

IMPACTO DE LAS CUOTAS MODERADORAS EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE CONSULTA EXTERNA MEDICA, EXÁMENES DE
DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLÍNICO Y ENTREGA DE
MEDICAMENTOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
EN EL MUNICIPIO DE NEIVA DURANTE
EL II SEMESTRE DE 2006

DIANA SOFIA CANENCIO SALAZAR
PAULA XIMENA FALLA CASTRO
PAULA JULIANA MORENO MAZORRA
MONICA SANCHEZ FALLA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA
2007

IMPACTO DE LAS CUOTAS MODERADORAS EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE CONSULTA EXTERNA MEDICA, EXÁMENES DE
DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLÍNICO Y ENTREGA DE
MEDICAMENTOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
EN EL MUNICIPIO DE NEIVA DURANTE
EL II SEMESTRE DEL 2006

DIANA SOFIA CANENCIO SALAZAR
PAULA XIMENA FALLA CASTRO
PAULA JULIANA MORENO MAZORRA
MONICA SANCHEZ FALLA

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesor:

DR. PEDRO REYES GASPAR

Medico, especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.
Coordinador del postgrado Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social,

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA
2007

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 6 de Marzo de 2007

DEDICATORIA

A DIOS, damos gracias por nuestras vidas, por la sabiduría que nos regaló para sacar este proyecto adelante, por la perseverancia y el amor que puso en nuestro y por iluminar nuestro camino con esplendor.

*A nuestros padres, por habernos brindado la oportunidad de vivir y su incondicional apoyo en nuestro crecimiento como profesionales.
A nuestros familiares, novios y amigos, por su tolerancia y paciencia en este proceso de aprendizaje, además de los conocimientos compartidos y su constante preocupación.*

A nosotras, por ser unas triunfadoras, guerreras de la luz, capaces de escuchar el silencio de nuestro corazón, de aceptar las derrotas sin dejarnos abatir por ellas y de alimentar la esperanza en medio del cansancio y el desaliento, pero optimistas de trabajar por una Colombia de paz y un futuro mejor.

*DIANA SOFIA
PAULA XIMENA
PAULA JULIANA
MONICA*

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a :

A nuestro asesor de tesis Doctor Pedro Reyes Gaspar, Coordinador del postgrado Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social, quien con su experiencia y oceánicos conocimientos nos motivó en este proceso de investigación y sobre todo por su incondicional apoyo de docente y amigo.

A nuestros profesores y demás profesionales en las diferentes áreas de la ciencia, quienes han sido grandes guías en nuestra formación profesional.

A cada una de las EPS, IPS y participantes que nos colaboraron en este estudio, pues, sin ustedes no hubiese sido posible la realización del mismo, ni nuestra motivación para escribir, aportar a la ciencia y luchar por obtener la calidad en la prestación de los servicios de salud para todos los Colombianos.

A María Eugenia Rojas , Secretaria del Postgrado Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social, nuestra mano derecha en la especialización, en todos aspectos administrativos, por su paciencia, colaboración y disponibilidad incondicional de tiempo para nuestro trabajo de grado.

A nuestros compañeros y amigos de especialización quienes se esfuerzan y trabajan por el bien de Colombia, comparten sus experiencias y conocimientos esperanzados en lograr una mejor calidad de vida.

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 2. OBJETIVOS | 3 |
| 2.1. OBJETIVO GENERAL | 3 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS | 3 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS | 7 |
| 4.1. ESTUDIO DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD | 7 |
| 4.2. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | 10 |
| 4.3. LOS COPAGOS DE LOS MEDICAMENTOS | 12 |
| 4.4. ENTORNO, ASEGURAMIENTO Y ACCESO EN EL RÉGIMEN SUBDIADIADO EN COLOMBIA | 13 |
| 4.5. OPORTUNIDAD, SATISFACCIÓN Y RAZONES DE NO USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA | 13 |
| 5. MARCO CONCEPTUAL | 16 |
| 5.1. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | 16 |
| 5.2. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | 16 |
| 5.3. LOS AFILIADOS AL SISTEMA MEDIANTE EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | 16 |
| 5.4. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS) | 17 |
| 5.5. CUOTAS MODERADORAS | 17 |
| 5.6. ACTITUD | 18 |

| | Pág |
|--|-----|
| 5.6.1. Componente de la Actitud | 18 |
| 5.6.2. Medidas de las Actitudes | 19 |
| 5.6.3. Característica Básicas de las Actitudes | 21 |
| 5.7. ACCESIBILIDAD | 21 |
| 5.7.1. Accesibilidad en los Servicios de Salud | 22 |
| 5.7.1.1 Dimensión de la Accesibilidad en Salud | 22 |
| 6. MARCO LEGAL | 24 |
| 6.1 LEY 100 DE 1993 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 24 |
| 6.2 ACUERDO NUMERO 000260 DE 2004 | 26 |
| 6.3 LEY 1122 DEL 9 DE FEBRERO DE 2007 | 29 |
| 6.4 SENTENCIA C-839/03 | 30 |
| 6.5 SENTENCIA C-1707/00 | 31 |
| 6.6 POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | 33 |
| 7 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 34 |
| 7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 34 |
| 7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO | 37 |
| 7.3 DISEÑO MUESTRAL | 38 |
| 7.4 TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 39 |
| 7.4.1 Instrumento | 39 |

| | Pág. | |
|----------|--|-----------|
| 7.5 | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 41 |
| 7.6 | ASPECTOS ÉTICOS | 41 |
| 8 | DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS | 42 |
| 8.1 | CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES | 42 |
| 8.1.1. | Genero | 42 |
| 8.1.2. | Edad | 42 |
| 8.1.3. | Estrato socioeconómico de la vivienda | 43 |
| 8.1.4. | Ocupación | 44 |
| 8.1.5. | Estado Civil | 45 |
| 8.1.6. | Escolaridad | 46 |
| 8.2. | Accesibilidad geográfica | 47 |
| 8.2.1. | Ingresos | 47 |
| 8.2.2. | Tiempo | 48 |
| 8.2.3. | Dinero | 49 |
| 8.3. | ACCESIBILIDAD CULTURAL | 50 |
| 8.3.1. | Conocimiento del afiliado sobre el Sistema de Salud al que pertenece | 50 |
| 8.3.1.1. | Tipo de afiliación | 51 |
| 8.3.1.2. | Conocimientos del a afiliado sobre la Cuota Moderadora | 51 |
| 8.3.1.3. | Conocimientos del valor de la Cuota Moderadora | 52 |

| | Pág |
|---|-----------|
| 8.3.1.4. Valor de la Cuota Moderadora | 52 |
| 8.3.1.5. Conocimiento sobre la utilización de la Cuota Moderadora | 53 |
| 8.3.2. Actitudes de los afiliados sobre la Cuota Moderadora | 54 |
| 8.3.3. Practicas en Salud | 62 |
| 8.3.3.1 Número de consulta médica en los últimos seis meses | 62 |
| 8.3.3.2 Realización de exámenes de laboratorio | 63 |
| 8.3.3.3 Reclamación de medicamentos | 64 |
| 8.4. ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL | 64 |
| 8.4.1. Causas de no reclamación de medicamentos | 64 |
| 8.4.2. Causas de no asistencia al Médico | 64 |
| 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 67 |
| 9.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN | 67 |
| 9.2. ACCESIBILIDAD | 69 |
| 9.2.1. Accesibilidad geográfica y económica | 69 |
| 9.2.2. Accesibilidad cultural | 70 |
| 9.2.2.1. Conocimientos | 70 |
| 9.2.2.2. Actitudes | 71 |
| 9.2.2.3. Prácticas en salud | 72 |
| 9.2.3. Accesibilidad organizacional | 73 |
| 10. CONCLUSIONES | 75 |
| 11. RECOMENDACIONES | 77 |

| | Pág |
|---------------------|-----|
| BIBLIOGRAFÍA | 79 |
| ANEXOS | 81 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Cuotas moderadoras Acuerdo 260 de 2004 | 18 |
| Tabla 2. Definición de variables | 35 |
| Tabla 3. EPS existentes en el municipio de Neiva | 37 |
| Tabla 4. EPS seleccionadas para el estudio | 38 |
| Tabla 5. EPS seleccionadas en el estudio | 39 |
| Tabla 6. Conocimiento sobre el valor de la cuota moderadora | 52 |
| Tabla 7. Conocimiento sobre la utilización del dinero de la cuota Moderadora | 53 |
| Tabla 8. Componentes de actitud | 54 |
| Tabla 9. Actitud sobre el valor de la cuota moderadora en los servicios de salud | 55 |
| Tabla 10. Actitud de la cuota moderadora como necesaria en los servicios de salud | 57 |
| Tabla 11. Valoración de resultados | 58 |
| Tabla 12. Actitud de la cuota moderadora como obstáculo en los servicios de salud | 60 |
| Tabla 13. Actitud de la cuota moderadora como necesaria en los servicios de salud. | 61 |
| Tabla 14. Empresas Promotoras de Salud (EPS) participantes del estudio. | 84 |
| Tabla 15. Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) participantes del estudio | 84 |
| Tabla 16. Género por EPS participantes en el estudio | 84 |
| Tabla 17. Edad de los participantes en el estudio | 85 |
| Tabla 18. Estrato socioeconómico de los participantes en el estudio | 85 |

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 19. Ocupación de los participantes en el estudio | 85 |
| Tabla 20. Estado civil de los participantes en el estudio | 86 |
| Tabla 21. Nivel de escolaridad de los participantes en el estudio | 86 |
| Tabla 22. Ingresos económicos de la población participantes en el estudio | 86 |
| Tabla 23. Tiempo que gastan los participantes en trasladarse a la IPS | 87 |
| Tabla 24. Dinero gastado en trasladarse los participantes a la IPS | 87 |
| Tabla 25. Conocimiento del afiliado sobre la pertenencia al régimen contributivo | 87 |
| Tabla 26. Tipo de afiliación al régimen contributivo de los participantes en el estudio. | 88 |
| Tabla 27. Conocimientos sobre el significado de cuotas moderadoras | 88 |
| Tabla 28. Conocimiento sobre la cancelación del valor de la cuota Moderadora | 88 |
| Tabla 29. Conocimiento sobre el valor a cancelar de la cuota moderadora | 89 |
| Tabla 30. Conocimiento sobre la utilización del dinero de la cuota Moderadora | 89 |
| Tabla 31. Aceptación de la cancelación de la cuota moderadora | 89 |
| Tabla 32. Actitud sobre el valor de la cuota moderadora en consulta Médica | 90 |
| Tabla 33. Actitud sobre el valor de la cuota moderadora en exámenes de laboratorio | 90 |
| Tabla 34. Actitud sobre el valor de la cuota moderadora en entrega de medicamentos | 90 |
| Tabla 35. Actitud de la cuota moderadora como obstáculo para la consulta médica | 91 |

| | Pàg. |
|---|------|
| Tabla 36. Actitud de la cuota moderadora como obstáculo para entrega de exámenes de laboratorio | 91 |
| Tabla 37. Actitud de la cuota moderadora como obstáculo para la entrega de medicamentos | 91 |
| Tabla 38. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario en la consulta médica ² | |
| Tabla 39. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario en exámenes de laboratorio | 92 |
| Tabla 40. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario en la entrega de medicamentos | 92 |
| Tabla 41. Actitud de indisposición de la cuota moderadora en consulta Médica | 93 |
| Tabla 42. Actitud de indisposición de la cuota moderadora en exámenes de laboratorio | 93 |
| Tabla 43. Actitud de indisposición de la cuota moderadora en entrega de medicamentos | 93 |
| Tabla 44. Número de veces que consulta el médico | 94 |
| Tabla 45. Realización de exámenes de laboratorio | 94 |
| Tabla 46. Reclamación de medicamentos | 94 |
| Tabla 47. Causas de no reclamación de medicamentos | 95 |
| Tabla 48. Causas de no asistencia al médico | 95 |

LISTA DE GRAFICAS

| | Pág. |
|--|------|
| Gráfico 1 Género por EPS participantes en el estudio | 42 |
| Gráfico 2. Edad de los participantes | 43 |
| Gráfico 3. Estrato socioeconómico | 43 |
| Gráfico 4. Ocupación de los participantes | 44 |
| Gráfico 5. Estado civil de la población encuestada | 45 |
| Gráfico 6. Nivel de escolaridad de la población encuestada | 46 |
| Gráfico 7. Ingresos económicos de la población encuestada | 47 |
| Gráfico 8. Tiempo de traslado a la IPS de atención | 48 |
| Gráfico 9. Dinero gastado en traslado a la IPS | 49 |
| Gráfico 10. Conocimiento sobre pertenencia al régimen Contributivo | 50 |
| Gráfico 11. Tipo de afiliación al régimen contributivo | 51 |
| Gráfico 12. Conocimiento sobre la cuota moderadora | 51 |
| Gráfico 13. Valor de la cuota moderadora cancelada | 52 |
| Gráfico 14. Aceptación de la cancelación de la cuota moderadora | 55 |
| Gráfico 15. Actitud sobre el valor de la cuota moderadora en consulta médica | 57 |
| Gráfico 16. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario | 59 |
| Gráfico 17. Obstáculos para recibir el servicio de salud por la cuota moderadora | 60 |

| | Pág. |
|---|------|
| Gráfico 18. Indisposición de la cuota moderadora | 62 |
| Gráfico 19. Número de veces que consulta el médico. | 62 |
| Gráfico 20. Realización de exámenes de laboratorio | 63 |
| Gráfico 21. Reclamación de medicamentos. | 64 |
| Gráfico 22. Causas de no reclamación de medicamentos. | 65 |
| Gráfico 23 Causas de no asistencia al médico | 66 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|--|------|
| Anexo A: Encuesta para evaluar el impacto de las cuotas moderadoras en la accesibilidad de los servicios de salud de consulta médica externa, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico y entrega de medicamentos en el Régimen Contributivo en el Municipio de Neiva. | 82 |
| Anexo B : Esquema de listas especiales | 84 |

RESUMEN

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Por esta razón, surge la necesidad de hacer una revisión concerniente en cuanto al cobro de cuotas moderadoras hacia los usuarios del régimen contributivo de la ciudad de Neiva, y evaluar por un lado el comportamiento y actitudes de las personas frente al cobro de estos recaudos y a su vez la percepción que tienen los usuarios frente a este mecanismo de regulación.

El estudio a desarrollar a continuación es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, que utilizará información que será cuantificada en la etapa de procesamiento y análisis de información y busca describir situaciones y acontecimientos, como lo es el impacto de las cuotas moderadoras en la accesibilidad de los servicios de salud de consulta externa medica, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico y entrega de medicamentos en el régimen contributivo en el municipio de Neiva durante el II semestre de 2006.

Palabras Claves : Cuotas Moderadoras, Servicios de Salud, Régimen Contributivo, Entidades Promotoras de Salud EPS.

SUMMARY

The objectives of General the System Social of Security in Health plows to you regulate yourself the essential public service of health and to believes you access conditions in the whole populations to service in all the levels of attention. For this reason, the necessity arises of making to concerning revision ace for the collection of moderators quotas toward the users of the contribution régime of the city of Neiva, and to evaluates you on one hand the behavior and peoples attitudes in front of the collection of these collection and in turn the perception that they have about the users in front of this regulation mechanism.

The next study to develop i to quantitative investigation of type descriptive, will uses information that will be quantified in the stage of prosecution and analysis of information and looks for to it describes situations and events, ace it i the impact of the moderators quotas in the accessibility of the health service of external consultation it you expire, diagnostic exams for clinical laboratory and medications delivery in the contribution régime in the municipality of Neiva during the II semester of 2006.

Keywords: Quotas Moderators, Services of Health, Revenue Régime, Entities Promoters of Health EPS.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La transformación social y económica ha llevado a los gobiernos a definir en los últimos años nuevas políticas de carácter social que respondan fundamentalmente al principio de equidad, sustentados en los derechos ciudadanos. Tal es el caso de la salud, como derecho fundamental y servicio esencial para las personas. Bajo esta premisa, en los distintos países las formulaciones de las políticas de salud, así como la reestructuración de las entidades gubernamentales responsables de la aplicación de las políticas y garantes de este derecho, han sufrido transformaciones en su conformación estructural y funcional.

El nuevo esquema de seguridad social en salud plantea como estrategia fundamental la competencia regulada entre aseguradores y prestadores, que estimule una mejoría en la eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en la prestación de los servicios. Como estrategia de fondo para asegurar la meta de universalidad en la cobertura, se tiende a aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, al incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos, como también las provenientes de los aportes fiscales y a su vez crear medidas normativas de regulación en la utilización de los servicios por parte de los usuarios con la creación de las cuotas moderadoras y la co-financiación del sistema por medio de copago.

Puede afirmarse que el actual sistema de seguridad social en salud, rompe con la tradición de lo que ha sido el manejo del sector en Colombia, utilizando en su reemplazo mecanismos que en ciertos casos son teorías aún en vías de experimentación en el sector salud, las que sin duda, van a generar reacciones y efectos distintos entre los actores, por lo que habrá que estar atentos y seguir de cerca su desarrollo, de manera tal que la reforma se pueda conducir acertadamente y obtener sus propósitos de universalidad en la cobertura, equidad en la distribución de los recursos y eficiencia y calidad en la prestación de los servicios para todos los colombianos.

Dentro de este contexto, el papel de las EPS en el acceso es fundamental, pues de ellas depende el que se establezcan elementos facilitadores o barreras de orden funcional, estructural, económico o geográfico que permitan o impidan la prestación oportuna de servicios.

El acceso a los servicios de salud es una de las estrategias fundamentales del Estado para garantizar el bienestar de la comunidad, y debe considerarse como tal desde cualquier gobierno. Sin embargo, existen muy pocas evaluaciones del acceso potencial realizado a los servicios de salud en Colombia, más aun en el Huila y su capital. Pero cabe mencionar el creciente interés en considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención en salud, buscando dar respuesta a sus preferencias individuales y colmar sus expectativas.

Por esta razón, surge la necesidad de hacer una revisión concerniente en cuanto al cobro de cuotas moderadoras hacia los usuarios del régimen contributivo de la ciudad de Neiva, que permita evaluar por un lado el comportamiento y actitudes de las personas frente al cobro de estos recaudos y a su vez la percepción que tienen los usuarios frente a este mecanismo de regulación.

Es importante destacar que no hay estudios investigativos concernientes a estas temáticas en la ciudad de Neiva, por lo que se requiere hacer una recopilación normativa y de actitudes y reacciones de los usuarios frente al cobro de las cuotas moderadoras y evaluar el impacto que tienen estos pagos para que los usuarios se abstengan de acceder a los servicios de salud por esta causa.

Ante este vacío investigativo se pretende plantear el siguiente interrogante:

Cual es el impacto de las cuotas moderadoras frente a la accesibilidad de los servicios de salud de consulta externa medica, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico y entrega de medicamentos en el régimen contributivo en el municipio de Neiva durante el II semestre de 2006.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de las cuotas moderadoras en la accesibilidad a los servicios de salud de consulta externa médica, exámenes de laboratorio y entrega de medicamentos en el Régimen Contributivo, en el municipio de Neiva durante el II Semestre de 2006.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el estado actual de legislación y normatividad que reglamenta lo relativo a las cuotas moderadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Describir las reacciones, actitudes y percepciones de los usuarios frente al pago de las cuotas moderadoras de los servicios de salud de consulta externa médica, exámenes de diagnóstico por laboratorio y entrega de medicamentos en el Régimen Contributivo.

- Evaluar la accesibilidad de cada uno de los servicios de salud de consulta externa médica, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico y entrega de medicamentos en el Régimen Contributivo por los que se debe cancelar cuotas moderadoras.

3. JUSTIFICACIÓN

La Ley 100 de 1993 establece un escenario en el cual la prestación de los servicios de salud se da por diferentes entidades - tanto públicas como privadas- permitiendo a los usuarios la libre escogencia y fomentando en consecuencia la competencia que por ellos se genera. En este sentido surgen las Empresas Promotoras de Salud - EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS y unas nuevas funciones de dirección y control.

Las EPS son los núcleos organizativos básicos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Su función primordial es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud - POS a los afiliados, y girar al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), dentro de los términos previstos en la ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización - UPC. Estas entidades se encuentran financieramente relacionadas a través del cruce de cuentas que hacen con el FOSYGA en virtud de los diferentes recaudos y la Unidad de Pago por Capitación.

Por otra parte, las IPS son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios a través de las EPS. A su vez, las EPS ofrecen a los afiliados y beneficiarios distintas alternativas de prestadores de servicios, para permitir la libre escogencia.

Para competir y operar adecuadamente dentro del nuevo esquema de seguridad social en salud, los Hospitales públicos se convierten en Empresas Sociales del Estado - ESE como categoría especial de entidad pública descentralizada. Desde el punto de vista de la Dirección y Control del Sistema aparece el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), liderado por el Ministerio de Protección Social y bajo cuya responsabilidad se encuentra la regulación de los aspectos relativos a los regímenes contributivo y subsidiado, tales como: definición del plan obligatorio de salud - POS y los medicamentos esenciales que hacen parte del mismo, monto de la cotización, valor de la Unidad de Pago por Capitación con sus respectivos diferenciales de acuerdo a la edad, sexo, localización geográfica, régimen de copagos y cuotas moderadoras, régimen de reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad, así como la definición de medidas para evitar la selección adversa de usuarios.

Sin embargo para garantizar el uso racional de los servicios de salud y ayudar a financiar el sistema, la Ley 100 autoriza el cobro de cuotas moderadoras y de

copagos, estas son sumas de dinero que cancelan los afiliados y beneficiarios cada vez que utilizan los servicios, liquidadas según su base de cotización, por lo tanto esta temática cobra cada día más importancia tanto para las aseguradoras EPS-ARS como para los usuarios quienes deben cancelar estos valores para los servicios contemplados en la norma (Acuerdo 260 de 2004), debido a que el desconocimiento o la falta de información por parte de los usuarios y empleados encargados del recaudo de estos, imposibilita en cierta medida un adecuado desarrollo de estos procesos.

De acuerdo al Principio de Equidad planteado por el Acuerdo 260 del 2004, “Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales”¹, pero no es desconocido para nadie que existe una brecha muy grande entre la normatividad y la realidad que se viven diariamente los usuarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios, se observa diariamente en las IPS que los usuarios se les cobra valores elevados por servicios, o se les cobra estos valores por servicios que no ha de cobrarse o lo más grave se les impide el acceso a los servicios por no contar con la cantidad de dinero correspondiente.

