

Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín¹

Humberto Ramírez, Est., MSP², Sergio Vélez, M.D., ESP³, Virgilio Vargas, M.D., MSP⁴, Carlos Sánchez, M.D., EGAH⁵, Jaime Lopera, M.D., MSP⁶

RESUMEN

Se evaluó la cobertura de afiliación al régimen subsidiado y se determinó la accesibilidad a los servicios de salud en la población más pobre y vulnerable del municipio de Medellín. Es un estudio evaluativo-descriptivo de tipo transversal mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada a una muestra representativa de 1,200 afiliados seleccionados aleatoriamente con afijación proporcional en las zonas, comunas y corregimientos de Medellín. Incluyó el análisis de 223,459 registros de afiliados al régimen subsidiado extraídos de las bases de datos para la obtención de los indicadores de cobertura. El estudio arrojó los siguientes resultados: insuficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibida por los afiliados, la imposibilidad para la elección de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. Por cada 100 personas afiliadas a SISBEN nivel I y II se tienen registros de 46 afiliados al régimen subsidiado de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, verdadero objetivo de este régimen.

Palabras claves: Cobertura. Accesibilidad. Afiliado. Régimen subsidiado. SISBEN.

En 1993, mediante la expedición de la Ley 100 en su libro segundo, Colombia se comprometió a crear un sistema de salud integral y universal para toda la población fundamentado en un seguro social de salud, cuyos principios básicos son:

1. Asegurar la cobertura universal mediante un sistema de seguridad social en salud para todos los colombianos.
2. Ofrecer a la población el acceso equitativo a un paquete básico de servicios de salud.
3. Mejorar la eficiencia del sector

reorientando recursos hacia la atención preventiva y primaria, y hacia las áreas rurales y pobres.

4. Garantizar que los servicios cumplan con unos estándares básicos de calidad.

La máxima expresión de estos principios básicos de la reforma de seguridad social en salud se pueden encontrar con la implementación y desarrollo del régimen subsidiado, el cual busca garantizar el acceso a los servicios de salud a la población más pobre y vulnerable. La universalidad en la cobertura, quizá el reto más

importante de la reforma, depende de la disponibilidad de recursos suficientes, los cuales provienen básicamente de dos fuentes: aportes fiscales de diversa índole y aportes provenientes de un impuesto tasado sobre los ingresos de los trabajadores y patronos.

A 8 años de la expedición de la Ley 100 es preciso conocer en qué medida se han logrado los objetivos de ampliación de coberturas, mejoramiento de la eficiencia, de la calidad y de la accesibilidad a los servicios de salud y especialmente si el régimen de subsidios en salud ha cubierto una proporción significativa de la población más pobre y vulnerable, tanto en número de afiliados como en la cantidad, la calidad y la oportunidad de los servicios recibidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se propuso dentro de los objetivos evaluar la cobertura de afilia-

1. Estudio realizado con recursos de Colciencias a través del contrato 487/97 suscrito con la Universidad de Caldas, Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud (RENISS), la Universidad Cooperativa de Colombia y la Secretaría Municipal de Salud de Medellín.
2. Asistente de Investigaciones, Escuela Nacional de Postgrados, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín.
3. Subsecretario, Unidad de Aseguramiento, Secretaría Municipal de Salud, Medellín.
4. Director Académico, Escuela Nacional de Postgrados, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín.
5. Docente de cátedra, Escuela Nacional de Postgrados, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín.
6. Docente de cátedra, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia y de la Escuela Nacional de Postgrados de la Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín.

ción al Régimen Subsidiado y determinar la accesibilidad a los servicios de salud en la población más pobre y vulnerable del municipio de Medellín, y contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

Es un estudio evaluativo-descriptivo de tipo transversal con aplicación de una encuesta dirigida a una muestra representativa de 1,200 afiliados seleccionados aleatoriamente con afijación proporcional en las zonas, comunas y corregimientos. También incluyó el análisis de los 223,459 afiliados al régimen subsidiado extraídos de las bases de datos para la obtención de los indicadores de cobertura incluidos en el informe.

RESULTADOS

La insuficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibida por los afiliados, la imposibilidad de los afiliados para la elección de ARS, la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios, y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. Es bueno destacar cómo en la mayoría de estos trabajos se encuentra un alto nivel de satisfacción de los usuarios, el cual se manifiesta por las pocas quejas que se presentan.

En cuanto a cobertura, el porcentaje de personas afiliadas a SISBEN con respecto a la población total de Medellín (1'978,511) a la fecha muestra que 44.8% (886,492) tienen una hoja de identificación de planeación como afiliados al régimen subsidiado o como vinculados. Ellas se corresponden según las bases de datos a 39.4% del total de viviendas contabi-

lizadas en los sistemas de información.

