barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud de acuerdo a la clasificación del modelo de utilización de Aday y Andersen, en la capital del departamento de Santander. Uno de los departamentos que presenta mayores acciones de tutelas en salud durante el 2012-2015. A nivel nacional ocupó durante tres años consecutivos el quinto puesto y en el 2015 se ubicó en el sexto lugar.

El instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU), es la Empresa Social del Estado organizada en red, encargada de ofrecer los servicios de salud primarios y complementarios a todos los ciudadanos de Bucaramanga, pero en especial a aquellos en condición de vulnerabilidad económica beneficiarios del régimen subsidiado. Por tal razón se escogió al ISABU para determinar las barreras de acceso existentes en los últimos cinco años.

Por medio de los informes de las auditorías que llevó a cabo la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga durante el 2012-2016, se pudo evidenciar la oportunidad en la asignación de citas médicas generales, especializadas y medicamentos que tenía el ISABU. Situación que permitió comparar con los

[156] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2017.P.21. (Recuperado el 10 de noviembre de 2017). Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ranking-satisfaccion-eps-2017.pdf

indicadores que suministró el Instituto de Salud para el mismo periodo. Al realizar esta actividad se encontró inconsistencias en la información presentada por la E.S.E, ya que efectivamente si hubo centros de salud que excedieron notoriamente el tiempo estándar de espera a excepción del 2013, año en el cual la mayoría de los 23 centros de salud normalizaron los tiempos de espera en la asignación de citas médicas generales. Además durante este periodo fue mínimo el cumplimiento de los diferentes comités institucionales, lo que obstaculiza el correcto seguimiento a los estándares de calidad en la atención médica que ofrecen.

Otro obstáculo que se encontró del lado de la oferta con respecto a la prestación de los servicios de salud, es el monto que adeudan las EPS-S al ISABU, ya que en el año 2017 se encontraba alrededor de los $10.000 millones de pesos y a esto se le suma la inversión que se debe realizar en algunos centros de salud por su inadecuada infraestructura hospitalaria.

Adicional a lo anterior, el Instituto de Salud de Bucaramanga, para nada salió favorecido en el Ranking de IPS que elaboró la Secretaria de salud Municipal en el año 2016. Estos resultados son reflejo del bajo desempeño del instituto en aspectos relacionados con saneamiento, discapacidad, financiero, oportunidad y mejora continua, todos incluidos en el Plan de Mejora del ISABU en el año 2017.

Según las encuestas de Satisfacción llevadas a cabo por el propio Instituto, los usuarios se sienten satisfechos con los servicios que ofrece el ISABU, por lo tanto esto no puede clasificarse como una barrera del lado de la demanda. Sin embargo, las solicitudes de Petición, Queja y Reclamo (PQR 2017), dejan en evidencia que existen deficiencias que no tienen contentos a los usuarios y de nuevo aspectos como demora en la asignación de citas médicas e inadecuadas instalaciones hospitalarias salen a relucir. Esto es un verdadero inconveniente que en la actualidad tiene padeciendo a varios usuarios en especial a aquellos que deben trasladarse a otras sedes, tal en el caso del Centro de Salud Morrorico.

De acuerdo al modelo de utilización de los profesores Aday y Andersen, se puede decir que en el Instituto de Salud de Bucaramanga, los problemas relacionados con la prestación de los servicios son el mayor obstáculo para el acceso real a la atención sanitaria, ya que tanto los indicadores de proceso como de resultado así lo muestran (Véase en la tabla 22). Ante esto, la Secretaria de Salud Municipal en virtud de sus funciones debe hacer pleno seguimiento y control al Plan de Mejora del ISABU, asimismo incrementar el número de visitas anuales para realizar las correspondientes auditorias. Como en una ocasión se mencionó, el gerente del ISABU se ha comprometido adecuar la infraestructura de varios centros de salud de igual manera incrementar la dotación de equipo hospitalario para fortalecer los servicios de salud de primer nivel. La UIMIST, Rosario, IPC ya fueron entregados, además se harían inversiones en otras siete unidades hospitalarias, entre los cuales están: el Hospital Local del Norte, el Centro de Salud de Santander, Viila Rosa Toledo Plata y Regaderos, esto a través de un convenio con la alcaldía, por un valor total $1.200 millones, donde el ISABU aporta 150 millones y la alcaldía $1.050 millones de pesos[157].