Son muchas las variables que influyen para que los servicios de salud sean accesibles, entendida la accesibilidad como la facilidad de utilización por parte de los usuarios de unos servicios que – como es sabido – están situados en puntos fijos del espacio. No obstante desde el punto de vista geográfico, y máxime en relación con poblaciones dispersas como las rurales, la distancia que les separa de las instalaciones donde se prestan los servicios de atención primaria – los centros de salud que les corresponden – no sólo parece un condicionante claro de su accesibilidad efectiva, sino que permite sustentar la hipótesis de incurrirse en costos de acceso diferentes según donde se viva, aunado con cancelaciones de cuotas moderadoras o copagos, siendo posiblemente estos socialmente inaceptables.

Sobre el concepto de acceso a los servicios de salud existen diferentes acepciones y tendencias en las que resulta común utilizar como sinónimos los términos de disponibilidad, acceso y cobertura². Sin embargo, conviene destacar que el acceso es un fenómeno complejo en el cual se presenta una sucesión de acontecimientos que pueden partir desde el momento en que surge la necesidad de atención

¹ ACUERDO 260 DE 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social. Artículo 5: Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y copagos.

² VELANDIA F., y otros, Acceso a los servicios de salud: conceptos, metodologías y casos, Pontificia Universidad Javeriana, Documento Técnico ASS/072C-97. 1997.

médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios³.

El acceso a los servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental. Desde una perspectiva social es también un elemento crucial para la construcción de capital humano y tejido social, a través de la inserción de los individuos en la vida de su comunidad. Desde una perspectiva económica, es un factor esencial para el desarrollo productivo de los países.

Para que se cumplan las dos últimas condiciones, los servicios y oportunidades de salud deben ser distribuidos de modo tal que una cantidad suficiente de personas alcance y conserve un estado de salud que permita generar y mantener el tejido social y la plataforma productiva. Sin embargo, para que las condiciones mencionadas contribuyan a la cohesión social y al desarrollo humano de los países, la distribución de los servicios y oportunidades, debe ser equitativa.

Por lo tanto el presente trabajo se hace significativo en la medida que indaga las percepciones y actitudes de los usuarios del régimen contributivo frente al pago de cuotas moderadoras en los servicios de salud más utilizados como son la consulta externa médica, exámenes de laboratorio y entrega de medicamentos. Así mismo orienta y compromete a las EPS frente a la información oportuna y veraz de los cobros correspondientes por servicios; permitiendo mejorar la satisfacción del usuario frente a los servicios prestados.

Finalmente este estudio busca motivar la investigación en este campo del conocimiento, con el fin de fortalecerlo y continuar su proceso de aporte a las Empresas Promotoras de Salud E.P.S, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I.P.S y a los usuarios que se convierten en el pilar del Sistema General de Seguridad Social.

3 FRENK, J., "El concepto y la medición de accesibilidad." En: Salud Pública de México. 27(5): 438 - 453, 1985.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. ESTUDIO DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Estudio de accesibilidad a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe del distrito capital. Universidad Javeriana. Amparo Hernández Bello, Julia Isabel Eslava Rincón. Santa fe de Bogotá DC. Marzo 1998.

Esta investigación implica establecer las diferencias entre acceso realizado y acceso potencial, vistos desde el uso y la satisfacción de los usuarios con los servicios, y de los factores que los condicionan y los determinan.

Los resultados de la descripción y la correlación son conclusivos de los factores favorecedores y limitantes, que condicionan ambas dimensiones. Se encontró que las variables demográficas sexo y edad, tienen una estrecha relación con el uso de servicio. Así, el ser mujer de mediana edad predispone a la utilización con mayor peso que para el sexo masculino o para las personas de los extremos de la vida. Esto se corrobora con el hallazgo de que son las mujeres, cónyuges principalmente, quienes tienen mayor conocimiento del sistema en general, y de los tramites, horarios y requisitos, en particular, tanto para el grupo de subsidiados como el de vinculados.

En la categoría de variables geográficas, en las que se tuvo en cuenta la ubicación de los usuarios, de las instituciones prestadoras de servicios y de las ARS, la descripción revela la importancia que tiene en la opinión de los usuarios la ubicación de las instituciones, que constituye la principal razón para la escogencia. La correspondencia de esta variable con la localidad de residencia del usuario es muy alta para el caso de las IPS, no así para las sedes administrativas de las ARS, para las que la ubicación cercana al usuario no es un factor de peso. La correlación muestra que el uso no está asociado a la localidad a la que pertenece el usuario en ninguna de las dos poblaciones.

De las categorías afiliación y necesidad, para el caso de los subsidiados, la variable percepción sobre la salud tiene una fuerte asociación con la utilización pero dentro del modelo global pierde su significancia lo que hace de ésta un factor condicionante pero que no determina la utilización. En otros términos, como se corrobora con la descripción, quienes perciben mejor su salud hacen menos uso de los servicios y al contrario, quienes opinan que su salud es regular o mala tienden a utilizarlos más.

Cuando se reduce el escenario de uso por afiliación y sexo, la significancia

aumenta, lo que indica que podría utilizarse solo el sexo como característica demográfica para explicar la utilización, excluyendo la edad. En este caso, el ser mujer determina el uso de servicios. Por último, el no uso o bajo uso de servicios, está más asociado de manera directa con la distancia y tiempo de viaje hasta el servicio que con la necesidad, el costo de los servicios o la falta de tiempo personal.

De las otras variables temporales, en la descripción se encontró que variables de esta categoría como el tiempo en trámites y el tiempo de espera en el servicio antes de recibir atención son, en ambas poblaciones, aspectos que condicionan el uso de servicios en tanto afectan la percepción de los usuarios sobre el funcionamiento de los servicios y las posibilidades futuras de uso como se verá en los modelos de satisfacción.

En resumen, para la población de afiliados subsidiados son factores correlacionados con el uso de los servicios variables demográficas como la edad y sexo, el parentesco, la libre elección de instituciones tanto de ARS como de IPS, la percepción sobre la salud, los motivos de no uso de servicios relacionados con el tiempo de viaje hasta el servicio, la consulta a un servicio diferente, factores administrativos de las ARS y de prestación de servicios en la IPS, conocimiento de horarios y requisitos en la IPS, médico asignado y la disponibilidad de tiempo en las mañanas y noches.

Sin embargo, sólo las variables de edad (5-44 años), sexo (femenino), libre escogencia de IPS, percepción sobre la salud menos favorable, ausencia de dificultades con trámites y horarios en la ARS o características del servicio en la IPS, y la mayor información sobre horarios de atención y requisitos en la IPS, son condicionantes del uso de los servicios.

Por su parte, en la población de vinculados son factores que condicionan positivamente el uso: el sexo femenino y los rangos de edad entre 5 y 44 años (con menor peso que para los asegurados), la afiliación a algún seguro o servicio de salud, el tiempo largo en consulta, el menor tiempo de espera en el servicio para recibir la atención y el conocimiento sobre horarios de atención en la IPS.

De estas variables, son determinantes del bajo uso la demora en el servicio para recibir atención y el desconocimiento de horarios de atención, mientras que promueven el uso: el largo tiempo durante la consulta, la afiliación a otro servicio de salud que no pertenece al sistema y el sexo. Al igual que para el caso de los subsidiados, la mayoría de las variables pueden ser intervenidas desde los servicios y apuntan al control sobre su funcionamiento y calidad.

En el modelo de satisfacción, de acceso potencial o probabilidad de uso, para ambos grupos se tomó como variable dependiente la calidad de la atención. Se encontró una fuerte asociación en la valoración de la calidad a partir de las variables de infraestructura y recurso humano siendo condicionantes del acceso la

demora en el servicio, el trato del personal administrativo y profesional de salud, la dotación de los consultorios y planta física y la conveniencia de los horarios de atención.

Para los usuarios subsidiados, son determinantes del acceso potencial en el modelo de satisfacción: el trato del personal administrativo (tanto en la ARS como en la IPS), las condiciones de la planta física, los horarios de atención, la demora en el servicio y la dotación de consultorios y pierde peso el trato del profesional de salud. A diferencia de los subsidiados, en el grupo de vinculados el trato del personal de salud se constituye en el principal determinante de la probabilidad de uso de servicios, seguido del mayor tiempo invertido en el servicio de salud, de la conveniencia de los horarios, la dotación de los consultorios y por último el trato del personal administrativo.

Contrario a lo encontrado en el modelo de utilización, las variables trazadoras que determinan la satisfacción de los usuarios con el servicio y las posibilidades de usarlo están centradas en el sistema prestador y es posible intervenirlas en su totalidad. Con base en estos resultados, podría concluirse que en efecto existen diferencias en el peso de los factores que intervienen tanto en el acceso realizado como en las posibilidades de uso de los servicios.

La categoría de conocimiento e información se considera un factor importante en relación con el uso, pero en este estudio no se corroboró como factor limitante o favorecedor. La descripción sugiere que para los vinculados, quienes están mejor informados en términos globales que los subsidiados, las variables de conocimiento conservan la relación tradicional con los servicios, y para los subsidiados, ésta podría ser una barrera si la información adicional con que deben contar los usuarios para hacer uso de los servicios no es ofrecida oportunamente por las aseguradoras y los prestadores.

Los hallazgos globales sugieren que para los afiliados al régimen subsidiado, el aseguramiento parece tener efecto en remover barreras económicas de acceso pero impone otras derivadas de la intermediación de la ARS en la atención, como los trámites y requisitos y el costo de oportunidad asociado; mientras que para los participantes vinculados, como se menciona en la descripción, las variables geográficas y de costo de los servicios siguen siendo las principales razones que justifican el no uso de servicio a pesar de la necesidad, aún cuando no son factores determinantes en el modelo de acceso potencial. Las barreras de orden administrativo no tienen representación en este grupo.

Los resultados del estudio resumen un modelo conformado por un conjunto de variables trazadores que podrían ser utilizadas como determinantes del acceso potencial y del acceso realizado a los servicios para el seguimiento periódico. Sin embargo, no debe descartarse la posibilidad de incluir en los modelos todas aquellas variables que en la teoría y en la práctica se encuentran correlacionadas.

En esto, la experiencia en la literatura muestra que si bien existen unos factores de mayor peso en la asociación, estos varían en el tiempo en un contexto cambiante y que deben definirse para cada lugar y momento en particular. Las variables identificadas pueden ser utilizadas en el seguimiento, siempre y cuando conserven las condiciones en las que se han producido; de manera que si es cierto que el aseguramiento remueve barreras económicas al acceso y las barreras de tipo funcional explicadas por ajustes en proceso de transición de la implementación de la seguridad social en salud, en el futuro, deberán identificarse otros factores para ser incluidos en la metodología.

Esta idea global del papel del aseguramiento en el acceso, debe complementarse con estudios mas profundos que permitan explicar las diferencias existentes entre factores relacionados con el uso y las posibilidades de uso debidas al papel que desempeñan las instituciones. Si bien es cierto el nivel de Sisben constituye una medida resumen de las condiciones de vida y económicas de las personas, es recomendable en este tipo de estudios incluir variables de ingreso, nivel educativo y ocupación que permitan establecer correlaciones entre el uso de servicios según costo y la percepción del costo asociada a la capacidad de pago, o entre el mayor nivel de información, conocimiento y satisfacción según escolaridad o la relación entre ocupación y doble afiliación o uso privado de servicios.

Seria recomendable extender este estudio a las demás localidades de Bogotá que concentran población de los niveles 1, 2 y 3, en tanto variables como las de orden geográfico, las de distancia y tiempo y las de libre elección de servicios asociadas con el acceso, podrían mostrar variaciones en su determinación.

Por último, está en manos de los entes rectores regular los factores que dentro del sistema puedan ser intervenidos, no tomando como único parámetro la información de las administradoras sino corroborando estos hallazgos con la perspectiva del usuario, de cuya opinión depende que no se usen los servicios aún disponibles.

4.2. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Analizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población perteneciente al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel tres del SISBEN de las localidades de chapinero, santa fe, Tunjuelito, Bosa kennedy, Fontibón. Engativa, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los mártires, Antonio Nariño. Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá, Noviembre de 1999

Autores: Julia Isabel Eslava Rincón, Edna Aurora Sandoval Castaño, Naydú Acosta Ramírez, Maria Alexandra Matallana, Eduardo Alcides Lara y Fernando Ruiz Gómez

Al examinar las características que influyen principalmente en la utilización por

parte del grupo de subsidiados, se encuentra que dentro de sus condiciones sociales y familiares, el mayor peso está dado por las características de edad y sexo. Dada la mayor utilización por parte de las mujeres en edad fértil, estas dos variables pueden estar correlacionadas imponiendo un peso importante en los servicios ambulatorios y hospitalarios de primero y segundo nivel, que dentro del conjunto son los de más alta demanda. Esta situación se repite en el grupo de participantes vinculados, particularmente, el peso de la utilización por parte de la población de sexo femenino. Sin embargo, sería importante evaluar diferencias en edad y sexo en los diferentes grupos de servicios donde se podrían encontrar ponderaciones diferentes.

Es importante anotar, como en los dos grupos estudiados, las variables de conocimiento del sistema y afiliación no tienen un peso muy importante, con excepción del conocimiento del Centro de Salud, en los participantes vinculados. Este resultado sugiere que los patrones de demanda de aseguramiento no están suficientemente estructurados en los usuarios de los servicios, en contraste con las características del sistema de prestación, donde en ambos grupos se encuentran modelos con aportes significativos a la utilización.

De igual manera, en los grupos analizados se encuentra que la experiencia previa directa con los servicios de salud es un determinante crítico en el patrón de utilización. Particularmente, una experiencia conflictiva específica frente a los servicios determina una baja utilización a posteriori. En cuanto al pago, en el grupo de participantes vinculados, las características del pago afectan todos los componentes del servicio, mientras que en los subsidiados se afectan un menor número de categorías. Esto sugiere que el aseguramiento, efectivamente, disminuye el riesgo económico por parte de los usuarios, en componentes seleccionados, solucionando el problema de aversión al riesgo e induciendo a una mayor utilización, tal como se esperaría del aseguramiento, sin entrar a dilucidar el problema del abuso moral.

En relación con los modelos de satisfacción, la constitución de la percepción de calidad, por parte de los asegurados, es más compleja que en los participantes vinculados, incluyendo elementos que caracterizan al asegurador, el costo del servicio y la distancia a la cual se ubica el prestador. El elemento de costo en los asegurados podría relacionarse con la existencia de copagos. Sin embargo, el elemento más importante deriva del peso específico que en ambos grupos se da al trato profesional y del personal administrativo, como elemento básico para la percepción de calidad general del servicio.

La definición dada al sistema de aseguramiento de régimen subsidiado en Colombia, plantea una combinación de entidad aseguradora y promotora de servicios (función de agencia y asegurador puro). El aceptable nivel de apropiación que los usuarios de los dos grupos muestran frente a las instituciones prestadoras de servicio de salud pareciera sugerir que el aseguramiento, efectivamente, puede inducir una mayor tasa de utilización de los subsidiados

frente a los vinculados. Hasta donde este motivo acceso pueda estar condicionado, en este momento, por algún nivel de abuso moral, es una consideración que escapa del espectro del presente estudio, sin embargo, el crecimiento de las tasas de utilización amerita una evaluación de la relación entre los niveles de copagos y el comportamiento, en términos de elasticidades, de la demanda.

Con respecto al riesgo financiero, aún cuando el aseguramiento muestra una disminución de pagos del propio bolsillo, en algunos grupos de servicios, sería importante considerar, por qué el pago de vacunas y terapias sigue siendo considerado un factor limitante de la utilización. Dado que la vacunación incluye una externalidad positiva, que en la práctica los aseguradores tienden a no cubrir, sería muy importante estudiar las relaciones de costo-beneficio y costo-efectividad entre la provisión directa e intermediada de este tipo de procedimientos.

Por último, el presente estudio buscó ponderar únicamente la relación entre utilización y factores propios de los usuarios, los servicios, el seguro y sus interrelaciones físicas y temporales. Desde ese punto de vista, los resultados permiten identificar diferencias importantes en los modelos encontrados para los dos grupos. Sería de valor, abordar la relación entre los factores significativos de acceso encontrados y la inversión social en el sistema de aseguramiento que hace la ciudad a través de contrapartidas sobre los beneficios obtenidos.

4.3. LOS COPAGOS DE LOS MEDICAMENTOS

Impacto de los copagos de los medicamentos en el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud y en la salud de las poblaciones vulnerables: Una revisión sistemática de la evidencia. Lexchin J, Grootendorst P. *Internacional Journal of Health Services* 2004; 34(1):102-122. Traducido y editado por Núria Homedes.

El estudio mencionado anteriormente concluye que el aumento del costo de los medicamentos ha llevado a que se establezcan copagos. Los autores realizaron una revisión sistemática de la evidencia que existe sobre el impacto que estos sistemas de cofinanciamiento de los medicamentos tiene en las poblaciones vulnerables (los pobres y los pacientes crónicos). Casi todos los artículos revisados coinciden en que los sistemas de cofinanciación disminuyen la frecuencia de utilización de medicamentos que precisan receta en esos grupos de población.

Los copagos o los límites en el número máximo de recetas que los pacientes pueden recibir de forma subsidiada reduce los costos para el financiador, pero esos ahorros se traducen en mayores gastos en otras partes del sistema de salud. La cofinanciación también lleva a que algunos pacientes dejen de tomar medicamentos esenciales y a que se deteriore su estado de salud.

4.4. ENTORNO, ASEGURAMIENTO Y ACCESO EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN COLOMBIA

Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso. Fundación Corona.1999

Las conclusiones son el resultado de la comparación de los casos y su relación con las categorías de variables contempladas dentro del estudio: cultura, territorio, gobierno, Sistema General de Seguridad Social y Administradoras de Régimen Subsidiado. En este estudio, se verifica la hipótesis de la influencia de los elementos culturales en la potencialidad de las ARS para mejorar el acceso.

Los casos estudiados en esta investigación permiten observar distintos contextos, donde la influencia de los elementos culturales se hace notoria en diferentes formas. Bogotá, por ejemplo, metrópoli de carácter nacional presenta una gran heterogeneidad cultural ligada a la alta migración lo cual no permite consolidar una identidad que favorezca la asociación de las personas en torno a intereses comunes.

Otros factores que influyen en el acceso son la desintegración social, la falta de credibilidad y la desconfianza en las instituciones, aspectos que han dificultado el proceso de conformación y de posicionamiento de las ARS en la comunidad, y en la consolidación y constitución de los usuarios como grupos de presión frente a las debilidades e ineficiencias de las administradoras.

4.5. OPORTUNIDAD, SATISFACCIÓN Y RAZONES DE NO USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Freddy Velandia, Econ., Nelson Ardón, Odontol, José Miguel Cárdenas, M.D. *Revista Colombia Médica, corporación editora médica del valle, Vol. 32, Num. 1, 2001, pp.4-9*

Los resultados de este estudio muestran que la oportunidad y la calidad de los servicios de atención en salud, fueron bien evaluadas por parte de la población colombiana. Así mismo, la investigación logró identificar algunos factores que determinan las variaciones en las evaluaciones de la oportunidad y de la calidad, lo mismo que en las razones para no utilizar los servicios de atención médica, advirtiéndose que esos factores en conjunto no tienen una alta capacidad explicativa.

Con relación a las razones de no uso de los servicios, se encontró que la población que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó en 64.7% de los casos ciertas "razones" para no hacerlo, que de alguna manera se asocian con problemas en la calidad. Entre las más importantes, tenemos las que se pueden calificar como de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad "geográfica"), falta de dinero (accesibilidad "económica") y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad "cultural").

Finalmente, es importante anotar que existen evidencias directas (las demoras o la evaluación de "mala calidad" de los servicios) y evidencias indirectas (la no utilización de los servicios de salud a través de la seguridad social o simplemente la no utilización de los mismos) que sugieren que los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud pueden ser mayores de lo que aparentemente se pudo evidenciar. Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas.

Son altas las evaluaciones hechas en relación con la oportunidad y la calidad (satisfacción) de los servicios formales de salud o de atención médica que demandaron y utilizaron las personas que estuvieron enfermas por causa crónica o no crónica. Incluso fue un poco más alta (84.7%) la proporción de personas que encontró oportunos los servicios; 82.7% los calificó como de buena calidad. En realidad la proporción de casos de estrictamente mala calidad sólo fue mencionada por 3.1% de la población.

Lo anterior tiende a indicar que los servicios de salud producidos en el país corresponden a los estándares esperados por la población. Sin embargo, también cabe señalar la posibilidad de que en relación con la oportunidad y, en alguna medida, con la calidad (satisfacción), ese hecho pueda estar indicando que el instrumento de encuesta tuviera poca capacidad para discriminar las respuestas con el fin de reflejar correctamente la percepción de los usuarios.

Se identificó un conjunto de factores o variables que se asociaron tanto con las variaciones en la oportunidad como con las variaciones en la calidad (satisfacción), entre los que cabe destacar la afiliación a la seguridad social. Otros factores, como el plan de salud utilizado para acceder a la atención médica, se asociaron únicamente con la oportunidad, y el que tiene que ver con la entidad de afiliación, se asoció sólo con la calidad o satisfacción.

Las variaciones en las razones de no uso se asociaron también con las siguientes variables o factores: a) la afiliación: los no afiliados dieron más importancia a las razones de acceso que los afiliados y estos últimos le otorgaron más importancia a las razones que nada tienen que ver con la calidad; b) el tipo de entidad de afiliación: los afiliados a los sistemas especiales dan más importancia a la accesibilidad que aquellos que están afiliados a las EPS, cajas de previsión y de compensación, y estos últimos privilegiaron las razones que nada tienen que ver

con la calidad; c) el tipo de régimen de afiliación: mientras los afiliados al régimen subsidiado atribuyeron más importancia a las razones de accesibilidad, los del régimen contributivo la dieron a las razones que nada tienen que ver con la calidad; d) el tipo de recurso utilizado: si bien es cierto que estaba más asociado con las razones de accesibilidad, también lo es que no dejan de pesar las razones que nada tienen que ver con la calidad para justificar la no asistencia a los servicios formales de salud.

Es importante destacar el porcentaje alto de los que asisten al tegua o empírico por razones de accesibilidad y cómo un porcentaje considerable asiste a terapias alternativas por problemas de calidad técnica y de oportunidad de los servicios de atención médica.