La cobertura de afiliación de personas al régimen subsidiado en el municipio de Medellín, es 11.3% con respecto a la población total, y 91.8% con respecto a los identificados en el nivel I del SISBEN. Las coberturas de afiliación para los del nivel II son 35.1%. Por cada 100 afiliados a SISBEN en nivel I y II se tienen registros de 46 afiliados al régimen subsidiado de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, verdadero objetivo del régimen subsidiado.

Los corregimientos y en especial Palmitas, Santa Elena y Altavista gozan de tener los indicadores más altos de cobertura en aseguramiento. Siguen en su orden las comunas Popular y Santa Cruz ubicadas en la zona nororiental. Como era de esperarse comunas como Laureles-Estadio, Poblado, La América, La Candelaria y ciertos sectores de Belén tienen los indicadores más bajos de cobertura dentro del régimen subsidiado. Se exceptúa Doce de Octubre donde tanto la razón viviendas/afiliadas/sisbenizadas y personas/afiliadas/sisbenizadas tienen porcentajes bajos en comparación con otras comunas de condiciones socioeconómicas mejores.

En cuanto a la Red de Servicios, la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín para la administración del Régimen Subsidiado, contrata con once empresas (ARS), las cuales responden por volúmenes de afiliados diferentes según su complejidad. Para la atención de los beneficiarios, las once ARS tienen entre propias y contratadas 121 instituciones prestadoras de servicios (IPS) con las cuales se cubren de manera integral todos los beneficios contemplados en el POS-S.

DISCUSIÓN

En relación con los resultados y

conclusiones obtenidas en este trabajo es bueno destacar cómo algunas de ellas son compartidas y refrendadas por otros trabajos referidos al tema del régimen subsidiado, como el Proyecto "Municipio Centinela"¹, el trabajo sobre "Accesibilidad al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) en el corregimiento de San Antonio de Prado, Medellín 1999"², y el trabajo sobre "Análisis de la prestación de servicios de salud en el Municipio de Copacabana"³ donde se comparten conclusiones como la insuficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibida por los afiliados, la imposibilidad para la elección de ARS, la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. Es bueno destacar cómo en la mayoría de estos trabajos, se encuentra un alto nivel de satisfacción de los usuarios, que se manifiesta por las pocas quejas que se presentan.

En general este artículo, además de los conceptos anteriores, evidencia de manera contundente las dificultades del sistema para lograr las metas de cobertura universal y acceso para toda la población pobre y vulnerable a los servicios de salud, propuestos para el año 2001.

CONCLUSIONES

1. La población más pobre y vulnerable de Medellín que logra afiliarse al régimen subsidiado, mejora sustancialmente en la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud en comparación con los no afiliados.

2. La cobertura de afiliación al régimen subsidiado lograda por Medellín a la fecha, está muy por debajo de las metas establecidas por la Ley 100 de 1993, que establece una cobertura universal para el 2001.
3. La afiliación al régimen subsidiado por sí misma, no garantiza el acceso a los servicios de salud, pues siguen persistiendo otras barreras de inaccesibilidad como económicas, ecológicas, culturales, de información y administrativas.
4. No es adecuada la cantidad y calidad de la información que entregan las ARS a sus afiliados, pues no les permite asimilar y captar lo referente a superar las barreras de acceso que la red de servicios y el sistema en general presentan.
5. Es más factible que las personas identificadas en el nivel de pobreza I se puedan afiliar al régimen subsidiado que los del nivel de pobreza II, lo que en general muestra coberturas diferenciales de afiliación bastantes amplias para estos dos niveles de pobreza.
6. La condición de urbano o rural de la población no marca ninguna diferencia significativa para acceder a los servicios de salud, en contraposición con otras formas de accesibilidad tales como escolaridad, información sobre deberes y derechos, facilidad de citas, consulta médica y odontológica y hospitalización, que favorece más a la población afiliada del nivel II del SISBEN.
7. La Secretaría de Salud de Medellín para la atención de los beneficiarios del régimen subsidiado cuenta con una buena red de servicios, lo cual a pesar de que los beneficiarios no eligen libremente las ARS, toda esta red está disponible para la gran mayoría de ellos.

RECOMENDACIONES

1. La cantidad y calidad de servicios que reciben tanto los afiliados como los vinculados son eventualmente diferentes. Esto exige la estimación de los costos de estos servicios y la administración de los mismos, lo cual mostraría alternativas de racionalidad en su equitativa distribución y asignación según el carácter de afiliado.
2. Diseñar estrategias de comunicación diferencial de la información hacia los afiliados en cada uno de los niveles y adaptarlos al grado de instrucción de estas comunidades.
3. Elaborar campañas de participación ciudadana hacia el fortalecimiento de las veedurías ciudadanas y organizaciones de beneficiarios por parte de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín.
4. Involucrar dentro de las campañas de participación ciudadana los programas de promoción y prevención cuyo desconocimiento por los afiliados es un porcentaje importante.
5. Empezar la divulgación masiva de los derechos, deberes y beneficios de los afiliados sobre los servicios que les obliga prestar las ARS e IPS.
6. Diseñar un sistema de auditoría o monitoreo sobre las estrategias de comunicación integral adaptadas a la calidad de sus afiliados y contempladas en el POS-S.
7. La dinámica de los procesos de registro y afiliación ocasionados por el sistema de aseguramiento como en el mismo SISBEN, producen desfases o diferencias importantes tanto en viviendas como en personas afiliadas. Esto ocasiona inestabilidad en los indicadores de cobertura por su gran variabilidad dentro de zonas y comunas