A pesar de que el gobierno se ha comprometido a mejorar el acceso en la prestación de los servicios de salud, por lo menos así lo manifiestan los propios usuarios en las Encuestas que lleva a cabo anualmente el Ministerio de Salud y Protección social y lo resaltan organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), aún existen deficiencias evidentes en la parte financiera de igual manera se presentan barreras en la atención sanitaria a nivel departamental y municipal, tal es el caso de Bucaramanga. Ante estos resultados aún no se puede decir que el país ha progresado integralmente con respecto al acceso en salud porque en lo que concierne a la población más vulnerable, aun se evidencia demoras en la oportunidad, negaciones y un incremento considerable en el número de acciones de tutelas.

[157] ALCALDIA DE BUCARAMANGA. ISABU: Mejoramiento Infraestructura de salud (Audio). Tres minutos. 21 de julio de 2017. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=_ZxeSbzqG6A

BIBLIOGRAFÍA

ADAY, Lu; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. Center for health administration studies. (En línea). University of Chicago. 1974. P.218. (Recuperado el 10 de septiembre de 2017).Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/

AGUDELO CALDERON, Carlos, *et al.* Sistema de Salud de Colombia: 20 años de logros y problemas. (En línea). Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2011. p.818. (Recuperado el 20 de agosto de 2017).Disponible en; https://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf

ARRIVILLAGA, Marcela; BORRERO, Yadira. Visión comprensiva y critica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. (En línea). Revista Salud Pública. Rio de Janeiro. 2016. Vol. 32. N.5. p.5. (Recuperado el 15 de septiembre de 2017).Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000500401&script=sci_abstract&tlng=pt

ASI VAMOS EN SALUD. Indicadores Aseguramiento 2012-2016. (Recuperado el 13 de agosto de 2017). Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/indicadores/aseguramiento.

ALCALDIA DE BUCARAMANGA. ISABU: Mejoramiento Infraestructura de salud (Audio). Tres minutos. 21 de julio de 2017. (Recuperado el 25 de noviembre de 2017).
Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=_ZxeSbzqG6A

ALCALDIA DE BUCARAMANGA. ISABU: dos centros de salud tendrán urgencias 24 horas. (Audio). Tres minutos. 13 de enero de 2017. (Recuperado el 25 de noviembre de 2017).
Disponible en:https://www.youtube.com/watch?v=kStslcS-JJM

ALCALDIA DE BUCARAMANGA. Reapertura de la UIMIST (Audio).Tres minutos. 23 de diciembre de 2016. (Recuperado el 25 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=S4Q4e-_fBEg

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo Mundial: invertir en salud. Oxford University Press. (En línea). Washington. 1993. p.103. (Recuperado el 4 de agosto de 2017).Disponible en http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/Informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud

BOTTIA, Martha; CARDONA, Lina y MEDINA, Carlos. El SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia: Ventajas y limitaciones. (En línea). Revista de Economía del Rosario. Vol. 15. N.2. 2012.p.141. (Recuperado el 10 de octubre de 2017)Disponiblehttp://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1020.778&rep=rep1&type=pdf

BOTELLO, Héctor. Eficiencia en la cobertura del régimen subsidiado de salud: una perspectiva departamental en Colombia. (En línea). Revista Sociedad y economía N.26. 2014. p.130.(Recuperado el 17 de junio de 2017).Disponible en : http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n26/n26a06.pdf