Las demoras o la regular y mala calidad de los servicios (evidencia directa) junto con la población afiliada que no usó su afiliación o bien acudió a otras vías de acceso a la atención médica o simplemente no los usó (evidencias indirectas), pudo corresponder a 40% de los afiliados. En este punto es importante plantearse la pregunta de si la encuesta tenía la capacidad para revelar de manera idónea los problemas de calidad cuando entre los servicios y los usuarios intervienen entidades que actúan como mediadoras.

Finalmente, cabe mencionar que algunos de los resultados en relación con la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso presentados aquí, coinciden, en los aspectos correspondientes, con los obtenidos y divulgados por la Misión Social. Hay concordancia en señalar la alta calificación dada por la población a los servicios de atención médica, en la apreciación de las causas para no utilizar esos servicios y en revelar que hay una menor calificación de la calidad en los servicios prestados a través de la seguridad social (la Misión dio énfasis, más que a la seguridad social, al Instituto de Seguros Sociales). Pero vale la pena señalar que en el presente estudio se logró, por una parte, indicar que el problema de la seguridad social puede ser mayor de lo que se cree y, por la otra, penetrar en la identificación de los factores asociados con los tres aspectos estudiados: la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

5.2 REGIMEN CONTRIBUTIVO

El Régimen Contributivo es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador⁴.

Los afiliados al régimen contributivo son de dos (2) clases; afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios.

5.3 LOS AFILIADOS AL SISTEMA MEDIANTE EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Los Afiliados Cotizantes son las personas que tienen capacidad de pago deben afiliarse al régimen contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual es financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Son las personas vinculadas a través de

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 100 de Diciembre de 1993. Título III "De la administración y financiación del sistema" Capítulo I, del Régimen Contributivo. Artículo 202 Editorial Leyer. Pág 191. Bogotá, 2005

contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Los Afiliados Beneficiarios son de dos (2) clases: Los Beneficiarios Directos y los Beneficiarios Indirectos o Adicionales. Los afiliados cotizantes por el solo hecho de pertenecer al régimen contributivo pueden afiliar a los miembros de su familia, y en ese evento son considerados como beneficiarios directos.

Los Beneficiarios Adicionales o Cotizante Dependiente se refiere a otras personas, diferentes a los beneficiarios directos, que dependen económicamente del él y que son menores de doce (12) años o que tienen un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, entonces puede incluirlos en el grupo familiar⁵, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente a: “La Unidad de Pago por Capitación (U.P.C.) que corresponda a su grupo etéreo, el valor que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud defina para Promoción y Prevención, más un diez por ciento (10%) destinado este último porcentaje a la Subcuenta de Solidaridad.

5.4 ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (E.P.S.)

De conformidad con el artículo 177 de la ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud (E.P.S.) son entidades de naturaleza pública, privada o mixta responsables de la afiliación, del riesgo de los afiliados, del recaudo de sus cotizaciones; Pero su función básica es organizar, directa e indirectamente la prestación del plan obligatorio de salud (P.O.S) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades por capitación (U.P.C.) al fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA).

5.5 CUOTAS MODERADORAS

Son aportes en dinero que establece la Ley para regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso. Debe ser cancelada por todos los afiliados: cotizantes y beneficiarios. Se paga cuando se accede a cualquiera de los servicios ofrecidos por el POSC y cuando se utiliza el servicio de urgencias habiéndose podido acceder al servicio por su IPS de I nivel.

El valor de la cuota moderadora depende del ingreso Base de Cotización, de acuerdo con los rangos establecidos por la ley.

⁵ ARTÍCULO 40 y 41 del DECRETO 806 de Mayo 5 de 1998.

Tabla 1. Cuotas moderadoras Acuerdo 260 de 2004

| CUOTAS MODERADORAS 2006 (Según Acuerdo 260 de 2004 CNSSS) | | |
|---|------------------------------------|--------------------|
| NIVEL SEGÚN IBC* | RANGO IBC * | VALOR CUOTA |
| Nivel 1 | Afiliados con IBC menor a 2 SMMV | \$ 1.600 |
| Nivel 2 | Afiliados con IBC entre 2 y 5 SMMV | \$ 6.300 |
| Nivel 3 | Afiliados con IBC mayor a 5 SMMV | \$ 16.600 |

IBC: Ingreso Base de Cotización.

****SMLMV:** El salario mínimo mensual legal vigente es de \$408.000 (Año 2006). La cotización del 12% es de \$48.960,00

FUENTE: www.saludcoop.com.co

Se hizo pertinente para el estudio hacer una revisión de los conceptos como actitud, determinando sus componentes, medidas y características para una mayor comprensión de la investigación.

5.6 ACTITUD

La actitud es una "Reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo, que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento"(Olson y Zanna, 1993). Debido que las evaluaciones de los objetos de actitud pueden ser favorables, neutrales o desfavorables se dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa y en la medida que difieren en la dirección las actitudes también difieren de intensidad, reflejando si la evaluación es débil o fuerte.

Las personas adoptan actitudes porque son útiles para dominar el entorno social y para expresar importantes conexiones con los demás. Las actitudes se basan en tres tipos de información: creencias sobre las características positivas y negativas del objeto, sentimientos y emociones sobre el objeto e información sobre acciones pasadas y presentes con respecto al mismo. Una vez que se adopta una actitud se enlaza íntimamente al conocimiento acerca de ese objeto.

5.6.1 Componente de actitud : Las actitudes constan de tres componentes: Cognitivo, afectivo y conductual y aunque son diferentes entre si, comparten la disposición evaluativa frente al objeto. Por esta razón, los tres elementos se consideran como un subconjunto dentro de un conjunto superior, que es la actitud.

El componente afectivo es el sentimiento o parte emotiva que imprime el individuo

frente al estímulo, que puede ser favorable o desfavorable. Hace referencia a que sienten las personas, con respecto a los afectos y emociones que movilizan el objeto de actitud del individuo, es decir, si cree que hay mayor posibilidad de facilitar la obtención del objeto, el sentimiento que genera es un sentimiento positivo que impulsaría hacia una disposición más clara para actuar hacia el objeto actitudinal.

El afecto incluye otros fenómenos tales como preferencias, evaluaciones, estados de ánimo y emociones, las preferencias serían forma de elección positiva o negativa derivadas de una evaluación, el estado de ánimo sería una evaluación sin un objeto determinado; las emociones serían una forma de objeto más compleja y se refieren a objetos muy determinados que conllevan a un conjunto de evaluaciones y reacciones corporales características.

El componente cognoscitivo representa la información del estímulo que el sujeto adquiere en el medio social, constituyéndolo las creencias, los conocimientos y las formas de analizar.

Es así, que las creencias se definen como la representación del conocimiento que se tiene acerca del mundo que en ocasiones son imprecisas e incompleta y no brindan en sí mismas una evaluación. Pueden ser de tres tipos:

- Creencias descriptivas: son una certeza subjetiva que puede coincidir o no con la realidad objetiva.
- Creencias inferenciales: se logran por medio de relaciones previamente aprendidas o mediante el uso de sistemas formales de codificación.
- Creencias informativas: corresponden a la información procedente de las demás o que es dada a conocer por cualquier medio de difusión externa.

De esta forma, la creencia se constituye en un elemento complejo, basado en información adquirida tanto por experiencia directa, por relaciones interpersonales, por información de medios de comunicación, como las reflexiones hechas por las personas respecto a aspectos de su vida y el entorno en el cual se desenvuelven.

El componente conductual es una respuesta o acción del individuo frente al estímulo, que se basa en los dos primeros componentes. La ejecución de un comportamiento completo depende del tipo de conducta, el objeto al cual se dirige la misma, el lugar donde se lleva a cabo y del momento en que transcurre la acción. Estas acciones son disposiciones previas a algo, y se han “formado a lo largo de la vida como consecuencia de las instrucciones que han dado, las experiencias personales tenidas y los modelos que hemos observado”⁶.

5.6.2 Medidas de las actitudes : Las expresiones de las actitudes pueden ser medidas directa o indirectamente; el sistema más directo de la medición de las

⁶ Ibid., p. 35.

actitudes es pedir a las personas, simplemente, que den sus opiniones, que digan lo que piensan. En el otro caso, pueden utilizar mediciones indirectas, tales como, la respuesta fisiológica utilizando varias técnicas para determinar el deseo de parecer bien.

Las actitudes tienen diversas propiedades entre las que se destacan: Dirección (Positiva, neutral o negativa) o intensidad (Alta o baja).

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: La escala de Thurstone, la escala de Guttman y el Método de escalamiento Likert. Una escala de actitud es una serie de preguntas que se hace a la gente para ver en que medida están de acuerdo o no, favorecen o se oponen, aceptan o rechazan un determinado objeto de actitud. Los encuestados eligen entre varias opciones que van desde una evaluación totalmente negativa, pasando por un punto neutral hasta una totalmente positiva.

La escala de Thurstone se basa en la ordenación de una serie de elementos, de tal forma que se establezca una graduación de intervalos iguales, desde el polo negativo al positivo del elemento que se trate, donde cada enunciado representa diferente grado o fuerza de la actitud que se pretende medir. A cada rubro se le asigna un valor dentro de la escala y dicho valor numérico indica lo potente del enunciado.

La escala de Guttman se compone de un pequeño conjunto de enunciados homogéneos, aceptados como unidimensionales y como tal solo mide una variable en esta existe una relación del crecimiento con adiciones sucesivas entre los enunciados y el puntaje total de las personas.

La escala de Likert⁷, consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios correlacionados sobre un tema específico ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican el objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la información correspondiente. Solo puede marcarse una opción, se considera un dato inválido, quien marque dos o más opciones. El número de categorías de respuesta, debe ser el mismo para todas las afirmaciones. Para el desarrollo de este trabajo se elaborará y aplicará una escala Likert.

⁷ HERNANDEZ SANPIERI, Roberto y Otros. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. p. 265-266

5.6.3 Características básicas de las actitudes⁸ : La actitud posee rasgos muy característicos en su estructura que la hacen diferente de otros procesos mentales, dentro de los cuales se destacan:

- **Direccionalidad:** La actitud implica un dirigirse hacia un objeto, determinando cierta medida el comportamiento.
- **Adquiridas:** Se considera como el producto final del proceso de socialización.
- **Estabilidad, consistencia y perfectibilidad:** el primer rasgo distintivo de las actitudes es superdurabilidad, su resistencia al cambio caprichoso o a la versatilidad. Sin embargo, todas las actitudes son flexibles, pueden modificarse por influencia externa, y admiten revisiones críticas que hacen posible una dinámica de perfeccionamiento gradual. Una consecuencia práctica de considerar las actitudes como predisposiciones altamente generalizadas es que al cambiar la actitud también se debe ser capaz de producir muchos cambios específicos en la conducta observable.
- **Polaridad afectiva:** La actitud está teñida de afectos de aceptación, rechazo, o una mezcla de ambos.
- **Transferible:** El poder de generalización de las actitudes permite que una de ellas abra su acción eficaz a muchos modos y objetivos diversos.

Finalmente el término accesibilidad, cobra importancia a lo largo de la investigación, por lo tanto se hizo una revisión rigurosa de esta terminología, teniendo en cuenta la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

5.7 ACCESIBILIDAD

Sobre el concepto de acceso a los servicios de salud existen diferentes acepciones y tendencias en las que resulta común utilizar como sinónimos los términos de disponibilidad, acceso y cobertura⁹. Sin embargo, conviene destacar que el acceso es un fenómeno complejo en el cual se presenta una sucesión de acontecimientos que pueden partir desde el momento en que surge la necesidad de atención médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios¹⁰.

⁸ Ibid. , p. 34.

⁹ F. VELANDIA , A. HERNÁNDEZ , y otros, Acceso a los servicios de salud: conceptos, metodologías y casos, Pontificia Universidad Javeriana, Documento Técnico ASS/072C-97. 1997.

¹⁰J. FRENK."El concepto y la medición de accesibilidad". En Salud Pública de México 27(5): 438-453, 1985

Autores como Julio Frenk distinguen los términos de accesibilidad y acceso, entendiendo el primero como una característica de los recursos de atención y asignando el segundo a los factores y características correspondientes a la población; pero en general la literatura inglesa emplea el término de acceso para englobar el análisis del proceso de búsqueda y obtención de atención médica.

El consenso es que el acceso a un determinado servicio conlleva no solamente la disponibilidad de recursos, sino que comprende además la relevancia, oportunidad y adecuación de estos con las reales necesidades de la población.

5.7.1 Accesibilidad en los Servicios de Salud . Del mismo modo, contemplando la literatura colombiana, se encuentra dentro de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la siguiente conceptualización, clave para abordar la problemática en la esfera nacional:

La accesibilidad a los servicios de salud, es entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios¹¹.

En el acceso se pueden identificar tres factores:

- El que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.
- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral.
- El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud.

5.7.1.1 Dimensiones de la Accesibilidad en Salud: se tienen en cuenta las siguientes dimensiones:

Geográfica: En términos de distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, etc.

Económica: En términos de la capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio.

Cultural: En términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios.

¹¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de prestación de servicios de salud. Bogotá D.C., Noviembre 2005

Organizacional: En términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.

6. MARCO LEGAL

Siendo la Ley 100 de 1993 el fundamento legal que introduce nuevos conceptos y normas en salud y quien a su vez a dispuesto en el Acuerdo 260 de 2004 el cobro de las cuotas moderadoras; surge la inquietud de investigar el impacto que estas han generado en los usuarios del régimen contributivo como barrera para acceder a los diferentes servicios de salud en la ciudad de Neiva, por lo tanto en esta parte se encontrara una pesquisa de los antecedentes jurídico-normativos que permitirán fundamentar este trabajo de grado.

A continuación se realiza una breve descripción de las leyes y decretos que regulan lo concerniente al tema de las cuotas moderadoras en los servicios de salud del régimen contributivo, objeto de la presente investigación.

6.1. LEY 100 DE 1993 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Con el propósito de establecer un sistema al servicio del trabajador o afiliado como ente vital y asegurar el acceso efectivo de toda la población al desarrollo, cuidado y atención de su salud, el gobierno colombiano sancionó la LEY 100 de Diciembre 23 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, que se constituye en la reforma e iniciativa social más importante del país en los últimos 50 años.

La Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto. Con el fin de aportar a la siguiente investigación se hará énfasis en el segundo libro en lo relacionado exclusivamente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La reforma de la salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

Los principios generales de la Ley, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen «el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.» Además, en el Artículo 153 establece los fundamentos del servicio público de salud, y define que los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

De igual forma para este estudio es fundamental tener claro las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que están expresos en el artículo 172 de la presente ley, especialmente el ítem 7 que menciona lo siguiente:

Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la presente Ley.

Donde el **artículo 160** menciona los deberes de los afiliados y beneficiarios, especificando la obligación en la cancelación de pagos obligatorios a que haya lugar por parte de los afiliados.

Igualmente es importante mencionar el **artículo 187**, el cual expresa que los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico o de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

6. 2. ACUERDO NÚMERO 000260 DEL 4 DE FEBRERO DEL 2004

El presente acuerdo define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual reglamenta el numeral 7 del artículo 172 y el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, por el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud.

El acuerdo permite aclarar los conceptos claves de la investigación, como:

- *Cuotas moderadoras*, tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.
- *Las cuotas moderadoras* serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, de conformidad con lo establecido en el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993.

Al igual define el *ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadoras*. Las cuales se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras, el menor ingreso declarado.

Por otra parte, es necesario conocer los **principios para la aplicación de cuotas moderadoras**, los cuales son:

- **Equidad.** Las cuotas moderadoras en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.
- **Información al usuario.** Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras anualmente en un diario de amplia circulación.
- **Aplicación general.** Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios las cuotas moderadoras establecidas, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.
- **No simultaneidad.** En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar y establecer la aplicación de cuotas moderadoras de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo, sin que se requiera autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Este acuerdo también señala los ***Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras:***

- Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
- Consulta externa por médico especialista.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
- Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.
- Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

Cabe mencionar que los servicios de salud a evaluar en este estudio son consulta médica externa, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico y entrega de medicamentos.

El *Monto de cuotas moderadoras* se aplicarán por cada actividad contemplada en los servicios anteriormente mencionados, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

- Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.
- Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.
- Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

Las Entidades Promotoras de Salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta y los otros servicios sujetos al cobro de las mismas, con excepción de la consulta externa médica de que trata el primer ítem.

Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.

Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

La totalidad de los recaudos por concepto de las cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.

Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras.

6.3 LEY 1122 DEL 9 DE ENERO DE 2007

De igual forma se menciona la ley 1122 por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, y que tiene por objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Dentro de las modificaciones se encuentran la creación de la Comisión de Regulación en Salud la cual se contempla en el artículo 3º del Capítulo II, como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Dentro de las funciones de la Comisión que se encuentran en el artículo 7 es de interés para el presente estudio, el literal No. 5 en donde se definen los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 30 del artículo 160 y las artículos 164 Y 187 de la Ley 100 de 1993.

De igual forma en el artículo 10º del Capítulo III, se modifica el inciso primero del artículo 204 de la ley 100 de 2003, quedando de la siguiente manera el monto y distribución de las cotizaciones:

- La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero (1) de enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

- Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que hace referencia el presente artículo. El cero punto cinco por ciento (0,5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la ley 797 de 2003, el cual sólo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%).

Aunque no se relaciona con el objeto de estudio del presente trabajo de grado, es de importancia mencionar, que para los afiliados del régimen subsidiado en salud en el nivel I del SISBEN o en el instrumento que lo reemplace no habrá copagos ni cuotas moderadoras

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente y luego de hacer una revisión exhaustiva por este documento se puede afirmar que no existe modificación alguna de importancia en la ley que pueda ser tenida en cuenta para la finalidad del estudio del tema de investigación, "Impacto de las cuotas moderadoras en la accesibilidad a los servicios de salud de consulta externa médica, exámenes de laboratorio y entrega de medicamentos en el Régimen Contributivo, en el municipio de Neiva durante el II Semestre de 2006".

6.4 SENTENCIA C-839/03

Igualmente se reviso pronunciamientos realizados en la Corte Constitucional sobre la legalidad y fines de las cuotas moderadoras, dentro de los cuales se encontraron las siguientes sentencias:

La Sentencia C-839- 03 es en relación con la demanda de inconstitucionalidad que, en uso de su derecho político, presentó el ciudadano Juan Diego Buitrago Galindo contra el artículo 22 de la Ley 797 de 2003.

La **LEY 797** (9/01/2003) por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales; Decreto en su Artículo 22:

“A partir de la vigencia de la presente ley quien devengue una mesada pensional de hasta 3 salarios mínimos legales mensuales vigentes solo pagarán (sic) el 50% de las cuotas moderadoras y los copagos a que están obligados”

El actor solicita la declaratoria de inexecutable del artículo 22 de la Ley 797 de

2003 por vulneración de los artículos 13, 48, 95, 154, 157, 158 y 169 de la Carta.

A juicio del demandante, la norma acusada adolece de vicios tanto de forma como de fondo. Los primeros, relacionados con la violación de los principios de consecutividad del trámite legislativo y de reserva de iniciativa gubernamental para el caso de leyes que versen sobre exenciones de impuestos, contribuciones y tasas nacionales. Los segundos, se fundan en considerar que la norma que otorga un descuento del 50% en el pago de cuotas moderadoras y copagos del sistema general de seguridad social en salud a favor de los pensionados que devenguen hasta tres salarios mínimos mensuales vigentes, desborda el núcleo temático de la Ley 797 de 2003; vulnera el derecho a la igualdad por discriminar a los trabajadores con el mismo ingreso y contraría el principio de solidaridad inherente al derecho a la seguridad social y al deber constitucional a cargo de los ciudadanos de contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado.

Por lo tanto se realizó el estudio conveniente, presentándose la intervención del Ministerio del Interior y de Justicia, el concepto del procurador general de la nación y terminando con la sala plena de la corte constitucional, ente competente para decidir sobre la exequibilidad del artículo demandado, según lo dispuesto en el numeral 4º del artículo 241 de la Constitución Política, en concordancia con lo consagrado en el Decreto Ley 2067 de 1991.

De esta manera la Sala Plena de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución., declaró **INEXEQUIBLE** el artículo 22 de la Ley 797 de 2003 *“por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes especiales exceptuados y especiales.*

6. 5. SENTENCIA C-1707/00

Mediante oficio de fecha quince (15) de noviembre de 2000, recibido en la Secretaría General el día veintitrés (23) de noviembre del mismo año, el Presidente del Senado de la República remitió a la Corte Constitucional el proyecto de ley 26/98 Senado – 207/99 Cámara, "POR LA CUAL SE EXONERA A LOS PENSIONADOS DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE MODIFICA PARCIALMENTE EL ARTICULO 187 DE LA LEY 100 DE 1993", con el fin de que este organismo de control resolviera sobre las objeciones de inconstitucionalidad que el Presidente de la República le formuló al referido proyecto, las cuales fueron declaradas infundadas por las plenarias de Senado y Cámara.

El Presidente de la República objetó la constitucionalidad del proyecto de la referencia, por considerar que su iniciativa y trámite se produjeron en abierta

contradicción a lo ordenado por los incisos 2° y 4° del artículo 154 de la Constitución Política. Igualmente, desde el punto de vista de su contenido material, consideró el Ejecutivo que el párrafo 2° del artículo 1° resulta contrario a los principios de igualdad y solidaridad social contenidos en los artículos 13 y 48 del Estatuto Fundamental.

Sostiene el Presidente que el proyecto objetado, en cuanto exonera a un sector de los pensionados -los que reciben hasta 2 salarios mínimos mensuales- del pago de las cuotas moderadoras y copagos para acceder al sistema de seguridad social en salud, desconoce el inciso 2° del artículo 154 de la Constitución que le otorga al Gobierno Nacional, en forma privativa, la iniciativa legislativa para presentar proyectos de ley que decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales. A su juicio, partiendo del supuesto de que los aportes a la seguridad social -cuotas moderadoras y copagos- constituyen, según la jurisprudencia constitucional, contribuciones parafiscales, el proyecto de ley requería de la iniciativa gubernamental, circunstancia que en ningún momento se dio ya que el mismo se originó en el Senado de la República sin que mediara consentimiento por parte del Ejecutivo.