donde se ubican los afiliados. Por tanto, se recomienda sistematizar el proceso, logrando tabulados periódicos con las bases de datos activas y alcanzando indicadores con la oportunidad que requiere el sistema. Se debe incorporar esta actividad como una función esencial.

SUMMARY

This study was set out to evaluate the total number of affiliation to the health subsidized regime, and to determine the accessibility to health services by the poorest and more vulnerable population of Medellín. It was a cross-sectional evaluative-descriptive study, carried out with the support of COLCIENCIAS, the Universidad Cooperativa de Colombia, and the Health Secretariat of Medellín. A questionnaire was responded by a representative sample of 1,200 randomly selected persons. An analysis of 223,459 personal health records were also taken into account. The study showed the following results: insufficient information on duties, rights and benefits; impossibility for autonomous selection of ARS, little or null participation of the affiliated persons in communitarian organizations, and almost total ignorance on prevention and promotion programs. There are full records for only 46% of the people on the levels I and II of the SISBEN.

Key words: Accessibility. Subsidized regime. SISBEN.

REFERENCIAS

1. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. *Proyecto Municipio Centinela*. Medellín, agosto de 1998.
2. González CM, Ocampo M. *Accesibilidad al plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S), corregimiento de San Antonio de Prado*. Medellín: Facultad Nacional

- de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 1999.
3. Palacios G, Marín A. *Propuesta de investigación sobre análisis de la prestación del servicio de salud en el primer nivel de atención del régimen subsidiado en cuanto accesibilidad, uso y satisfacción de sus afiliados en el municipio de Copacabana (Antioquia)*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 1998.
 4. Alvarado E. *El régimen subsidiado de salud*. Bogotá; Fundación Creer. 1998.
 5. Blanco JH, Maya JM. Fundamentos de salud pública. Tomo II. *En Administración de servicios de salud*. Medellín; Ediciones Rojo, 1998.
 6. Barrenechea JJ, Trujillo E. *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud para todos en el año 2000*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1987.
 7. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Panorama social de América Latina*. Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1996.
 8. *Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia*. Bogotá, 1991.
 9. Congreso de la República. *Ley 12 de 1986. Ley 60 de 1993. Ley 99 de 1993. Ley 10 de 1990. Ley 100 de 1993*. Santafé de Bogotá.
 10. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Acuerdos N° 23 de 1996, N° 30 de 1995, N° 41 del 22 de noviembre 1996, N° 49 del 22 de noviembre 1996, N° 56 de 1996, N° 61 de 1997, N° 72 del 29 de agosto de 1997
 11. Convenio Ministerio de Salud. *Programa Sistemas Municipales de Salud*, Bogotá.
 12. Ministerio de Salud. *El ABC del régimen subsidiado de seguridad social en salud. Marco político, filosófico, legal y operativo*. Santafé de Bogotá, 1997.
 13. Ministerio de Salud. *Gerencia estratégica para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Paradigmas, indicadores y paquete tecnológico para operar la calidad*. Santafé de Bogotá, 1995.
 14. Ministerio de Salud. Decretos N° 1938 de 1994, N° 2357 del 29 de diciembre de 1995, N° 2174 del 28 de noviembre de 1996, N° 1125 de 1997, N° 11298 de 1994. Resoluciones N° 008430 de octubre 4 de 1993, N° 5261 de 1996, N° 00219 de 1998. Formularios del Régimen Subsidiado. Circulares N° 034 de 1997 Afiliación y reglamentación, N° 001 de 1997 Afiliación y formulario único, N° 015 de 1997 Afiliación y formulario único. Acuerdos N° 073 de 1997 Reasignación de recursos, N° 074 de 1997 Adición el plan de beneficios del Régimen Subsidiado, N° 077 de 1997 Forma y condiciones de operación, N° 081 de 1997 Modificar el acuerdo 042, N° 089 de 1998 Criterios para la distribución de recursos.
 15. Superintendencia Nacional de Salud. *Resultados del proceso de inspección, vigilancia y control*. Serie resultados N° 1. Primer semestre. Santafé de Bogotá, 1999.
 16. Superintendencia Nacional de Salud. *Indicadores de cobertura 1998. Régimen subsidiado*. Serie estadística N° 1. Santafé de Bogotá, 1999.
 17. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia*. Bogotá; FESCOL, FES, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona, 1997.