CARMONA, Zenèn; PARRA, Devian. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. (En línea). Revista Salud Uninorte. Barranquilla.2015.Vol.31.N.3.p.608-611. (Recuperado el 23 de mayo de 2017). Disponible:http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/7685/8320

CAMACHO, Adriana; FLÓREZ, Carmen y ESPINOSA, Francisco. El SISBEN: Su diseño y evolución. (En línea). Notas de Política. Universidad de los Andes. N.4. Bogota.2010. p.2-5. (Recuperado el 14 de octubre de 2017).Disponible en :https://egob.uniandes.edu.co/index.php/en/me-publicaciones/notas-de-politica/15-notas-de-politica/38-el-sisben-su-diseno-y-evolucion

COLOMBIA.DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social.2013-2014. (En línea).Bogotá D.C. p.206-215. (Recuperado el 24 de octubre de 2017). Disponible en: http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf

COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 (23 de diciembre de 1993).Por la cual se crea el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C 1993.168P.

COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 0256.Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.2016.p.2-28.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2011.51P.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1751 (Ley Estatutaria). Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C.2015.p. 1-13.

COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 429. Por la cual se adopta la política de Atención Integral de Salud. Bogotá.D.C. 2016.P.1-6.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular 056.Dispone los indicadores que la Entidades Administradoras de Planes benéficos deben cumplir para garantizar la calidad y eficiencia en los servicios. 2009. P. 1-7.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. (Sala segunda de revisión) Sentencia N. T-760 de 2008. Bogotá D.C.411P.

COLOMBIA. CORTE CONTITUCIONAL. (Sala plena corte constitucional). Sentencia C-313 de 2014. Bogotá D.C.562P.

DANE. Informe de Coyuntura Económica Regional. Departamento de Santander. Bogotá D.C. 2016. P.32. (Recuperado el 20 de noviembre de 2017). Disponible:
http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/icer_santander_2015.pdf

DEATON, Angus. El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. En: no solo ingreso también salud. Sección tres. Fondo de Cultura Económica de España. 2015.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y los Derechos a la Salud y a la Seguridad Social.2015. (En Línea).P.151-200. (Recuperado el 20 de diciembre de 2017).
Disponibleenhttp://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/texto.

DIAZ, Jorge. Estado Social de Derecho y Neoliberalismo en Colombia: estudio del cambio social a finales del siglo XX. (En línea). Revista Antropología Social. Artículo de Investigación. N.11.2009 p.210-211. (Recuperado el 20 de agosto de 2017).
Disponible en: http://vip.ucaldas.edu.co/virajes/downloads/Virajes11_8.pdf

DONADEBIAN, Avedìs. Aspects of medical care administration: specifying requiriments for health care. Cambridge. 1973. Harvard University press.(Recuperado el 12 de julio de 2017). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071786/

EL ESPECTADOR. Sistema de Salud de Colombia ocupa el puesto 48 entre 99 países. Bogotá D.C.8, diciembre, 2017.Sección una. ISSN. 0122-2856.

FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. (En línea). Revista Salud Pública. México. 1985. Vol.27. N.5. p.442. (Recuperado el 10 de julio de 2017).
Disponible en: http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/41112

GARCIA SUBIRATS, Irene. Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil; un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. (En Línea). Tesis doctoral. Univesitat Pompeu Fabra. Barcelona. 2015. p.29. (Recuperado el 23 de septiembre de 2017).Disponible en: http://www.tdx.cat/handle/10803/315474

GAVIRIA, Alejandro. No vean las noticias. (Blog). Miércoles 13 de diciembre de 2017. (Recuperado el 6 de enero de 2017). Disponible en: http://agaviria.blogspot.com.co/search?updated-max=2017-09-23T20:31:00-05:00

GAVIRIA URIBE, Alejandro. Alguien tiene que llevar la contraria. Ariel. 2016.140p.