En cuanto al contenido material del proyecto -párrafo 2° del artículo 1°-, entiende el Ejecutivo que exonerar a los pensionados del pago de las cuotas moderadoras y copagos “quebranta el esquema de participación de la sociedad en la financiación del sistema, **contrariando el principio de solidaridad consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política...**”. Aduce que si la finalidad de los aportes es racionalizar el servicio de salud y contribuir a financiar el Sistema General de Seguridad Social en su Régimen Subsidiado, no es posible establecer exenciones que tiendan a disminuir el flujo de recursos y, por contrario, a desmejorar y disminuir la cobertura del servicio público de salud.

Finalmente, el Presidente sostiene que el proyecto “establece un tratamiento desigual sin que exista justificación suficiente, al introducir discriminaciones en el uso del sistema de salud entre los diferentes afiliados y beneficiarios del Sistema, por cuanto obliga a las EPS a brindar a un sector de los pensionados unos beneficios, **exonerándolos de participar en su financiación y de su deber constitucional de contribuir, en la medida de su capacidad económica, al mantenimiento del sistema**, mientras que el resto de los afiliados para recibir estos mismos beneficios, deben contribuir de acuerdo a su capacidad económica.”

De esta manera, después del estudio previsto la Corte Constitucional, competente para decidir definitivamente sobre la constitucionalidad de las normas objetadas por el Presidente de la República, por expreso mandato de los artículos 167 inciso tercero y 241 numeral 8° de la Carta Política, y apoyándose en las sentencias anteriores (Sentencias SU-480/97 M.P. Alejandro Martínez Caballero y T-569/99 (M.P. Carlos Gaviria Díaz), donde la Corte tuvo oportunidad de reiterar los fundamentos de principio que le reconoce a los recursos de la seguridad social la condición de parafiscales, formulo que de acuerdo con la jurisprudencia

constitucional, las cuotas moderadoras, los copagos y, en general, todos los aportes y recursos que se allegan al Sistema de Seguridad Social Integral, revisten el carácter de contribuciones parafiscales de destinación específica, impuestas por el Estado en virtud del principio constitucional de la soberanía fiscal, fuerza es concluir que el proyecto de ley objetado no sólo desconoció el artículo 154 de la Constitución Nacional en lo que toca con la reserva gubernamental para iniciar el trámite de las leyes que “*decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales*”, sino también, por la circunstancia específica de haber comenzado el estudio del proyecto en el Senado de República, a pesar de que el mismo precepto constitucional exige que “*Los proyectos de ley relativos a los tributos iniciarán su trámite en la Cámara de Representantes.*”

En virtud de lo anterior, la Corte, en la parte resolutive de esta providencia, procederá a declarar la inexecutable total del proyecto de ley 26/98 Senado – 207/99 Cámara, por haber incurrido el Congreso en vicios de trámite en su formación que no pueden ser subsanados o corregidos. Así, siendo inconstitucional el citado proyecto de ley, en cuanto excedió el marco de competencias privativas que la Carta Política ha establecido en torno al tema de la iniciativa legislativa y al trámite de los proyectos que decretan exenciones, no hay lugar a emitir ningún pronunciamiento sobre el cargo de fondo (cuotas moderadoras y copagos) que se formula, pues independientemente de la decisión que al respecto se pueda adoptar, de todas maneras dicho proyecto deberá ser archivado por las razones que ya han sido explicadas.

6.6 POLITICA NACIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de la Protección Social, conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSS, consideró de vital importancia formular la **Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud**, expedida en noviembre de 2005, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población, la cual se desarrolla a partir de tres ejes, **accesibilidad, calidad y eficiencia**, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar en los próximos años.

El ámbito de la política de prestación de servicios está dirigido tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados y cubre a la población asegurada y no asegurada del país.

De este modo el presente estudio aporta al primer eje de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, evaluando la “accesibilidad” de los servicios con base en la influencia de las cuotas moderadoras, permitiendo corroborar su objetivo de regulador del servicio o confrontar su barrera de acceso al mismo.

7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio a desarrollar a continuación es una investigación cuantitativa debido a que utilizará información que será cuantificada en la etapa de procesamiento y análisis de información. Estas investigaciones parten de problemas y objetivos de investigación bastante elaborados, como de diseños metodológicos que señalan por anticipado la estrategia y procedimientos que se utilizarán tanto en la recolección de información y en su análisis. Finalmente utiliza instrumentos para la recolección bastante estructurados como los cuestionarios y encuestas.

El tipo de estudio es a través de investigación descriptiva que busca describir situaciones y acontecimientos, no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinada hipótesis, ni hacer predicciones. Con mucha frecuencia las descripciones se hacen por encuestas (estudios por encuestas), aunque estas también se utilizan en los diseños para probar hipótesis específicas y poner a prueba explicaciones.

Según el factor tiempo esta investigación es sincrónica o transversal debido a que se estudiará en un período de tiempo más bien corto, el suficiente para realizar las tareas de recolección de datos en el terreno.

7.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Para el desarrollo del estudio inicialmente se definió y selecciono las variables a investigar según los objetivos del estudio, quedando las siguientes:

Tabla 2. Definición de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN | SUBVARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADORES | |
|---|---|-------------------------------------|---|--|---|
| ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD | Posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud. | ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA | Posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación geográfica, cercana al demandante. | <ul style="list-style-type: none"> Ψ Tiempo de traslado Ψ Cantidad de dinero de transporte | |
| | | ACCESIBILIDAD ECONÓMICA | Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de los servicios. | <ul style="list-style-type: none"> Ψ Valor de la cuota moderadora cancelada por el servicio utilizada. Ψ Capacidad de pago del solicitante en relación con sus ingresos. | |
| | | CULTURAL | CONOCIMIENTOS | Resultado del acto de conocer, en que se aspira el saber teórico de las situaciones objetivas. | <ul style="list-style-type: none"> Ψ Conocimientos del usuario sobre el sistema de cuotas moderadoras. Ψ Conocimientos del usuario sobre el régimen al que pertenece. |
| | | | ACTITUDES | Reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo, que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> Ψ Actitudes cognitivas, afectivas y conductuales del usuario frente al pago de cuotas moderadoras. |
| | | | PRACTICAS | Costumbres o hábitos adquiridos por el hombre en una sociedad. | <ul style="list-style-type: none"> Ψ Practicas del afiliado en la recurrencia a los servicios de salud. |
| | | ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL | Posibilidades de uso de un servicio, derivadas de disposiciones de índole operativa, condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios. | <ul style="list-style-type: none"> Ψ Procesos de la prestación del servicio Ψ Disponibilidad de medicamentos. | |

| | | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|--|---|
| VARIABLE SOCIODEMOGRAFICA | Conjunto de atributos que permiten caracterizar la población en estudio. | Sexo | Determinación según el sexo. | Masculino Femenino |
| | | Edad | Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de medición de las variables de estudio. | Distribución por grupos etareos |
| | | Estrato socioeconómico | Niveles socioeconómicos establecidos en la ciudad de Neiva | Uno Dos Tres Cuatro Cinco Seis |
| | | Estado civil | Condición de soltería, matrimonio, viudez de un individuo | Soltero Casado Unión libre Separado |
| | | Nivel de escolaridad | Años de escolaridad cursados | Primaria Secundaria Formación técnica Universitaria Postgrado No estudio |
| | | Ocupación | Trabajo, empleo u oficio. | Empleado Desempleado |

7.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para la selección de la población de estudio se procedió a realizar una revisión del total de las EPS de la Ciudad de Neiva a corte de 31 de Julio de 2006 veintiséis EPS distribuidos de la siguiente manera de acuerdo al número de usuarios. Esta información suministrado por la Secretaría de Salud Departamental.

Tabla 3. EPS existentes en el municipio de Neiva

| NUMERO | EPS | NEIVA |
|--------|-----------------------------------|------------------|
| 1 | SALUDCOOP | 55.527 Afiliados |
| 2 | INSTITUTO DE LOS SEGUROS SOCIALES | 29.257 Afiliados |
| 3 | HUMANA VIVIR | 24.980 Afiliados |
| 4 | CAFESALUD | 14.031 Afiliados |
| 5 | COOMEVA | 12.849 Afiliados |
| 6 | SALUD TOTAL | 8.108 Afiliados |
| 7 | SOLSALUD | 6.802 Afiliados |
| 8 | SANITAS | 6.139 Afiliados |
| 9 | S.O.S | 3.131 Afiliados |
| 10 | SALUDCOLMENA | 1828 Afiliados |
| 11 | SALUD COLOMBIA | 1.444 Afiliados |
| 12 | SALUD VIDA | 533 Afiliados |
| 13 | FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARIL | 260 Afiliados |
| 14 | FAMISANAR | 221 Afiliados |
| 15 | RED SALUD ATENENO HUMANA | 121 Afiliados |
| 16 | CRUZ BLANCO | 35 Afiliados |
| 17 | CONFENALCO VALLE | 28 Afiliados |
| 18 | CAPRECOM | 27 Afiliados |
| 19 | SALUD COLPATRIA | 26 Afiliados |
| 20 | COMPENSAR | 5 Afiliados |
| 21 | SU SALUD | 3 Afiliados |
| 22 | CONFENALCO ANTIOQUIA | 1 Afiliados |

De acuerdo a los objetivos del estudio y el tema de homogeneidad y cuantificación de cada EPS se delimitó la población de estudio a cinco EPS, a saber:

Tabla 4. EPS seleccionadas para el estudio

| NUMERO | EPS | NEIVA |
|--------|-----------------------------------|------------------|
| 1 | SALUDCOOP | 55.527 Afiliados |
| 2 | INSTITUTO DE LOS SEGUROS SOCIALES | 29.257 Afiliados |
| 3 | HUMANA VIVIR | 24.980 Afiliados |
| 4 | CAFESALUD | 14.031 Afiliados |
| 5 | COOMEVA | 12.849 Afiliados |

Finalmente, dado que la EPS Humanavivir no autorizó la realización del estudio por motivos administrativos internos, se excluye del mismo quedando como EPS participantes las cuatro restantes mencionadas en el cuadro anterior.

7.3 DISEÑO MUESTRAL

Para la selección de los elementos de muestreo (usuarios), se aplicó un muestreo estratificado (cada EPS, estrato) en afijación proporcional y selección aleatoria.

El tamaño de la muestra se obtuvo con base en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2P.Q}{Ne^2 + Z^2P.Q}$$

En donde:

N = tamaño de la muestra.

N = tamaño poblacional.

Nivel de confianza: 95%.

Z = desviación estándar que depende del nivel de confiabilidad.

P = proporción de elementos que poseían la característica de interés.

Q = proporción de elementos que no poseían la característica de interés.

E = error máximo admisible.

Se aplicó el concepto de equi probabilidad arrojando un tamaño muestral de 376 usuarios. Para la selección de los usuarios en cada EPS, se aplicó la afijación proporcional, que permitía, escoger el mínimo de elementos de acuerdo al tamaño de cada entidad; quedando definido así:

Tabla 5. EPS seleccionadas en el estudio

| EPS | NEIVA |
|-----------------------------------|---------------|
| SALUDCOOP | 179 Afiliados |
| INSTITUTO DE LOS SEGUROS SOCIALES | 95 Afiliados |
| CAFESALUD | 54 Afiliados |
| COOMEVA | 48 Afiliados |
| TOTAL | 376 Afiliados |

De manera aleatoria se escogieron las unidades últimas de muestreo de cada EPS, distribuyéndose para cada investigadora una de las cuatro EPS participantes. Al momento de aplicar el instrumento, se tenía en cuenta la población que se encontraba presente en cada IPS y se procedía de forma personalizada a realizar el consentimiento informado verbal para poder aplicar la encuesta, informándole al usuario participante en el estudio el objetivo de este y manifestándole la confidencialidad presentada.

Cabe resaltar que para la EPS Saludcoop la aplicación de las encuestas se realizó en todas las IPS existentes en la ciudad de Neiva (Cedral, Pomar, Almendros, Clínica Saludcoop, Centro de atención Grupo Saludcoop) al igual que para la EPS I.S.S. (Clínica Federico Lleras Acosta y Avenida la Toma).

7.4 TECNICA PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

7.4.1 Instrumento. Para la recolección de la información se diseñó el instrumento de trabajo basado en una encuesta que contó con la revisión de un equipo multidisciplinario comprendido por Psicólogos, Epidemiólogo, Médicos, Auditores Médicos, e Interventor en salud, además de algunos de los gerentes de las EPS

participantes en el estudio, cada uno de ellos idóneos en el tema; esta encuesta

consta de 27 preguntas que pretenden evaluar actitudes y conocimientos que se miden como positivas y negativas, con sus respectivos ítems de única selección para cada una de ellas.

El instrumento estuvo formado para la indagación de conocimientos con preguntas de respuestas dicotómicas, que son excluyentes unas de otras; y en el caso de actitudes con preguntas tipo Likers, donde se puntuaron valores de 1 a 5, donde los resultados de 1 a 3 correspondían a actitudes negativas, de 4 a 5 a actitudes positivas y las intermedias de 3.1 a 3.9 se considerarían como actitudes neutras. (Ver anexo A).

Posterior a la elaboración del instrumento se envió una carta a cada uno de los gerentes de las EPS seleccionadas, se informa el estudio a realizar y se solicita el permiso para aplicar el instrumento en las instalaciones de las mismas y con la colaboración de sus afiliados, correspondiente a una encuesta de carácter cualitativo y cuantitativo.

La encuesta a realizar se enfoca desde varias perspectivas por medio de la definición de dos grandes variables, la primera a tener en cuenta fue la variable sociodemográfica, comprendidas entre esta las subvariables: género, edad, estrato socioeconómico, ocupación, nivel de escolaridad, ingresos, estado civil; y la segunda variable a evaluar fundamentada según la política nacional de prestación servicios fue la de accesibilidad en donde se incluyeron las subvariables: accesibilidad geográfica, económica, cultural y organizacional.

Después de su aprobación, se realizó una prueba piloto y observación directa, que comprendió 30 encuestas en la EPS Saludcoop, la cual nos lleva a tomar la decisión de eliminar 2 preguntas pues no eran pertinentes para lograr los objetivos del estudio, estas fueron:

- Cuántas personas integran su núcleo familiar.
- Considera que los medicamentos genéricos son de buena o mala calidad, quedando como instrumento final una encuesta que consta de 25 preguntas.

De esta manera se procedió a aplicar el instrumento de trabajo en las EPS participantes encontrándose que cada una cuenta con su propia IPS de atención, destacándose la EPS SaludCoop con el mayor número de afiliados del Régimen Contributivo de la Ciudad de Neiva, quien presta sus servicios a sus usuarios en las IPS Almendros, Cedral, Pomar y Clínicas pertenecientes a la misma, el Instituto de Seguros Sociales con su IPS la toma, Cafesalud EPS presta servicios de primer nivel de atención en la Unidad de Atención Familiar Cafesalud, y

servicios de segundo nivel en la IPS Grupo Saludcoop – Cafesalud; finalmente la última EPS participante del estudio fue Coomeva aplicándose el instrumento en la U.B.A. (Unidad Básica de Atención).

7.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Posterior a la aplicación de las encuestas se tabularon en el Software SPSS, el cual permite analizar la información mediante la sistematización de variables y datos, al igual que realizar cruces de datos en frecuencias y porcentajes, y en Microsoft Excel para la tabulación en gráficas, (tortas y barras) y así poder analizar detalladamente cada uno de los resultados.

7.6 ASPECTOS ETICOS

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki, que fue adoptada en 1964 por la asamblea médica mundial y enmendada en 1975.¹², donde se postuló tres principios éticos primordiales sobre los que se basan las normas de conducta ética de la investigación: el principio de beneficencia, el de respeto a la dignidad humana y el de justicia mencionados en el informe Belmont.

Teniendo en cuenta que el principio de beneficencia hace referencia a no causar daño (causar alguna lesión, discapacidad, angustia innecesaria o la muerte) a los participantes, este estudio deja ver claramente que no traería daños físicos a los encuestados, sin embargo se evitó generar malestar psicológico que influyera en las respuestas, por lo tanto sus preguntas se realizaron de manera asertiva, respetuosa y sin persuadir las respuestas de las personas encuestadas.

Así mismo, el principio de respeto a la dignidad humana comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información, el cual se puso en práctica cuando los afiliados decidieron voluntariamente participar en el estudio, sin el riesgo de exponerse a represalias o a un trato prejudicado.

Y finalmente el principio de justicia incluye el derecho del participante a un trato justo y a la privacidad que se ve reflejada en la selección justa y no discriminatoria de los participantes.

En esta investigación se garantizó el consentimiento informado verbalmente de cada uno de los participantes donde se les expuso el propósito general de la investigación, los autores del estudio, los procedimientos que se utilizarían para recolectar la información y la confidencialidad de los sujetos asegurándoles que los datos personales suministrados serían protegida en todo momento. Seguida de

¹² POLIT – HUNGLER. Investigación Científica en las ciencias de la salud. Mc Graw Hill. Quinta Edición. Méjico 1997. p. 121

la explicación de las características del estudio y del consentimiento voluntario de los participantes se procedió a aplicar la encuesta, permitiendo el derecho de no continuar con la aplicación si en su momento incomodaba este proceso.

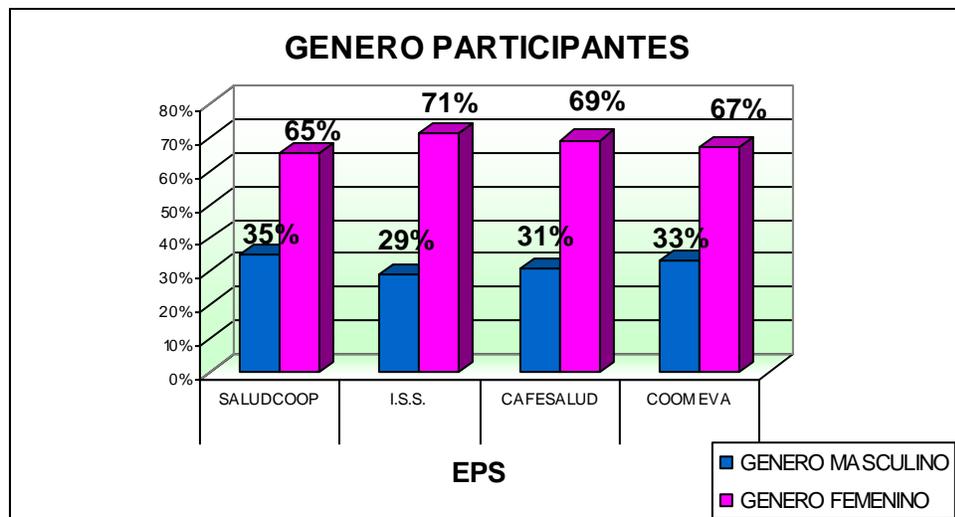
8. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En la investigación “Impacto de las cuotas moderadores en la accesibilidad de los servicios de salud de consulta externa medica del régimen contributivo en el municipio de Neiva durante el II semestre de 2006”, las EPS participantes en el estudio fueron Saludcoop, I.S.S., Cafesalud y Coomeva para un total de 376 encuestas realizadas de las cuales el numero de encuestas se referencian a continuación:

8.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

8.1.1. Genero

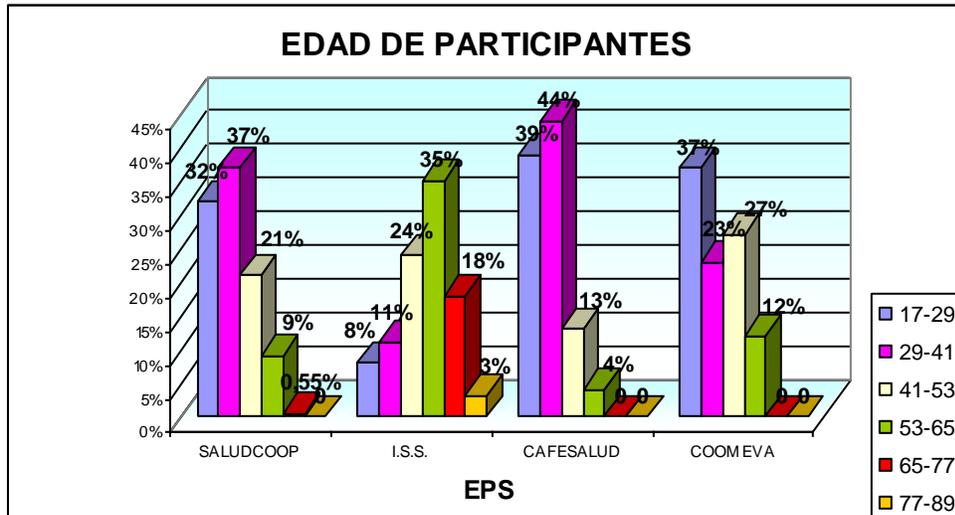
Grafica 1. Genero por EPS participantes en el estudio



De las 376 personas encuestadas, el género femenino predomina en un 67% como mayores participantes del estudio en las cuatro EPS aplicadas, con rangos similares, observándose un alto interés por este grupo por acudir a los diversos servicios de salud.

8.1.2 Edad

Grafica 2. Edad de los participantes

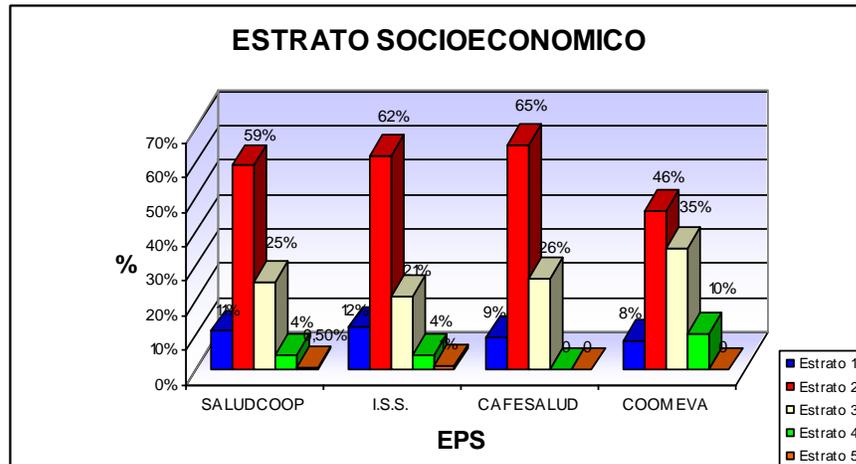


La edad de las personas encuestadas en las diferentes EPS se relaciona a continuación por porcentaje y números respectivos, se organizaron por rangos de edades cada doce años, iniciando con el menor número de edad correspondiente a 17 años y el mayor número de 89 años respectivamente.

Es importante mencionar que en general la población participante oscila entre los rangos de edad de 29 a 41 años, a excepción de EPS COOMEVA que presenta un porcentaje alto de adulto jóvenes, de igual forma se puede afirmar que la EPS I.S.S cuenta con la mayor cantidad de adultos mayores lo cual se atribuye a su permanencia desde años atrás en la prestación de los servicios de salud.

8.1.3. Estrato Socioeconomico de la Vivienda

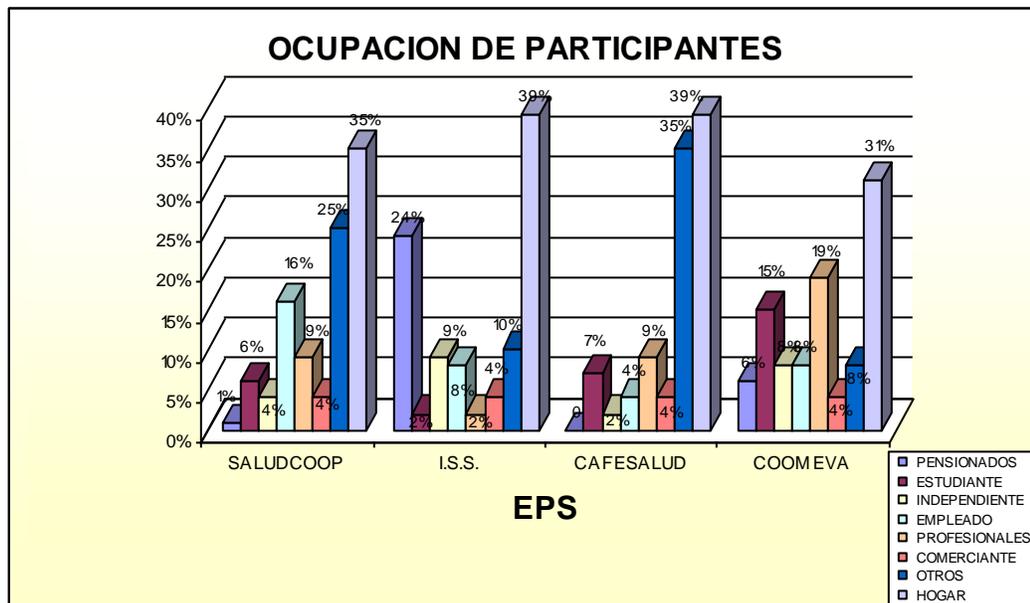
Grafica 3. Estrato socioeconómico



En lo referente al estrato socioeconómico se encontró que la gran mayoría de las personas encuestadas (222) corresponden al estrato 2, lo cual quiere decir que se encuentran en un nivel medio bajo, destacándose por se la población que mas acude a la utilización de los servicios de salud. Los estratos 4, 5 y 6 en cambio, obtienen el menor porcentaje según los datos arrojados en esta investigación.

8.1.4. Ocupación

Gráfica 4. Ocupación de los participantes

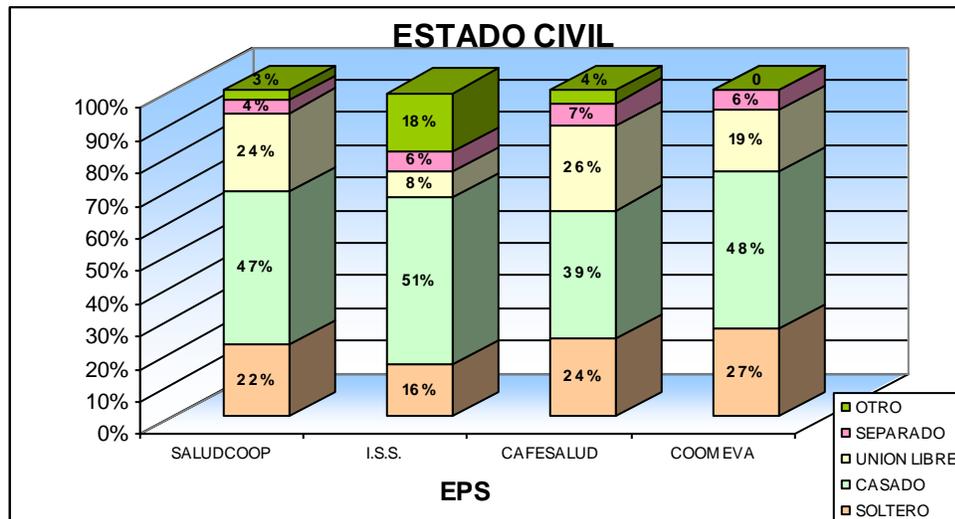


Referente a la ocupación de las personas encuestadas se agruparon en ocho categorías, las cuales fueron las siguientes: Pensionado, estudiante, independiente, empleado, profesional, comerciante, hogar y otros. Evidenciándose en los resultados que el mayor número de personas encuestadas 136 se dedican a la realización de las labores del Hogar, lo que facilita disposición de tiempo por no estar limitadas a horarios establecidos con vínculos laborales. Le siguen 77 personas clasificadas como otros, en esta categoría se ingreso todo tipo de oficios que no tenían mayores frecuencias como escolta, mensajero, sacerdote entre otros.

Así mismo dentro de las cuatro EPS participantes se encontró que la EPS Instituto de los Seguros Sociales cuenta con mayor población pensionada lo que permite relacionar su ocupación con el grupo etéreo que maneja, quienes oscilan en edades de 53 a 77 años, correspondientes a los adultos mayores según el ciclo vital.

8.1.5. Estado Civil

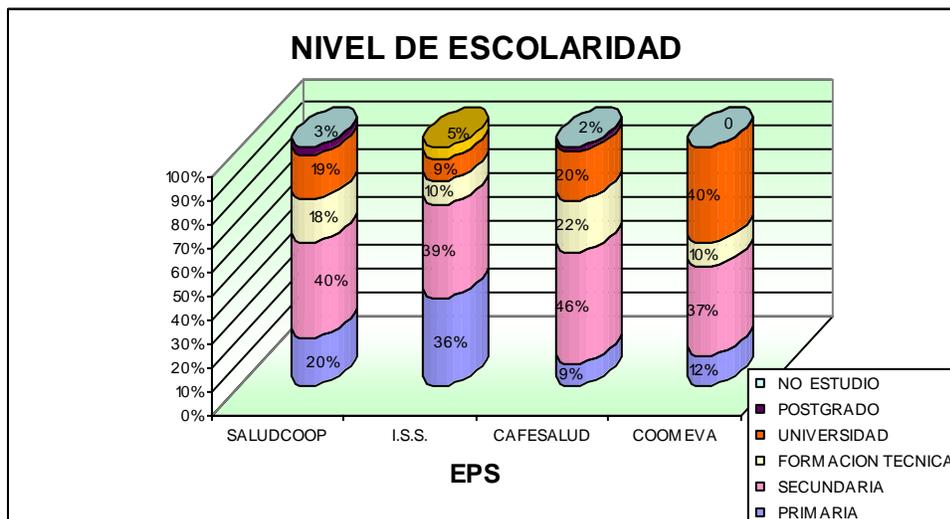
Grafica 5. Estado civil de la población encuestada



De acuerdo a lo arrojado en las encuestas, 177 personas son casadas correspondientes al porcentaje mas alto, se observa a la vez que se distribuyen de forma equitativa entre las diferentes EPS, lo cual muestra que esta población por el proceso de vida en el que se encuentra solicita con mas frecuencia los servicios de salud. Es importante mencionar que en la EPS I.S.S. se encuentran en menor cantidad los otros estados civiles debido a que su población predominante son los adultos mayores.

8.1.6. Escolaridad

Grafica 6. Nivel de escolaridad de la población encuestada



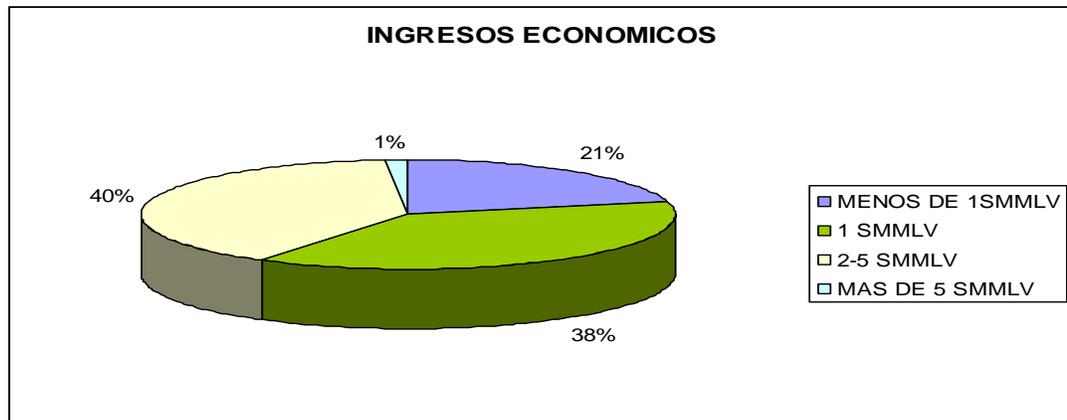
De acuerdo a los datos arrojados, el 40 % de las personas encuestadas han culminado los estudios secundarios, tan solo un 15 % tiene un título de formación técnica y un 19% universitaria; por lo tanto se denota que la población de estudio tiene un nivel académico bajo, siendo mas notorio en la EPS I.S.S. debido a que anteriormente no era un requisito tener estudios superiores para acceder a una oferta laboral. Se puede observar que quienes mas acceden a los estudios superiores (formación técnica y universitaria) son los usuarios de la EPS Saludcoop y Coomeva.

Las EPS Cafesalud y Coomeva oscilan entre rangos similares y proporcionales para todos los niveles de escolaridad.

8.2. ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA Y ECONOMICA

8.2.1. Ingresos

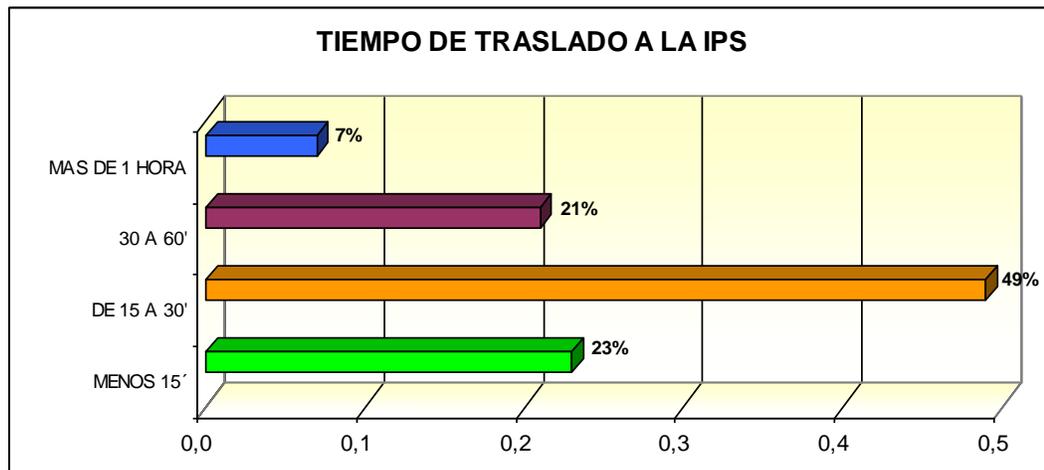
Gráfica 7. Ingresos económicos de la población encuestada



De acuerdo a los ingresos de las personas encuestadas, los datos arrojaron que aproximadamente el 60% de la población tiene ingresos económicos entre 1 y menos de 1 salario mínimo legal mensual vigente, con base a lo anterior se puede decir que su remuneración económica es baja o que existe elusión en el ingreso base de cotización para salud. El 40 % restante poseen entre dos a cinco salarios siendo este un dato muy significativo relacionado directamente con la gráfica anterior en donde el nivel de escolaridad de los encuestados, aproximadamente del 38% ejerce labores de estudios técnicos y/o universitarios, aportando así según lo establecido por la ley al sistema.

8.2.2. Tiempo

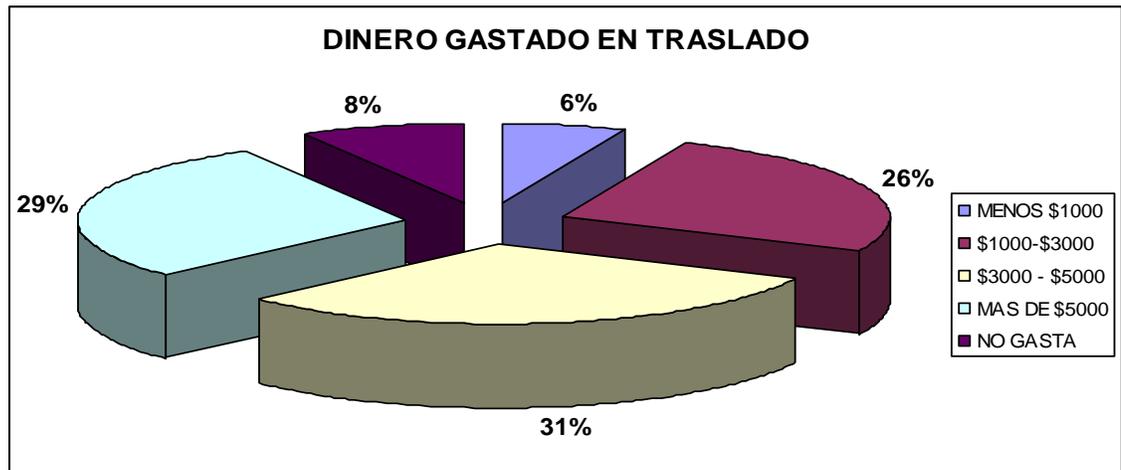
Grafica 8. Tiempo de traslado a la IPS de atención



De acuerdo al tiempo que tardan las personas en trasladarse a la IPS de atención se encontró que el 50% de las personas encuestadas tardan entre 15 a 30 minutos, lo cual se encuentra directamente relacionado con la ubicación estratégica de cada uno de los centros de atención, reflexión que surge de los usuarios participantes. Los datos arrojaron que entre 30 a 60 minutos y menos de 15 minutos obtienen datos similares debido a que la población afiliada a las EPS se concentran en los diferentes barrios de la ciudad; el restante en su menor proporción con un 7,2% gastan mas de 1 hora de traslado al centro de salud, correspondiente a 27 personas ya que son personas que viven en municipios cercanos a la ciudad de Neiva y manifiestan que prefieren su atención en la ciudad.

8.2.3. Dinero

Grafica 9. Dinero gastado en traslado a la IPS



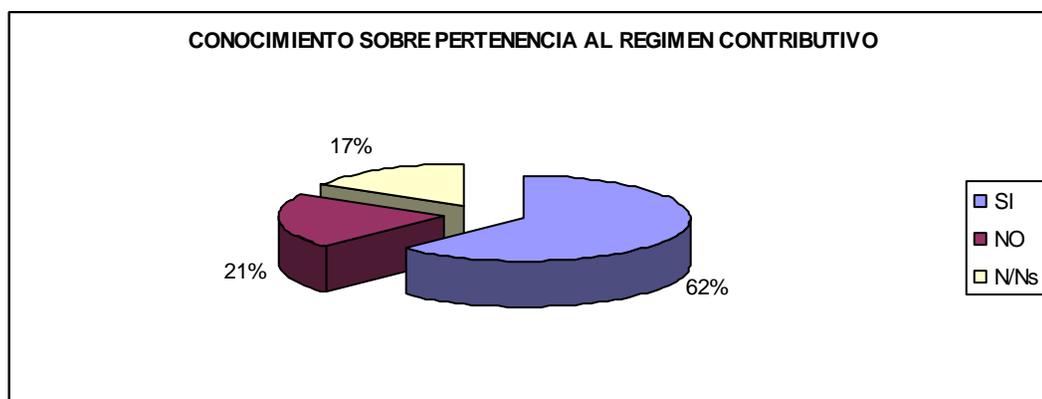
Así mismo en cuanto al dinero invertido en el desplazamiento a la IPS correspondiente, se utilizaron cinco categorías las cuales fueron las siguientes: menos de \$1000, entre \$1000-\$3000, de \$3000-\$5000, más de \$5000 y no gasta. De acuerdo a lo anterior se registran datos porcentuales muy similares, los valores mas altos oscilan entre \$3000 a más de \$5000, para este último los encuestados manifiestan que es invertido en servicio público (taxi) debido a que son poblaciones de adultos mayores o jóvenes con limitación física y madres de familia con niños menores de edad. Para los otros dos rangos utilizados los porcentajes obtenidos son menores con una población de 32 encuestados para cada uno aproximadamente que refieren sus centros de atención muy cercanos a su lugar de residencia.

Es importante anotar que en la IPS ISS y Coomeva la población manifiesta inconformismo debido a que no prestan los servicios en la misma sede, incrementando los gastos al trasladarse los servicios de laboratorio y medicamentos a sedes lejanas de la principal.

8.3. ACCESIBILIDAD CULTURAL

8.3.1. Conocimientos del afiliado sobre el Sistema de Salud al que pertenece

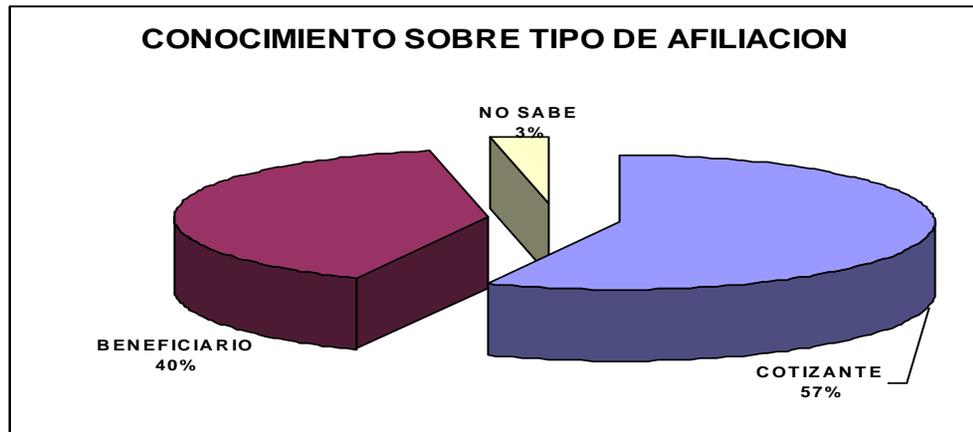
Grafica 10. Conocimientos sobre pertenencia al régimen contributivo



De acuerdo a los resultados se observa que la mayoría de los encuestados conocen que su afiliación pertenece al régimen contributivo, siendo de importancia mencionar que existe una población con un 39% que afirma que no pertenece a este o que no sabe o no responde al respecto, aspecto que debe ser tenido en cuenta por cada una de las EPS en el momento de realizar la afiliación a sus usuarios para que se refuercen y se capacite a los mismos en los temas de mayor importancia en donde se hacen necesarios los conocimientos para saber acceder a cada uno de los servicios a que se tiene derecho.

8.3.1.1 Tipo de Afiliación

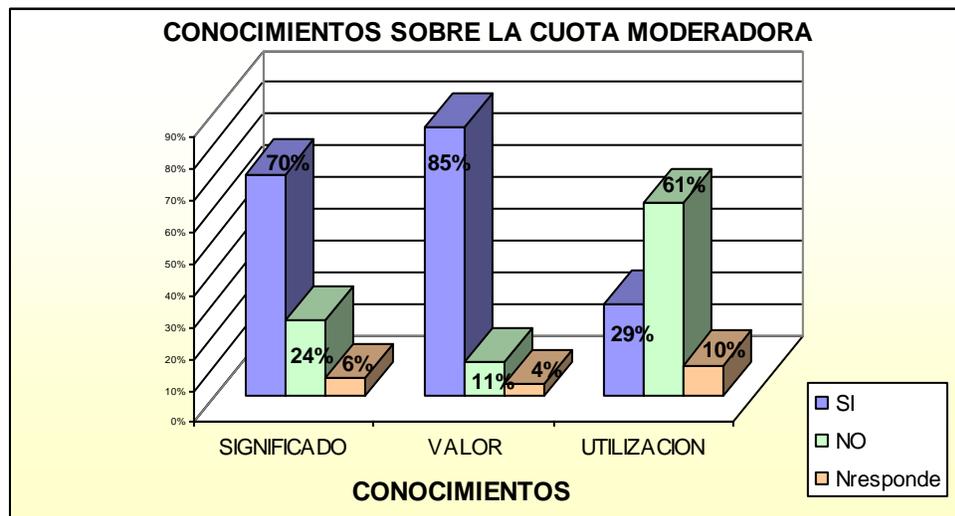
Gráfica 11. Tipo de afiliación al régimen contributivo



De acuerdo al tipo de afiliación, en su gran mayoría, las personas conocen el tipo de afiliación que presentan, cotizantes o beneficiarios, en este aspecto los encuestados lo relacionan directamente con la persona que aporta económicamente al sistema, más no porque tengan información o conocimientos por parte de las EPS de cuales son los beneficios que conlleva el tipo de afiliación.