GUERRERO, Ramiro, *et al*. El sistema de Salud en Colombia. (En línea). Revista Salud Pública Mexico.Vol.53. Cali .2011. p.148. (Recuperado el 12 de mayo de 2017).
Disponiblehttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010

HERNANDEZ, Mario. La falacia Neoliberal crítica y alternativas. Universidad Nacional de Colombia.2002. (En línea).p.348. (Recuperado el 12 de agosto de 2017). Disponible en: http://www.uneditorial.com/la-falacia-neoliberal-critica-y-alternativas-teoria-y-filosofia-politica.html

HOLZZMAN, Robert; JORGENSEN, Steen. Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. En: Departamento de Protección Social: Red de Desarrollo Humano. Banco Mundial. 2000. p.2-8. (Recuperado el 3 de Noviembre de 2017). Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021106

INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. Perfil Epidemiológico primer trimestre de 2017.p.1-34.

INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. Información de PQR's Atención al ciudadano correspondiente al primer semestre de 2017.p.1-3.

IREGUI, Ana; RAMOS, Jorge y SAAVEDRA, Luz. Análisis de la descentralización fiscal en Colombia. (En línea). P.36 (Recuperado el 30 de julio de 2017). Disponible en: http://files.profesorantia.webnode.es/200000178-1debd1fdfc/descentraliazacion%20fiscal%20en%20colombia.pdf

LONDOÑO, Juan; FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. (En línea). Banco Interamericano de Desarrollo. Washigton.1997.p.16-18. (Recuperado el 30 de julio de 2017).Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n23/n23a10.pdf

MARTINEZ, Jesús. Justicia y Salud: la perspectiva de Rawls. (En línea). Revista Comunicaciones orales. España.2013. Vol.2.N.2.p. 295. (Recuperado el 1 de septiembre de 2017). Disponible en: http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/84

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS. (En línea). Bogotá D.C. 2016. (Recuperado el 13 de septiembre de 2017).
Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2016.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. XII CONGRESO NACIONAL DE SALUD (26-10-17 octubre de 2017, Colombia). (En línea).(Recuperado el 3 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=MBLRrT6a5Q4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Indicadores de Experiencia de atención basados en mediciones objetivas. (En línea). P.131-164. (Recuperado el 12 de agosto de 2017).
Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Afiliación de la población pobre no asegurada. Dirección de regulación de la operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones. Bogotá D.C. 2015. (En línea). P.4. (Recuperado el 3 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/3-Afiliacion-PPNA.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Informe al Congreso de la Republica 2014-2015. (En línea). Bogotá D.C. 2015.P. 21. (Recuperado el 15 de noviembre de 2017). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2014-2015.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social. Capitulo tres: Régimen Subsidiado. (En línea).2016. p.26. (Recuperado el 2 de octubre de 2017).
Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Informe de actividades 2010-2014 y 2013-2014 al honorable Congreso de la Republica. (En línea). Bogotá D.C. 2014. p. 184. (Recuperado el 23 de noviembre de 2017). Disponible:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/INFORME%20CONGRESO%202014.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2017. (En línea). P. 21. (Recuperado el 10 de noviembre de 2017). Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ranking-satisfaccion-eps-2017.pdf
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Leyes y Decretos. (En línea). (Recuperado el 11 de abril). Disponible en: de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx

MORENO, Germán. El Modelo de Atención Integral en Salud para Colombia: ¿la solución a los problemas del sistema? (En línea). Revista Médica Risaralda.p.73-74. (Recuperado el 4 de abril de 2017). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001

OTERO, Ángel; ZUNZUNEGUI, María. Capitulo seis: Determinantes Sociales de la Salud y su influencia en la atención sanitaria. (En línea). Revista Elsevier España. p.91 (Recuperado el 12 de abril de 2017). Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.2.2-1.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Argentina. (En línea). 2009. Ediciones Journal S.A. p.8. (Recuperado el 13 de octubre de 2017). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/

ORGANIZACIÓN PANAMAERICANA DE LA SALUD. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud. Washington. (En línea).2014. p. 1-5. (Recuperado el 13 de octubre de 2017). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27442&lang=es