8.3.1.2 Conocimientos del afiliado sobre la Cuota Moderadora

Gráfica 12. Conocimientos sobre la cuota moderadora



Este ítem permite evaluar si los usuarios de las diferentes EPS encuestadas saben que es una cuota moderadora, de acuerdo a lo anterior 264 personas respondieron de manera afirmativa ante este, en los cuales los afiliados conocen que deben pagar un valor adicional al cancelado mensualmente por los servicios prestados que solicitan, contrario a lo anterior 90 personas manifestaron no conocer este término y 32 personas que no saben no responden. (Ver tabla, 19, 20 y 21)

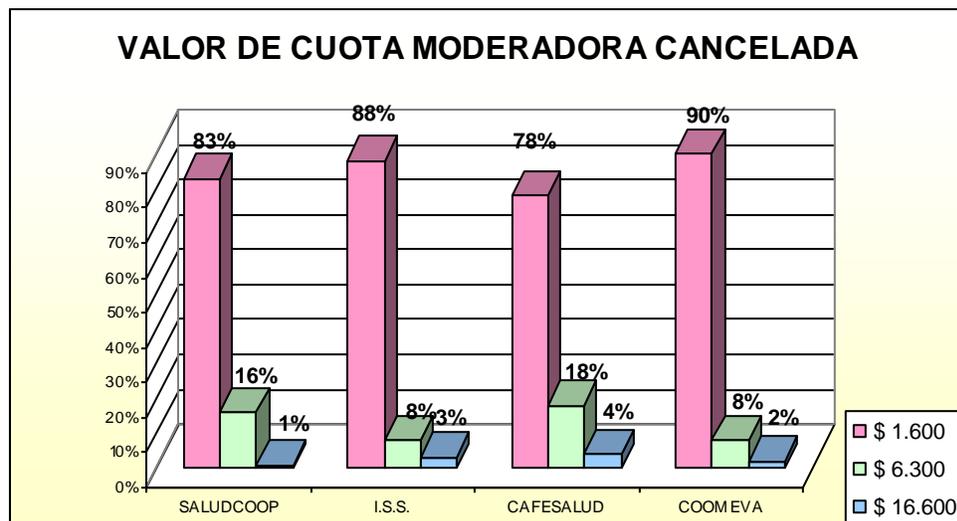
8.3.1.3 Conocimiento del valor de la Cuota Moderadora. En su gran mayoría los encuestados conocen el valor de la cuota moderadora que deben cancelar, esta pregunta se encuentra ligada a la siguiente por lo que se determina el valor exacto que debe cancelar confirmando que si saben el valor de la cuota moderadora que se cancela por los servicios utilizados.

Tabla 6: Conocimiento sobre la cancelación del valor de la cuota moderadora

| EPS | CONOCIMIENTO VALOR CUOTA MODERADORA | | | Total |
|-------------------|-------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| | SI | NO | Ns-Nr | |
| SALUDCOOP | 148 | 27 | 4 | 179 |
| I.S.S. | 84 | 8 | 3 | 95 |
| CAFESALUD | 47 | 3 | 4 | 54 |
| COOMEVA | 40 | 3 | 5 | 48 |
| TOTAL | 319 | 41 | 16 | 376 |
| PORCENTAJE | 85% | 11% | 4.2% | 100% |

8.3.1.4. Valor de Cuota Moderadora

Grafica 13. Valor de cuota moderadora cancelada



En la siguiente gráfica es de importancia mostrar que en su gran mayoría los encuestados pagan \$ 1.600 por el valor de la cuota moderadora, lo cual se relaciona directamente con el ingreso de las personas que en un porcentaje elevado cotizan sobre 1 SMLMV. Para los otros dos valores los datos son muy dispersos para cada una de las EPS siendo estos inferiores y poco significativos.

8.3.1.5 Conocimiento sobre la utilización de la Cuota Moderadora

Tabla 7: Conocimiento sobre la utilización del dinero de la cuota moderadora

| EPS | CONOCIMIENTO UTILIZACIÓN CUOTA MODERADORA | | | Total |
|-------------------|---|------------|-------------|-------------|
| | SI | NO | Ns-Nr | |
| SALUDCOOP | 51 | 126 | 2 | 179 |
| I.S.S. | 28 | 65 | 2 | 95 |
| CAFESALUD | 18 | 21 | 15 | 54 |
| COOMEVA | 13 | 17 | 18 | 48 |
| TOTAL | 110 | 229 | 37 | 376 |
| PORCENTAJE | 29% | 61% | 2.1% | 100% |

Es de importancia mencionar que en las anteriores tres preguntas los usuarios manifiestan de manera afirmativa sobre el conocimiento, el significado y el valor. Contrario a esto la siguiente gráfica nos muestra claramente que un 61% de los encuestados no sabe sobre la utilización del valor de la cuota moderadora que cancelan por cada uno de los servicios.

Razón por la cual cada una de las EPS está en la obligación de brindar a sus usuarios la información pertinente de carácter legal y además las políticas de cada una, logrando de esta forma que las personas no se sientan inconformes con el pago de la misma.

8.3.2 Actitudes. Igualmente dentro del instrumento de medición aplicado a los afiliados del régimen contributivo en la ciudad de Neiva, se incluyó cinco preguntas que permitían identificar las actitudes de los usuarios frente a las cuotas moderadoras, las cuales fueron realizadas bajo los siguientes criterios de las investigadoras:

- Preguntas de opinión con valoraciones opuestas de aceptación o rechazo, a través respuestas dicotómicas como SI o NO, las cuales son categorías mutuamente excluyentes.
- Preguntas de opinión evaluadas en repuestas cualitativas de No existir, Menor, Mayor y Justo.

- Preguntas tipo Likers, donde se puntuaron valores de 1 a 5, donde los resultados de 1 a 3 correspondían a actitudes negativas, de 4 a 5 a actitudes positivas y las intermedias de 3.1 a 3.9 se considerarían como actitudes neutras. Para realizar la clasificación se multiplico el valor asignado para el ítems por las personas que respondieron en ese ítems y luego se hizo sumatoria de los valores finales de los ítems y se dividió por el numero de encuestados.

Así mismo se realizo preguntas dirigidas a evaluar los diferentes componentes de la actitud, con el fin de dar una estimación completa de las reacciones de los afiliados; clasificadas de la siguiente manera:

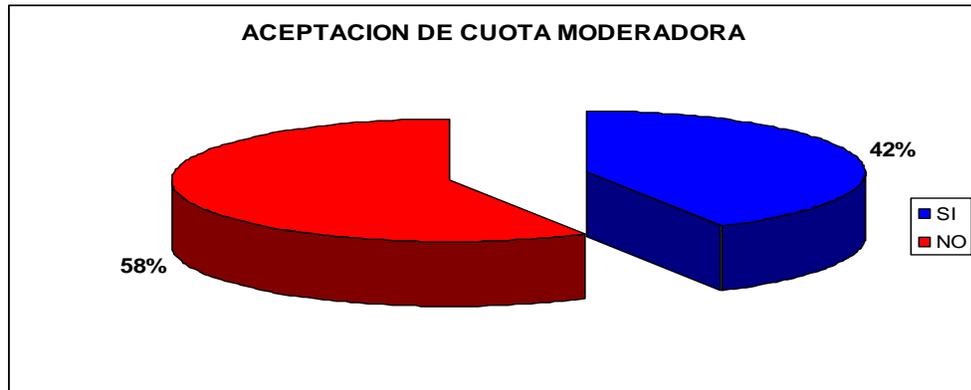
Tabla 8: Componentes de actitud:

| PREGUNTA | COMPONENTE DE ACTITUD |
|----------|-----------------------|
| 18 | Cognoscitivo |
| 19 | Cognoscitivo |
| 20 | Conductual |
| 21 | Cognoscitivo |
| 22 | Afectivo |

De esta manera en el componente cognoscitivo se evaluó si los usuarios de las diferentes EPS están de acuerdo con la cancelación de las cuotas moderadoras, mediante la valoración de aceptación o rechazo (SI o NO), encontrándose que el 58% correspondiente a 218 personas afirman no estar de acuerdo con esta cancelación frente a un 42% con 158 personas que si están de acuerdo con cancelar dicho valor.

Esto evidencia rechazo general hacia el pago moderador, siendo mas pronunciado en Coomeva con un 72%, seguido del Instituto del Seguro Social (68%), contrario a Cafesalud que mostró mayor aceptación de la cuota con un 42%.

Grafica 14. Aceptación de la cancelación de la cuota moderadora



Por otro lado para corroborar las actitudes de rechazo y aceptación, se reforzó con preguntas de opinión sobre el valor de las cuotas moderadoras en los servicios de consulta médica, entrega de medicamentos y laboratorio, por medio de las valoraciones de No Existir, Menor, Justa y Mayor.

Los resultados generales arrojaron que el 52% manifiestan que las cuotas moderadoras no deben existir y el 5% desea que sea menor, encontrándose un gran porcentaje de rechazo al valor, que refuerza el dato de la grafica anterior. Por otro lado el 32% manifiesta que es un valor justo y el 11% expresa que debería ser mayor, al reconocer que estos servicios generan gastos en su utilización.

Tabla 9: Actitud sobre el valor de la cuota moderadora en los servicios de salud:

| SERVICIOS DE SALUD | ACTITUD SOBRE EL VALOR DE CUOTA MODERADORA | | | |
|---------------------|--|-----------|------------|------------|
| | JUSTA | MENOR | MAYOR | NO EXISTIR |
| CONSULTA MEDICA | 147 | 22 | 32 | 175 |
| LABORATORIO CLINICO | 110 | 20 | 48 | 198 |
| MEDICAMENTOS | 103 | 16 | 49 | 208 |
| PORCENTAJE | 32% | 5% | 11% | 52% |

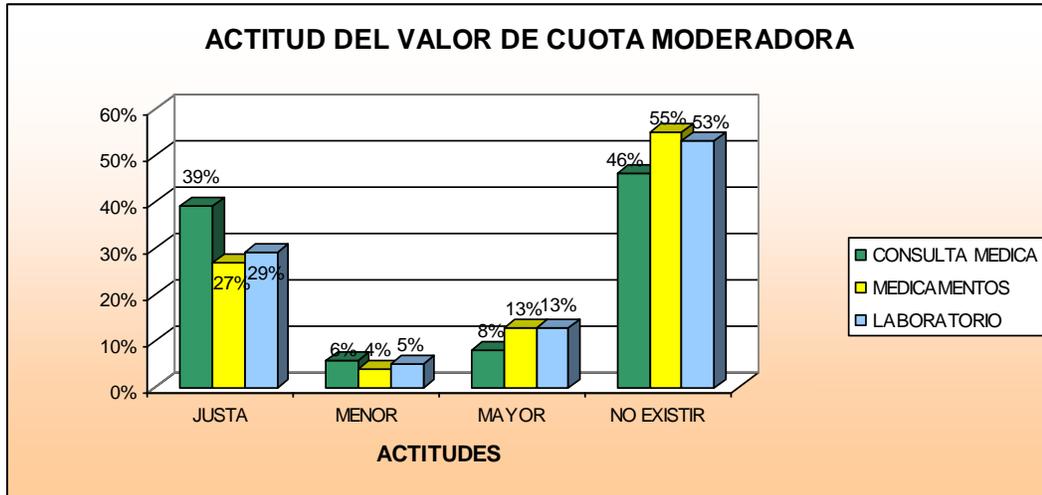
En los datos específicos se encontró que el 46% de los encuestados consideran que la cuota moderadora no debería existir en consulta médica, siguiendo con un 39% que consideran justa el cobro en este servicio. Un 8,5% afirma que debería ser mayor el valor y un 6% respondieron que el cobro debería ser menor. Además se diferencia las reacciones de las EPS, donde Saludcoop y el Instituto de Seguros Sociales consideran que no debe existir, contrario a Coomeva y

Cafesalud que la expresan como un valor justo.

En cuanto a laboratorios el 52% de las personas respondieron que no debería existir el cobro de cuota moderadora en el servicio de laboratorio, un 29% afirmaron justo el cobro por los gastos que este genera en materiales clínicos; el 12% consideran que debería ser mayor el valor y un 5,3% consideraron que el valor debería ser menor. Las opiniones de las EPS se encuentran en su mayoría unificadas con considerar que no deben existir, a excepción de Coomeva que se ubica con mayor proporción dentro de un valor justo.

Referente a medicamentos, el 55% de las personas correspondiente a 208 encuestados afirman que no debería existir el cobro de cuota moderadora en medicamentos, el 27% afirma ser justo este valor, un 13% consideran que debería ser mayor y un 4,3% respondieron que las cuotas moderadora en medicamentos deberían ser menores. En términos generales todas las EPS coinciden que la cuota moderadora no debe existir en este servicio.

Grafica 15. Actitud sobre el valor de la cuota moderadora.



Para finalizar el análisis de las actitudes de los usuarios frente a las cuotas moderadoras, desde su componente cognoscitivo, se evaluó desde el sistema Likers, en donde los tres servicios evaluados presentan actitudes negativas, con valores menores a 3 puntos, considerando el cobro innecesario. Cabe aclarar que el servicio de consulta medica se acerca un poco a actitud neutra, donde algunos participantes manifestaron que solo aceptarían el recaudo de cuotas en este servicio por ser el primer contacto con la institución y que de él se derivan la remisión a los demás servicios.

Tabla 10: Actitud de la cuota moderadora como necesaria en los servicios de salud:

| SERVICIOS DE SALUD | ACTITUD DE LA CUOTA MODERADORA COMO NECESARIA | | | | | Total valoración Actitudinal |
|--------------------|---|-------------------------|------------|----------------------|-----------------------|------------------------------|
| | Totalmente Desacuerdo | Medianamente Desacuerdo | Desacuerdo | Medianamente Acuerdo | Totalmente de acuerdo | |
| CONSULTA MEDICA | 154 | 14 | 31 | 51 | 126 | 2.95 |
| LABORATORIO | 183 | 12 | 50 | 44 | 87 | 2.57 |
| MEDICAMENTOS | 194 | 15 | 46 | 40 | 81 | 2.47 |

Estos resultados surgieron después de presentar la afirmación de la cuota moderadora como necesaria y cuyas respuestas se clasificaron de la siguiente manera:

Tabla 11: Valoración de resultados

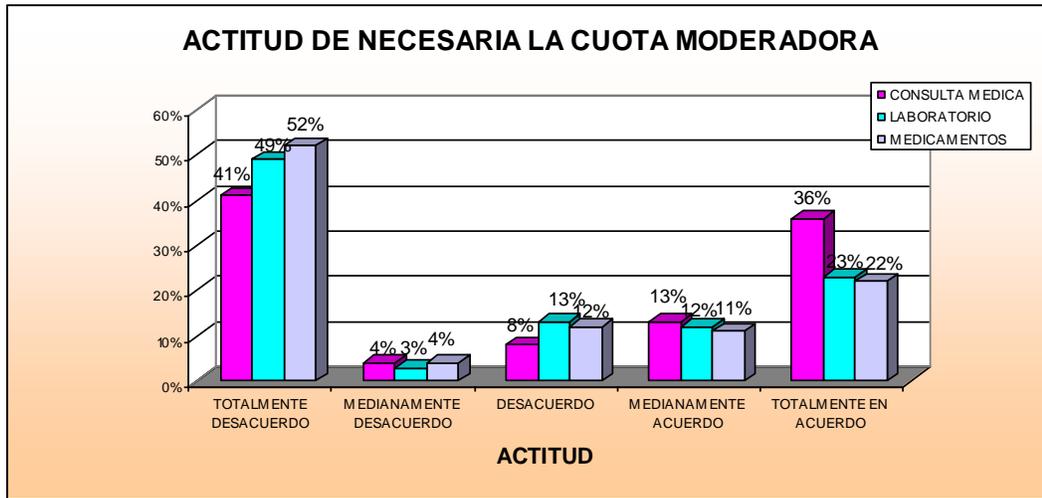
| RESPUESTA | PUNTAJE |
|----------------------------|---------|
| Totalmente en desacuerdo | 1 |
| Medianamente en desacuerdo | 2 |
| Desacuerdo | 3 |
| Medianamente en acuerdo | 4 |
| Totalmente en acuerdo | 5 |

En consulta médica el 41% de los encuestados equivalente a 154 personas afirmaron ante esta pregunta estar totalmente en desacuerdo, donde las EPS con mayor aceptación fueron Cafesalud y Saludcoop; un 33% totalmente en acuerdo con 126 personas, el 14% medianamente en acuerdo con 51 personas, el 8% desacuerdo con 31 encuestados y finalmente un 4% medianamente en desacuerdo con 14 personas.

En laboratorios el 49% de los encuestados equivalente a 183 personas afirmaron ante esta pregunta estar totalmente en desacuerdo, un 23% totalmente en acuerdo con 87 personas, el 13% desacuerdo con 50 encuestados, el 12% medianamente en acuerdo con 44 personas, y finalmente un 3% medianamente en desacuerdo con 12 personas. Situación que es unificada en las EPS pero que es contradictoria con actitudes de aceptación de valores justos de cuotas moderadoras para este servicio por acarrear gastos en materiales para la utilización de los servicios.

Referente a medicamentos las EPS no presentan diferencias significativas en sus respuestas, donde el 52% de los encuestados equivalente a 194 personas afirmaron ante esta pregunta estar totalmente en desacuerdo, un 22% totalmente en acuerdo con 81 personas, el 12% desacuerdo con 46 encuestados, el 11% medianamente en acuerdo con 40 personas, y finalmente un 4% medianamente en desacuerdo con 15 personas.

Grafico 16. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario



Concluyendo la valoración del componente cognoscitivo por medio de 3 preguntas de opinión y percepción sobre las cuotas moderadoras, se generaliza una actitud negativa y de rechazo frente a este cobro en los tres servicios objeto del estudio, sin distinción significativa de las EPS a la que pertenecen los participantes. Cabe mencionar que a pesar de la negativa, se presenta un porcentaje bajo que acepta el cobro bajo algunas condiciones.

Por otro lado se evaluó el componente conductual basado en el análisis de cuota moderadora como barrera de acceso en el actuar de los afiliados para recibir los servicios de salud estudiados.

Dicha evaluación se hizo bajo preguntas tipo likers de 4 ítems de respuesta siendo dos positivas (puntajes 4 y 5), dos negativas (1 y 2) y los valores entre 3 y 3.9 son considerados actitudes neutras.

Se encontró que en la exploración de las actitudes de los usuarios sobre las cuotas moderadoras como obstáculo para acceder al servicio, se generalizó actitudes negativas promediadas en 2.9 para cada uno de los servicios de salud estudiados, pero es necesario aclarar que las opiniones estuvieron divididas y parejas, acercándose a valores neutros (3.0 a 3.9), donde los participantes manifestaron que para recurrir al centro de atención tienen que planear sus recursos económicos para los gastos del servicio, incluido el de la cuota moderadora y por lo tanto en ocasiones no cuentan con el dinero necesario, por consiguiente postergan su visita, la cual se concreta en la mayoría de los casos por la urgencia sanitaria, esto muestra que la cuota moderadora influye en el actuar de los usuarios quienes finalmente acceden a realizar su pago para poder recibir su servicio.

Tabla 12: Actitud de la cuota moderadora como obstáculo en los servicios de salud

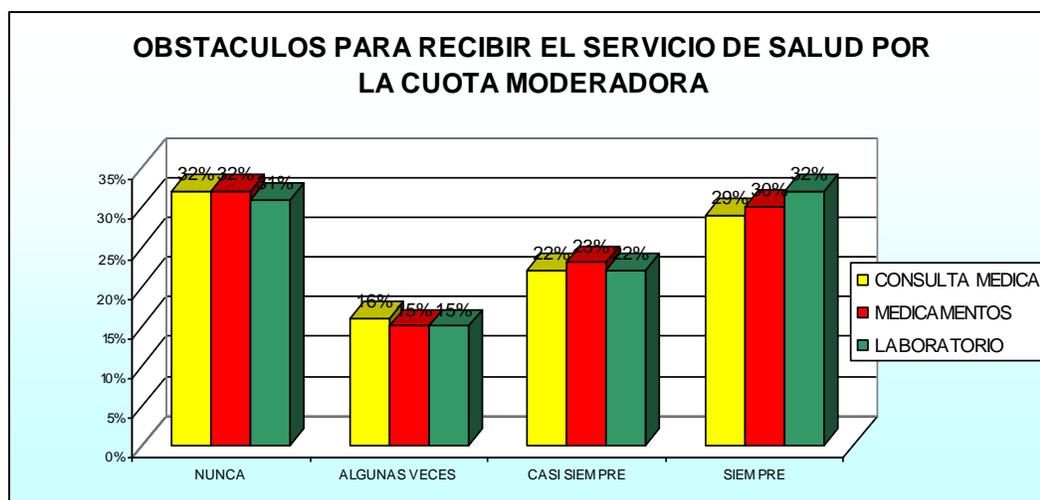
| SERVICIOS DE SALUD | ACTITUD DE LA CUOTA MODERADORA COMO OBSTÁCULO | | | | |
|--------------------|---|--------------|---------------|-------|------------------------------|
| | Siempre | Casi Siempre | Algunas veces | Nunca | Total valoración Actitudinal |
| CONSULTA MEDICA | 111 | 84 | 60 | 121 | 2.98 |
| LABORATORIO | 113 | 86 | 57 | 120 | 2.96 |
| MEDICAMENTOS | 120 | 83 | 55 | 118 | 2.91 |

Haciendo la diferenciación individual, la consulta externa de las 376 personas, un 32% correspondiente a 121 personas afirmaron que nunca ha sido un obstáculo, seguido por un 29% correspondiente a 111 quienes afirman que siempre ha sido un obstáculo, un 22% casi siempre y un 16% respondieron algunas veces equivalente a 60 personas.

En cuanto a los exámenes de laboratorio de las 376 personas encuestadas, un 32% correspondiente a 120 personas afirmaron que nunca ha sido un obstáculo, seguido por un 30% correspondiente a 113 quienes afirman que siempre ha sido un obstáculo, un 23% casi siempre y un 15% respondieron algunas veces equivalente a 57 personas.

Referente a medicamentos de las 376 personas, un 32% correspondiente a 120 personas afirmaron que nunca ha sido un obstáculo, seguido por un 31% correspondiente a 118 quienes afirman que siempre ha sido un obstáculo, un 22% casi siempre y un 15% respondieron algunas veces equivalente a 55 personas.

Gráfica 17. Obstáculos para recibir el servicio de salud por la cuota moderadora.



El componente afectivo se evaluó por escala liker, midiendo la cuota moderadora como generadores de actitud positivas o negativas que influyen el estado de ánimo de los usuarios y por lo tanto su percepción frente al acceso de los servicios de salud.

De esta manera se encontró actitudes negativas de indisposición con puntajes promedios de 2.6 entre todos los servicios estudiados y generalizados en las EPS; pero es necesario reforzar que durante la entrevista los participantes aclararon que a pesar de generar malestar no impedía el solicitar el servicio, observándose conductas de acatamiento.

Tabla 13: Actitud de la cuota moderadora como necesaria en los servicios de salud

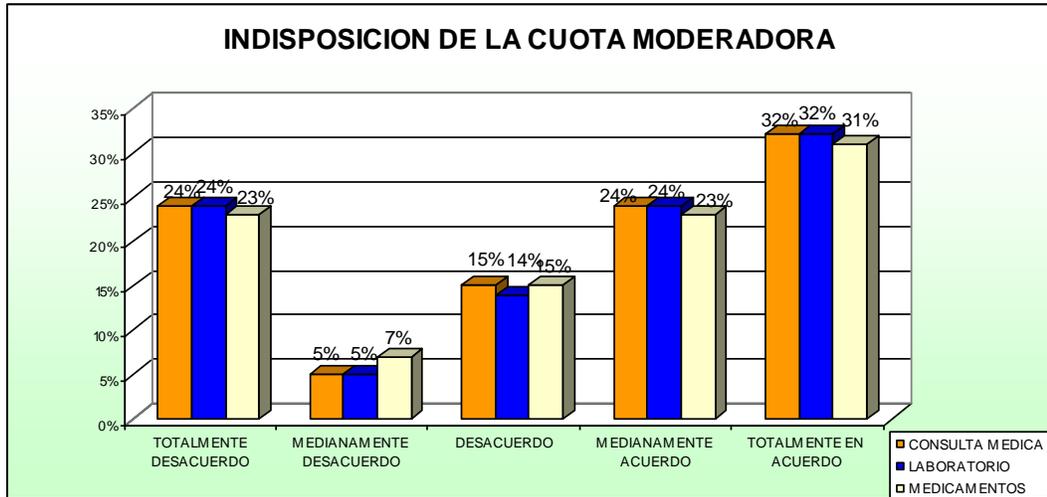
| SERVICIOS DE SALUD | ACTITUD DE LA CUOTA MODERADORA COMO NECESARIA | | | | | Total valoración Actitudinal |
|--------------------|---|------------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | Totalmente de acuerdo 1 | Medianamente De acuerdo 2 | Desacuerdo 3 | Medianamente desacuerdo 4 | Totalmente desacuerdo 5 | |
| CONSULTA MEDICA | 119 | 89 | 56 | 21 | 91 | 2.67 |
| LABORATORIO | 119 | 91 | 54 | 21 | 91 | 2.66 |
| MEDICAMENTOS | 118 | 88 | 58 | 25 | 87 | 2.67 |

De acuerdo a los resultados obtenidos individualmente por servicio, el 32% de los encuestados equivalente a 119 personas afirmaron ante esta pregunta estar totalmente en acuerdo, es decir el pago de la cuota moderadora si los indispone para solicitar el servicio de consulta externa, un 24% totalmente en desacuerdo con 91 personas, el 24% medianamente de acuerdo con 89 personas, el 15% desacuerdo con 56 encuestados, el 6% medianamente en desacuerdo con 21 personas.

El servicio de laboratorio de las 376 personas encuestadas 119 correspondiente a un 32% afirmaron ante esta pregunta estar totalmente en acuerdo, es decir que el pago de la cuota moderadora si los indispone para solicitar el servicio de laboratorio, un 24% con 91 personas respondieron estar totalmente en desacuerdo y medianamente de acuerdo, el 14% desacuerdo con 54 encuestados, el 6% medianamente en desacuerdo con 21 personas.

De acuerdo a los resultados obtenidos el 31% de los encuestados equivalente a 118 personas afirmaron ante esta pregunta estar totalmente en acuerdo, es decir el pago de la cuota moderadora si los indispone para solicitar los medicamentos ordenados, un 23% respondieron estar totalmente en desacuerdo y medianamente en desacuerdo con 88 personas, el 15% desacuerdo con 58 encuestados, el 6% medianamente en desacuerdo con 25 personas.

Grafica 18. Indisposición de la cuota moderadora

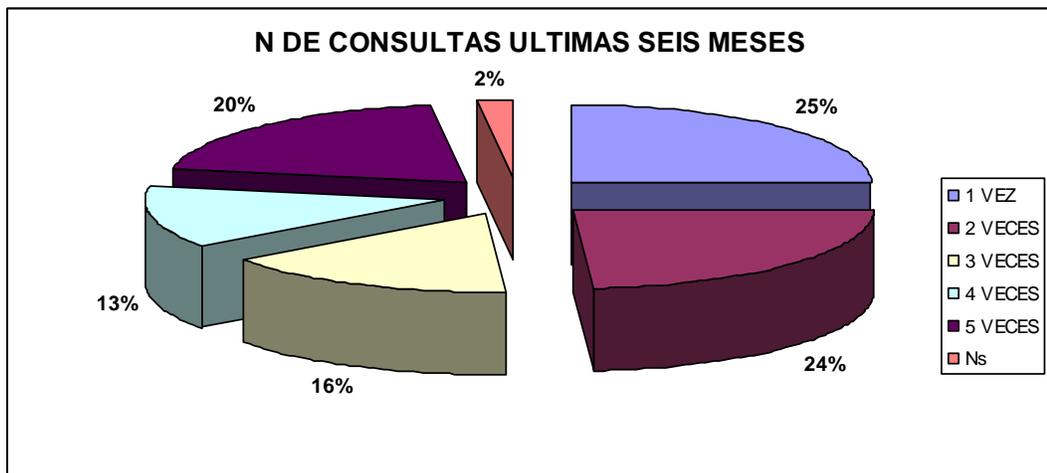


En conclusión se encontró que la cuota moderadora en los tres diferentes componentes, afectivos, cognoscitivo y conductual, oscilaron entre intervalos de 2.5 a 2.9, catalogándolos como actitudes negativas a pesar de acercarse a valores neutros (3.0.a 3.9), pero que no fueron superados. En las preguntas de opinión las respuestas fueron claras al sobresalir las exclusiones negativas, clasificada como rechazo o negación, para el caso de respuestas como NO y NO EXISTIR.

8.3.3. Practicas en Salud

8.3.3.1 Numero de consulta medica en los ultimos seis meses

Grafico 19. Numero de veces que consulta al medico

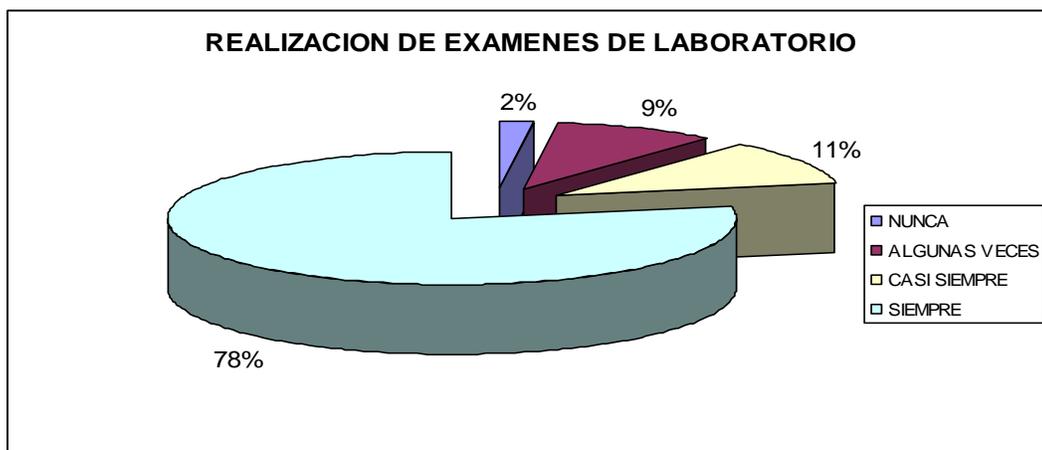


Esta pregunta pretende evaluar el número de veces que un usuario ha asistido a consulta médica en los últimos seis meses, se observa en la gráfica que los resultados obtenidos son proporcionales para casi todas las fracciones de la torta. Por consiguiente el 49% de las personas respondieron entre 1 y 2 veces, demostrando la poca utilización del mismo, motivo por el cual consideran injusto el valor de la cuota moderadora por las pocas veces que acceden a los servicios, el 49% restante de la gráfica ilustra que de las personas que asistieron entre 5, 4 y 3 veces, en los últimos seis meses, se destacan maternas, niños en control de crecimiento y desarrollo y adultos mayores, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y un 2% equivalente a 6 personas encuestadas No saben no responden.

8.3.3.2 Realización de Exámenes de Laboratorio Esta pregunta pretende evaluar si los usuarios se realizan los exámenes de laboratorio que le recomienda su médico, dando cuatro opciones de respuesta:

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

Grafica 20. Realización de exámenes de laboratorio

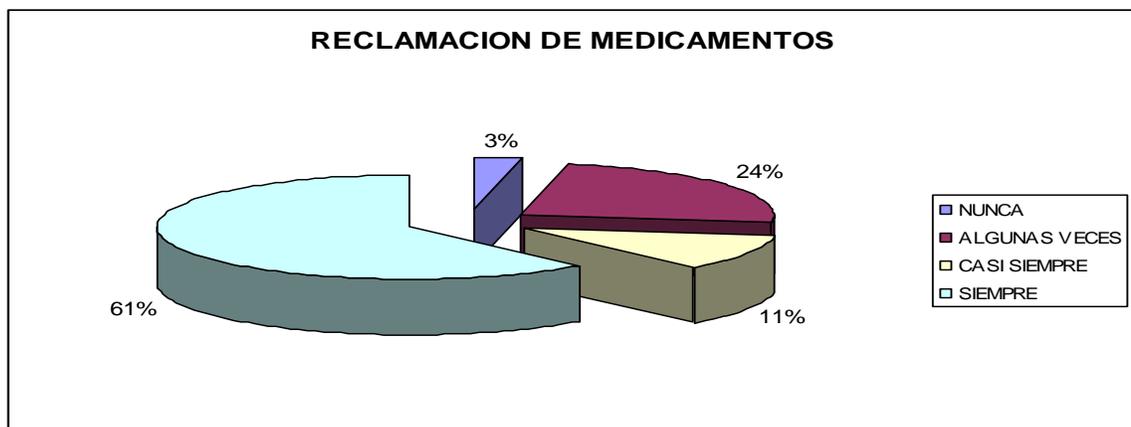


De acuerdo a lo anterior se observa que el 90% de los encuestados se realizan los exámenes de laboratorio pues los consideran necesarios para su diagnóstico, el porcentaje restante manifiesta cierto inconformismo en el momento de pagar la cuota moderadora para los exámenes de laboratorio, ya que previamente se canceló por consulta externa y complementan que no es justo pagar un valor adicional por los demás servicios.

8.3.3.3 Reclamación de Medicamentos Esta pregunta evaluó si los usuarios de las diferentes EPS reclaman los medicamentos que le recomienda su médico, dando cuatro opciones de respuesta:

- Nunca.
- Algunas veces.
- Casi siempre.
- Siempre.

Grafica 21. Reclamación de medicamentos



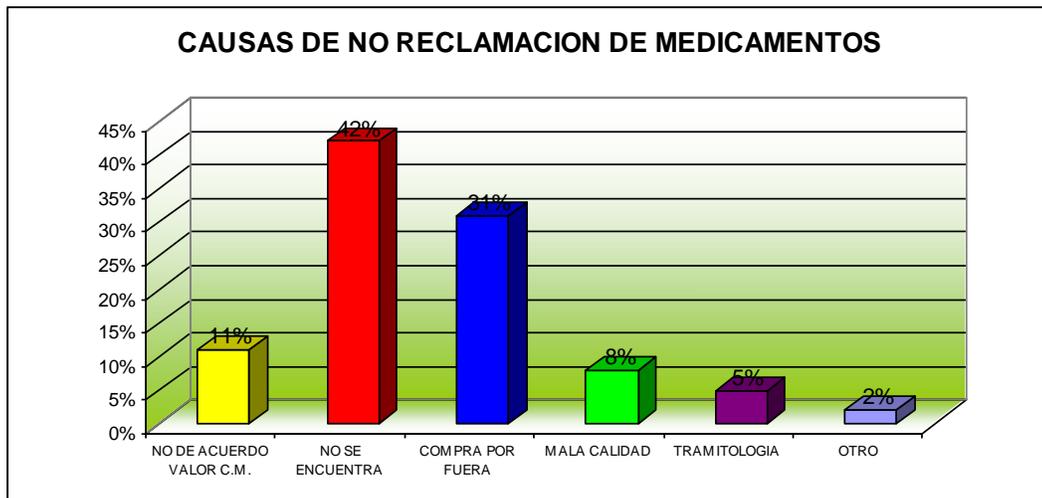
Los resultados arrojaron que las personas encuestadas en un alto porcentaje reclaman los medicamentos en la gran mayoría de las veces, el restante de los encuestados, con un resultado significativo, aproximadamente en un 27%, manifiesta no reclamar los medicamentos debido a las causas mencionadas en la siguiente gráfica, como son: tramitología, mala calidad y el valor de la cuota moderadora excede el de los medicamentos, entre otros.

8.4 ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL

8.4.1 Causas de no reclamación de Medicamentos Finalmente esta última pregunta pretendía evaluar cuales eran las causas por las cuales los usuarios no reclamaban los medicamentos, se crearon seis opciones de respuesta:

- No estar de acuerdo con el valor de la cuota moderadora.
- No se encuentra el medicamento
- Prefiere comprar los medicamentos por fuera.
- Los medicamentos son de mala calidad.
- Mucha tramitología.
- Otras

Grafica 22. Causas de no reclamación de medicamentos

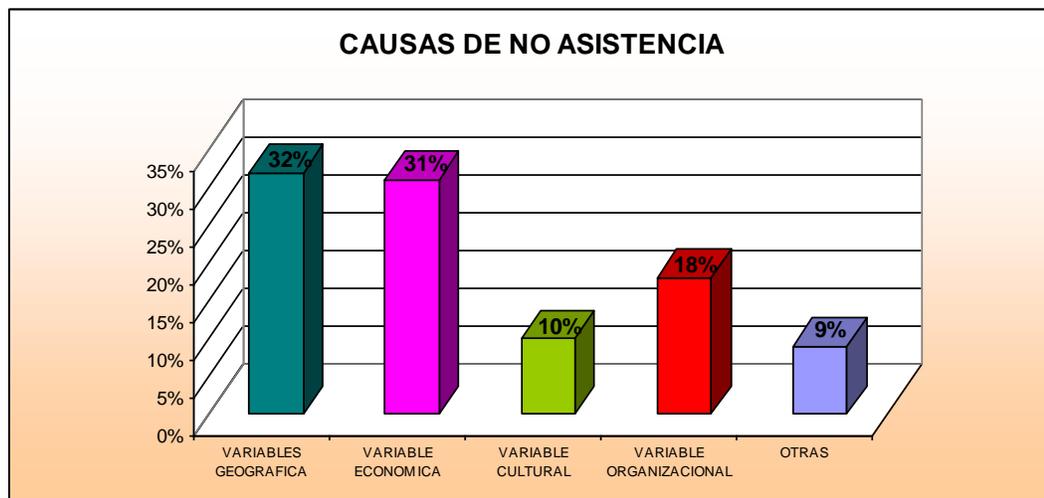


En este gráfico se puede resaltar que las causa mas frecuentes de no reclamación de medicamentos corresponde a las opciones 2 y 3, en donde no se encuentra el medicamento con un mayor porcentaje, manifestando que en la mayoría de los casos quedan pendientes además de los costos que genera el traslado al sitio de la farmacia de cada EPS y consecuentemente los pacientes prefieren comprarlo por fuera ya que en la gran mayoría de las ocasiones es mucho más económico de lo que se debe cancelar por el valor de la cuota moderadora. Además refieren en porcentajes menores que los medicamentos entregados por las EPS son de mala calidad y mucha tramitología para la entrega de los mismos.

8.4.2 Causas de no asistencia al Médico En esta pregunta se seleccionaron cinco opciones de respuestas las cuales fueron agrupadas de la siguiente manera:

- Variables Geográficas: incluye lejanía y falta de tiempo
- Variables Económicas: Hace referencia a las dificultades de tipo económico para poder asistir al médico.
- Variables culturales: Automedicación, Medicina alternativa, insatisfacción.
- Variables organizacionales: Tramitología
- Otros.

Grafico 23. Causas de no asistencia al medico



De acuerdo a los resultados obtenidos las causas más predominantes de no asistencia al médico son la variable geográfica, específicamente por la falta de tiempo o por lejanía del lugar de residencia al sitio de atención, y la variable económica, pues manifiestan que el pago de la cuota moderadora para cada uno de los servicios y el desplazamiento tiene un alto valor, motivo por el cual en muchos de los casos prefieren automedicarse o recurrir a la medicina alternativa. Además de esto, la variable organizacional ocupa un porcentaje significativo ya que en muchas ocasiones la tramitología se convierte en un impedimento para el acceso a los servicios de salud.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a la revisión de antecedentes jurídico normativos se logra establecer un paralelo entre la legislación y la realidad de los usuarios del régimen contributivo; de acuerdo a lo anterior tal como lo plantea el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 *“en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres”*; esto lo confirma el principio de equidad para la aplicación de cuotas moderadoras que plantea que estas en ningún caso podrán convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales. Los resultados arrojan que efectivamente estos cobros se han convertido en barreras de acceso para los servicios de consulta externa, laboratorios y entrega de medicamentos, ya que un 52% de la población participante, sin diferencias significativas en los servicios y las IPS, manifestaron que siempre o casi siempre la cuota moderadora ha sido un obstáculo para acceder a los servicios de salud al no tener el recurso económico a cancelar, convirtiéndose en un condicionador económico ya que limita a la población a solicitarlos solo hasta el momento que posean el dinero necesario para los servicios requeridos y los gastos complementarios, frente al estado de salud del afiliado.

En el estudio “Impacto de las cuotas moderadoras en la accesibilidad de los servicios de salud de consulta externa medica, exámenes de diagnostico por laboratorio clínico y entrega de medicamentos en el Régimen Contributivo en el Municipio de Neiva durante el II semestre del 2006”, se encontró los siguientes hallazgos:

9.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

De las 376 personas encuestadas, el genero femenino predomina en un 67% como mayores participantes del estudio en las cuatro EPS aplicadas, observándose un alto interés por este grupo por acudir a los diversos servicios de salud, demostrando una tendencia de un mayor autocuidado, relacionándose a su vez con la ocupación que desarrollan, en donde 136 personas se dedican a oficios de hogar, lo que facilita disposición de tiempo por no estar limitadas a horarios establecidos con vínculos laborales, se observa que las mujeres realizan practicas saludables de autocuidado que contribuyan al mantenimiento de sus integridad física, estructural, funcional, desarrollo y mejoramiento de su calidad de vida.

Así mismo dentro de las cuatro EPS participantes se encontró que la EPS Instituto de los Seguros Sociales cuenta con mayor población pensionada lo que permite relacionar su ocupación con el grupo etáreo que maneja, quienes oscilan en

edades de 53 a 77 años, correspondientes a los adultos mayores según el ciclo vital. Cabe mencionar que en general la población participante oscila entre los rangos de edad de 29 a 41 años, a excepción de EPS COOMEVA que presenta un porcentaje alto de adulto jóvenes, caracterizados por ser población con escolaridad profesional y estado civil soltero, quienes se ubican en la etapa del ciclo vital de mayor productividad; a diferencia del Instituto de los Seguros Sociales en donde su estado civil predominante es casado y escolaridad de primaria, debido a ser la EPS mas antigua en afiliación al régimen de salud. Para la EPS CAFESALUD se destaca en el estudio el estado civil de sus usuarios quienes viven en unión libre, con escolaridad de secundaria. Se observa que existe una heterogeneidad de las características de la población de las EPS participantes, quienes manejan grupos poblacionales de diversas edades, ocupaciones y estado civil.

Si se compara este estudio con la investigación *“Estudio de accesibilidad a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe del distrito capital”* en sus conclusiones arrojan algo muy similar referente al género y edades que más predominan en las encuestas, donde los resultados arrojan que el ser mujer de mediana edad predispone a la utilización con mayor peso que para el sexo masculino o para las personas de los extremos de la vida. Esto se corrobora con el hallazgo de que son las mujeres, cónyuges principalmente, quienes tienen mayor conocimiento del sistema en general, de los tramites, horarios y requisitos, en particular, tanto para el grupo de subsidiados como el de vinculados, tal y como se evidencia en los usuarios del régimen contributivo en la Ciudad de Neiva.

Por otra parte comparando estos estudios con la investigación denominada *“Analizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población perteneciente al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel tres del SISBEN de las localidades de chapinero, santa fe, Tunjuelito, Bosa kennedy, Fontibón. Engativa, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los mártires, Antonio Nariño”* los hallazgos encontrados arrojan que dentro de sus condiciones sociales y familiares, el mayor peso esta dado por las características de edad y sexo. Dada la mayor utilización por parte de las mujeres en edad fértil, estas dos variables pueden estar correlacionadas siendo esta una población significativa en los servicios ambulatorios y hospitalarios de primer y segundo nivel en los regimenes vinculados y subsidiados.

De acuerdo a lo anterior se encontró que las variables demográficas sexo y edad, tienen una estrecha relación con el uso de los servicios de salud, predominando la población de género femenino en los diversos regímenes Contributivo y Subsidiado, lo que permite observar que sin distinción de regiones, existe una generalizada tendencia negativa de autocuidado por parte de los hombres por comportamientos machistas que tienen que ver con una socialización masculina tendiente a la competencia, a la temeridad y a la percepción de que una actitud

cuidadosa y preventiva no es masculina. En los hombres están especialmente presentes: la noción de invulnerabilidad; a los varones nunca les pasa nada, la búsqueda de riesgo como un valor de la propia cultura, reforzado por los medios masivos, especialmente en los hombres jóvenes. Lo anterior se ve fortalecido con las dificultades que tienen los varones de verbalizar sus necesidades de salud: los hombres, en general no hablan de sus problemas de salud; porque constituiría una demostración de debilidad; de feminización frente a los otros y otras. Ello denota una feminización de la noción de cuidado de la salud. La imagen que tienen los hombres de los servicios de salud, es que éstos son para ancianos, mujeres, niños o para enfermos. Y los varones consideran que no caen en ninguna de esas categorías, por lo tanto, les son ajenos¹³.

Situación que genera reflexión sobre la demanda de servicios de salud en la población masculina, cuyos resultados muestran la necesidad de que cada EPS revise los mecanismos de oferta y las barreras de acceso a sus usuarios, donde es importante apuntarle a actividades que disminuyan creencias y actitudes de inmunidad machista y a su vez fomentar las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los hombres, lo que permitiría direccional esfuerzos y ahorrar costos de intervenciones futuras por negligencias sanitarias.