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud: principios. Nueva York. (En línea).1946. p.1. (Recuperado el 13 de octubre de 2017). Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington. (En línea). 2015. p. 1. (Recuperado el 13 de octubre de 2017). Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33874/9789275318577-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PASTOR, Castell; SERRATE, Florit. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la Intersectorialidad. (En línea). Revista Cubana de la Salud.2007. Vol. 33.N.2. p. 1-13. (Recuperado el 10 de abril de 2017). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009

PEREZ, Gerson; SILVA, Alejandro. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. (En línea). Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la Republica. Centro de estudios económicos regionales (CEER). Cartagena. 2015. p.11. (Recuperado el 12 de abril de 2017). Disponible:http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_218.pdf

PEREZ, Milena; VELASQUEZ, Adriana. Modelos de Contratación en el sistema de salud en el Marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores. (En línea). Facultad de Medicina. Universidad CES. Antioquia. 2008. p. 16. (Recuperado el 2 de mayo de 2017).Disponible en http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/971

PENCHANSKY, R; THOMAS, JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. (En línea). Medical Care. Vol.19.N.2. p.127-140. (Recuperado el 3 de septiembre de 2017). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846

POLANIA ALVAREZ, Nelly Marcela. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia 2008-2012. (En línea). Tesis de Maestría en Ciencias Económicas. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de ciencias económicas, 2015,43p. (Recuperado el 11 de marzo de 2017).
Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/51308/1/52934152.2015.pdf.

RAWLS, John. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica, 1979, p. 18-109.

RAWLS, John. El liberalismo político. Trad. de A. Domenech. Barcelona: critica. 1996. p.51-219.

RAWLS, John. El derecho de gentes y una revisión de la idea de razón pública. Trad. de H. Valencia. Barcelona: Paidós. 2001. p. 63.

RAWLS, John. El derecho de gentes y una revisión de la idea de razón pública. Trad. de H. Valencia. Barcelona: Paidós. 2001. p. 63.

REINA, Yuri. Acceso a los Servicios de Salud en las principales ciudades colombianas. En: Banco de la República. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER)-Cartagena. 2014. p. 4. (Recuperado el 5 de junio de 2017). Disponible:http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf

RODRIGUEZ ACOSTA, Sandra. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. En: tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma. Departamento de economía aplicada. 2010.28p.

SALKEVER, David. Accessibility and the demand for preventive care. Soc Sci & Medic. 1976. p.469-475. (Recuperado el 12 de julio de 2017). Disponible en: https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/accessibility-and-the-demand-for-preventive-care-3

SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. Barcelona. 2000. Planeta. p.79

SEN, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid. 2004. Alianza Editorial.p.15-103.

SEN, Amartya. La salud en el desarrollo. En: discurso inaugural pronunciado ante 52 Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra. (En línea). Boletín de la Organización Mundial de la Salud.2000.p. 18-20. (Recuperado el 12 de septiembre de 2017). Disponible en: http://apps.who.int/iris/handle/10665/57579.

SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? (En línea). Revista panamericana de Salud Pública. Washington. 2002. p.304. (Recuperado el 12 de septiembre de 2017). Disponible en: https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf.

SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Informe de gestión de Aseguramiento 2012-2015. Bucaramanga. 2015. p.1-128.

SECRETARIA DE SALUD DE BUCARAMANGA. Presentación informe de gestión primer semestre de 2017. P.1-12.

SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA. Consejo Municipal de Bucaramanga. Acuerdos por año. (En línea). (Recuperado el 25 de octubre de 2017).
Disponible:http://www.concejodebucaramanga.gov.co/descargas.php?seccion=NQ==&categoria=Mg==&subcategoria=NQ

TANAHASHI, T. Health service coverage and its evaluation. (En línea). Bulletin of the world health organization.Vol. 56. N.2.p.295-303. (Recuperado el 20 de agosto de 2017).
Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/