Además cabe recordar que el sistema de seguridad social en salud es para todas las personas y que aunque existen priorización de poblaciones vulnerables es obligación del estado, aseguradores y usuarios velar por la salud de toda la población colombiana. Finalmente de concluye que el genero es una categoría que en la ultima década ha sido fundamental para entender los procesos sociales en que mujeres y hombres son educados, construidos, enseñados y valorados, por lo tanto el genero es una construcción social que marca, impone y reproduce comportamientos.

9.2 ACCESIBILIDAD

9.2.1 Accesibilidad Geográfica y Económica. En esta investigación se abordo la relación existente entre el lugar de residencia y las IPS, para evaluar la existencia o no de obstáculos de distancia que interfieren en la accesibilidad de los servicios de salud, analizando específicamente el tiempo de traslado y la ubicación de sus centros de atención. Exploración que arrojo que los usuarios consideran normal la duración de movilización, independientemente del medio que utilicen, pero si se observó inconformidad por desplazamientos adicionales a las sedes principales, ya que estos producen el incremento de gastos adicionales temporales y económicas que se convierten en barreras de acceso económicas y organizacionales que obstaculizan los servicios.

¹³ Estudio: Hasta donde el cuerpo aguante. Benno de Keijzer

Esto demuestra que para hablar de accesibilidad, calidad y eficiencia como lo habla la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, las IPS deben reevaluar sus procesos y funcionamiento para que puedan brindar un servicio óptimo y con los recursos disponibles que generen satisfacción del usuario.

Insatisfacción que no solo se observa en la ciudad de Neiva, como lo muestra los resultados de las IPS ISS, Saludcoop y Coomeva, relacionado con el estudio: *“Accesibilidad a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe del distrito capital”* cuyas descripciones revelan la importancia que tiene en la opinión de los usuarios en la ubicación de las instituciones, que constituye la principal razón para la escogencia. La correspondencia de esta variable con la localidad de residencia del usuario es muy alta para el caso de las IPS, no así para las sedes administrativas de las ARS, para las que la ubicación cercana al usuario no es un factor de peso. El no uso o bajo uso de servicios, está más asociado de manera directa con la distancia y tiempo de viaje hasta el servicio que con la necesidad, el costo de los servicios o la falta de tiempo personal.

Es importante anotar que en el Régimen Contributivo si se presentaron manifestaciones de inconformismo debido a que en las diversas IPS no prestan los servicios en la misma sede, incrementando los gastos al trasladarse los servicios de laboratorio y medicamentos a sedes lejanas de la principal, como se presenta en las IPS anteriormente nombradas. Sin embargo a diferencia del estudio anterior, en esta investigación si se logró evidenciar que la falta de tiempo de los encuestados es una de las causales principales de la no asistencia a los servicios médicos con un resultado de 119 personas quienes respondieron afirmativamente a esta pregunta correspondiente a un 31%.

9.2.2 Accesibilidad Cultural. Esta categoría indago sobre los conocimientos, actitudes y practicas de los afiliados frente a los servicios de salud en investigación, específicamente en lo relacionado a las cuotas moderadoras.

9.2.2.1 Conocimientos. En primer lugar se evaluó los conocimientos de los usuarios frente al régimen de salud al que pertenecen, al tipo de afiliación, a las cuotas moderadoras y el valor que se debe cancelar por ellas.

Los resultados arrojan que la mayoría de los afiliados de las diferentes EPS conocen que pertenecen al Régimen contributivo al igual que el tipo de afiliación que presentan (Cotizante o beneficiario). Contrario al conocimiento frente a las cuotas moderadoras, en los cuales los afiliados conocen que deben pagar un valor adicional al cancelado mensualmente por los servicios prestados que solicitan, como también conocen el valor que cancelan. Sin embargo desconocen el término *Cuota Moderadora*, es importante resaltar que al momento de afiliarse las EPS

tienen la obligación de brindar a sus usuarios la información pertinente de la EPS a la cual se están afiliando, deberes, derechos, misión, visión, portafolio de servicio entre otros.

De acuerdo a la revisión de antecedentes investigativos, se encontró un estudio denominado "*Accesibilidad a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe del distrito capital*" en donde la categoría de conocimiento e información se considera un factor importante en relación con el uso, pero en este estudio no se corroboró como factor limitante o favorecedor. La descripción sugiere que para los vinculados, quienes están mejor informados en términos globales que los subsidiados, las variables de conocimiento conservan la relación tradicional con los servicios, y para los subsidiados, ésta podría ser una barrera si la información adicional con que deben contar los usuarios para hacer uso de los servicios no es ofrecida oportunamente.

Frente a este estudio mencionado anteriormente en donde evalúa la población del Régimen Subsidiado, si se compara con la investigación presente sobre el Impacto de las cuotas moderadoras del Régimen Contributivo, arroja desconocimiento general de esta terminología y por ende de la finalidad para la cual se realizan estos cobros, esto demuestra que de las 376 personas encuestadas del Régimen Contributivo 229 afirmaron no conocer el significado las cuotas moderadoras. Estos estudios muestran claramente un desconocimiento en sus usuarios a nivel general, sin importar el sistema al que pertenecen, así como sus beneficios y deberes, por lo tanto se invita a los aseguradores y prestadores mayor compromiso en los sistemas de información con los afiliados y a las seccionales departamentales y municipales de salud en la vigilancia al respecto.

9.2.2.2 Actitudes. Dentro de los objetivos de la presente investigación, se busco identificar las actitudes de los usuarios frente a la cuota moderadora, una categoría no abarcada o encontrada en estudios nacionales ni regionales, lo que permite ser pioneros en este análisis y aunque surgen mas aspectos a indagar, los resultados obtenidos son aportes cruciales para entender los comportamientos de los usuarios y a su vez se hace una contribución en las ciencias del saber que explican el ser humano.

Es así como la revisión de las actitudes internas de las personas guían las acciones manifiestas, que al indagar en el área de la salud permiten identificar las actuaciones frente al uso o no de estos servicios, que en el estudio en mención, se evidencio reacciones evaluativas desfavorables sobre la cuota moderadora. Según los valores totales actitudinales, en sus diferentes componentes, afectivos, cognoscitivo y conductual, la cuota moderadora genera actitudes negativas produciendo opiniones de rechazo, aunado de actitudes de indisposición que influencia la actuación del usuario en la búsqueda del servicio de salud, la cual esta marcada por actitudes de sumisión y acatamiento, que se han vuelto

rutinarias dentro del proceso de acudir al centro de atención en salud.

Es decir dichas cuotas moderadoras influyen en el comportamiento de los usuarios que mostraron conductas de docilidad que incluye la actuación en público siguiendo la presión social, pero que en privado se está en desacuerdo, aceptando el cumplimiento de la normatividad existente para poder acceder a los diferentes servicios.

De acuerdo a los hallazgos en esta investigación se hace pertinente innovar estrategias de participación de las diferentes aseguradoras con sus usuarios para que en conjunto se creen propuestas de cofinanciación de los pagos moderadores que contemplan la ley y se tenga en cuenta la opinión de los usuarios frente a estos cobros.

9.2.2.3 Prácticas en Salud. Esta categoría indaga los hábitos, costumbres y periodicidad que presentan los usuarios frente a la utilización de los servicios de salud. De acuerdo a lo anterior la frecuencia con la que asistieron los usuarios durante los últimos seis meses, se encontró que un 25% asistieron una vez durante este periodo, 24% dos veces, seguido de un 20% que asistieron 5 veces, correspondientes a adultos mayores y menores de 10 años que asisten a controles de los diferentes programas de prevención y promoción en salud (crecimiento y desarrollo, hipertensión, adulto mayor); así mismo la población femenina es la que frecuenta con mayor periodicidad al médico demostrando una tendencia de mayor autocuidado en busca de una mejor calidad de vida.

De acuerdo a lo anterior, si comparamos con las conclusiones del estudio *“Accesibilidad a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe del distrito capital”* quienes perciben mejor su salud hacen menos uso de los servicios, pero al contrario, quienes opinan que su salud es regular o mala tienden a utilizarlos más.

Es importante destacar que una de las causales de no asistencia a servicios médicos corresponden por variables culturales (automedicación, medicina alternativa, insatisfacción del servicio). De acuerdo a estas variables culturales es importante describir los resultados arrojados en la investigación *Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE*, en donde se destaca un porcentaje alto de los que asisten al médico empírico por razones de accesibilidad y cómo un porcentaje considerable asiste a terapias alternativas por problemas de calidad técnica y de oportunidad de los servicios de atención médica.

Es así como las creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana, toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la practica. Las que se relaciona con la salud y la

enfermedad están bien arraigadas en el entorno cultural; los cuidados de la salud cuya base es el saber científico generan conflicto mientras se integran al legado cultural del grupo. Hay costumbres y creencias que se consideran erradas desde la perspectiva de la medicina científica, aunque sean lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen. Sin embargo dentro del estudio del Régimen Contributivo esta variable cultural se ve representada en un porcentaje bajo de usuarios correspondiente a 39 personas del total de los encuestados.

9.2.3 Accesibilidad Organizacional. Esta categoría indaga las posibilidades del uso de los servicios de salud relacionadas con los procesos administrativos e informativos de las EPS a los usuarios, encontrándose que los afiliados manifiestan insatisfacción por la tramitología en algunos servicios de salud como en la solicitud de citas para consulta medica general, donde un 18% de los afiliados participantes al estudio respondieron que esta es una de las causas de su inasistencia a los servicios médicos, a pesar de los diferentes métodos utilizados por las EPS.

De acuerdo a la comparación que se viene realizando con el estudio en mención, se encontró que variables de esta categoría como el tiempo en trámites y el tiempo de espera en el servicio antes de recibir atención son, en ambos poblaciones (Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe del distrito capital), aspectos que condicionan el uso de servicios en tanto afectan la percepción de los usuarios sobre el funcionamiento de los servicios y las posibilidades futuras de uso como se verá en los modelos de satisfacción. Estos hallazgos igualmente se presentaron en los usuarios de las EPS del Régimen Contributivo en la Ciudad de Neiva. Por ejemplo Saludcoop emplea la solicitud de citas telefónicamente, sus afiliados manifiestan cierta demora y congestión de la línea en el momento de hacer el requerimiento; en Coomeva manifestaron tardanza en la entrega de citas y atención del medico y en el ISS exceso de solicitudes de autorizaciones y documentación para la solicitud del servicio.

Por su parte las causas de no reclamación de medicamentos corresponden a un 42% por la ausencia de los medicamentos en las IPS, siendo esto una constante de respuesta en las IPS participantes, seguido de un 33% que prefieren comprarlos por fuera, un 11% no reclaman sus medicamentos por no estar de acuerdo con la cancelación de la cuota moderadora, un 8% consideran que los medicamentos que dan las EPS son de mala calidad y un 6% manifiestan inconformidad por la tramitología, específicamente por el traslado a diferentes sedes para su reclamación (especialmente en ISS y Coomeva) , incrementando a su vez los gastos de transporte y cancelación de cuotas moderadoras, relacionado con las barreras de acceso geográficas mencionadas anteriormente.

Si se comparan los resultados arrojados anteriormente con la investigación

denominada *Impacto de los copagos de los medicamentos en el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud y en la salud de las poblaciones vulnerables: Una revisión sistemática de la evidencia*, en donde las conclusiones arrojan que los sistemas de cofinanciación disminuyen la frecuencia de utilización de medicamentos y estos cobros lleva a que algunos pacientes dejen de tomar fármacos esenciales conllevando al deterioro de su estado de salud; que al relacionarse con el presente estudio se registra que 43 personas encuestadas en el Régimen Contributivo afirmaron que una de las causales de no reclamación de fórmulas médicas es el no estar de acuerdo con la cancelación de cuotas moderadoras, por tanto se puede observar que en los dos regímenes de salud (Contributivo y Subsidiado) se presenta un actitud de no aceptación de estos cobros adicionales en el servicio de medicamentos.

Finalmente de acuerdo a los resultados arrojados en el estudio y a la revisión sistemática de los antecedentes investigativos, se hace pertinente tener en cuenta el estudio denominado *Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE*, en donde arroja que las razones del no uso de los servicios se presentan por factores de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad "geográfica"), falta de dinero (accesibilidad "económica") y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad "cultural"). Es importante anotar que existen evidencias directas de accesibilidad organizacional (las demoras o la evaluación de "mala calidad" de los servicios) y evidencias indirectas (la no utilización de los servicios de salud a través de la seguridad social o simplemente la no utilización de los mismos) que sugieren que los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud pueden ser mayores de lo que aparentemente se pudo evidenciar. Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que en el Régimen Contributivo de la Ciudad de Neiva las cuotas moderadoras se convierten en una barrera de acceso para los servicios de consulta externa, laboratorios y entrega de medicamentos, a pesar que los usuarios tienen conocimientos del pago adicional que deben efectuar para poder acceder a estos servicios, además es importante resaltar que se presentan actitudes de rechazo, inconformismo y sumisión el tener que realizar un pago adicional al valor cancelado mensualmente por el servicio de salud, sin embargo manifiestan cierta conformidad de este valor solo en el servicio de consulta externa mas no en los demás servicios.

10. CONCLUSIONES

- La investigación muestra un impacto negativo de las cuotas moderadoras en los usuarios, que se ve reflejada en las actitudes de rechazo e inconformismo al tener que realizar un pago adicional al valor cancelado mensualmente por el servicio de salud, considerado como un costo innecesario en la población encuestada. A su vez se presenta una actitud de sumisión e impotencia por ser un mecanismo obligatorio para recibir algunos servicios de salud, con una aceptación forzada y no voluntaria, sin embargo manifiestan cierto consentimiento de este valor solo en el servicio de consulta médica externa por ser este el primer contacto con la atención médica, mas no en los demás servicios (laboratorio y entrega de medicamentos).
- El genero es una categoría que en la ultima década ha sido fundamental para entender los procesos sociales en que mujeres y hombres son educados, contruidos, enseñados y valorados existiendo diferencias significativas dentro de estos dos géneros. En el estudio se observa que las mujeres realizan practicas saludables de autocuidado que contribuyan al mantenimiento de sus integridad física, estructural, funcional, desarrollo y mejoramiento de su calidad de vida contrario al género masculino quienes no son participes en estos procesos de salud debido a creencias culturales.
- Las creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana, toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la practica. Las que se relaciona con la salud y la enfermedad están bien arraigadas en el entorno cultural; los cuidados de la salud cuya base es el saber científico generan conflicto mientras se integran al legado cultural del grupo. Hay costumbres y creencias que se consideran erradas desde la perspectiva de la medicina científica, aunque sean lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen.
- La mayoría de los afiliados de las diferentes EPS conocen que pertenecen al Régimen contributivo al igual que el tipo de afiliación que presentan (Cotizante o beneficiario), contrario al conocimiento frente a las cuotas moderadoras, en los cuales los afiliados conocen que deben pagar un valor adicional al cancelado mensualmente por los servicios prestados que solicitan, como también conocen el valor que cancelan, sin embargo desconocen el término *Cuota Moderadora*, observándose un desconocimiento total de esta terminología y por ende de las razones por las cuales se utilizan estos cobros, lo que muestra falta de educación a los

usuarios al momento de afiliarse, ya que las EPS tienen la obligación de brindar a sus afiliados los conocimientos pertinentes de la EPS a la cual se vinculan, no cumpliendo con el principio de información al usuario (Acuerdo 260 de 2004) sobre la existencia, el monto, los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras,

- Las EPS de mayor desconocimiento de sus usuarios sobre el significado de cuotas moderadoras es Coomeva seguido por ISS. En cuanto al desconocimiento sobre el valor a cancelar predomina la EPS Saludcoop, seguido de Coomeva. Referente al conocimiento de la utilización de los recursos de las cuotas moderadoras se encontró que Coomeva y Saludcoop presentan un alto desconocimiento, por lo tanto se hace necesario que cada EPS evalúe sus barreras de acceso para que fortalezcan sus sistemas de información a los usuarios.
- El estudio permitió conocer barreras de accesibilidad geográfica y organizacional, para la atención de servicios de consulta médica externa, exámenes de laboratorio y entrega de medicamentos, debido a la excesiva tramitología, procesos y distribución de sedes lejanas a la principal, generando inconformismo por aumentar gastos económicos por el desplazamiento y a su vez la inversión de tiempo, siendo un obstáculo en especial para la población que labora, quien debe realizar trámites para solicitud de permisos.
- Se evidencian reacciones evaluativas desfavorables sobre la cuota moderadora, en sus diferentes componentes, afectivos, cognoscitivo y conductual, que genera actitudes negativas, rechazo, indisposición que influencia la actuación del usuario en la búsqueda del servicio de salud, la cual está marcada por actitudes de sumisión y acatamiento, que se han vuelto rutinarias dentro del proceso de acudir al centro de atención en salud.
- De lo anterior se infiere que la cuota moderadora causa un impacto de inconformidad por parte de los afiliados para asistir a los servicios de consulta médica, exámenes de laboratorio y entrega de medicamentos, pero como bien saben los usuarios es un requisito para poder acceder a estos, condicionándolos de esta manera al pago de la cuota moderadora para poder acceder a los diferentes servicios de salud.

11. RECOMENDACIONES

- Es pertinente que en el departamento del Huila y a su vez en Colombia se realicen investigaciones que permitan conocer y profundizar las opiniones de los usuarios sobre los servicios de salud, específicamente frente a la interpretación que la comunidad da sobre la normatividad existente y el cumplimiento de la misma por parte de las instituciones de salud, debido a que no se encontró estudios que abordaran las cuotas moderadoras y la accesibilidad a los servicios de salud desde la perspectiva económica, en el régimen contributivo.
- Es necesario que las EPS evalúen y optimicen los procesos educativos con sus afiliados, sobre todo en lo referente a cuotas moderadoras, utilizando sistemas informativos actualizados de fácil acceso a la población y realizando actividades pedagógicas constantes, no solo en el momento de la afiliación sino realizar un seguimiento durante todo el tiempo de permanencia del afiliado en la respectiva EPS, lo cual aclararía a los usuarios la destinación de los recursos económicos que aportan, brindando confianza al afiliado y seguridad de los servicios que utilizan.
- Teniendo en cuenta la autonomía de las EPS en el cobro de cuotas moderadoras, se plantea con base en las opiniones de los participantes una re-evaluación del recaudo de cuotas moderadoras que proponen las siguientes premisas:
 - El cobro de cuota moderadora únicamente para un servicio de salud, proponiendo el de consulta médica externa, debido a que los encuestados afirman que en muchas ocasiones resulta mas económico comprar los medicamentos por fuera debido al valor de la cuota moderadora, que reclamarlos en la EPS.
 - Que los cotizantes sean exentos de la cancelación de las cuotas moderadoras, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio se encontró que los encuestados lo sugieren, pues les parece injusto pagar un valor adicional al cotizado mensualmente.
- Es importante que cada EPS realice con cierta periodicidad encuestas de satisfacción de los usuarios frente a los cobros adicionales que se realizan a ciertos servicios, para lograr evaluar el cumplimiento de sus principios y

mejorar los inconvenientes encontrados buscando la satisfacción del afiliado.

- Hacer mas participe a la comunidad afiliada en cuanto a los procesos de inversión de los recaudos de las cuotas moderadoras, debido a que los usuarios manifestaron pocos avances en el mejoramiento del servicio.
- Apropiación de los entes territoriales municipales y departamentales en salud acerca de las sugerencias realizadas por parte de los representantes de los comités de usuarios de cada una de las EPS, para que estas sean tenidas en cuenta y se reporten los resultados obtenidos, con el fin de que se logre a nivel nacional disminuir las falencias en la prestación de los servicios de salud y las recomendaciones realizadas por los mismos sean tenidas en cuenta para presentar proyectos de ley.
- Se invita a las EPS idear estrategias y mecanismos de recaudo que agilicen los procesos y satisfagan las condiciones económicas, ejerciendo mejores mecanismos de control y de calidad en la atención brindada a cada uno de sus usuarios por parte de las IPS, logrando así que la barrera de accesibilidad cultural y económica que existe por parte de los usuarios encuestados y las percepciones negativas frente a los servicios generen cambio en el repertorio conductual. De tal manera que al mejorar la atención en los servicios brindados los usuarios se sientan satisfechos, valiosos e indispensables para la estabilidad, el progreso y posicionamiento de la institución en el mercado.

BIBLIOGRAFIA

ACUERDO 260 DE 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social. Artículo 5: Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y copagos.

VELANDIA F., y otros, Acceso a los servicios de salud: conceptos, metodologías y casos, Pontificia Universidad Javeriana, Documento Técnico ASS/072C-97. 1997.

FRENK, J., "El concepto y la medición de accesibilidad." En: Salud Pública de México. 27(5): 438 - 453, 1985.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 100 de Diciembre de 1993. Título III "De la administración y financiación del sistema" Capítulo I, del Régimen Contributivo. Artículo 202 Editorial Leyer. Pág 191. Bogotá, 2005

DECRETO 806 . Artículo 40 y 41 de Mayo 5 de 1998.

SIERRA, Carolina. Actitud frente a la sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad Surcolombiana de Neiva, según género y actividad sexual. p. 34 -39

Ibid., p. 35.

HERNANDEZ SANPIERI, Roberto y Otros. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. p. 265-266

Ibid. , p. 34.

F.VELANDIA, A. HERNÁNDEZ , y otros, Acceso a los servicios de salud: conceptos, metodologías y casos, Pontificia Universidad Javeriana, Documento Técnico ASS/072C-97. 1997.

J. FRENK."El concepto y la medición de accesibilidad". En Salud Pública de México 27(5): 438- 453, 1985

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de prestación de servicios de salud. Bogotá D.C., Noviembre 2005

POLIT – HUNGLER. Investigación Científica en las ciencias de la salud. Mc Graw Hill. Quinta Edición. México 1997. p. 121

ANEXOS

ANEXO 1

ESTUDIO

IMPACTO DE LAS CUOTAS MODERADORAS EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CONSULTA MEDICA EXTERNA, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLÍNICO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN EL MUNICIPIO DE NEIVA

Entidad promotora de salud o EPS: _____

Institución prestadora de salud o IPS donde lo atienden: _____

1. Sexo: Masculino ___ Femenino ___ 2. Edad: _____
3. Estrato: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 4. Ocupación: _____
5. Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Unión libre ___ Separado ___ Otro ___

6. Sus ingresos económicos mensuales corresponden a:

- ___ Menos de 1 salario mínimo
___ 1 salario mínimo
___ 2 a 5 salarios mínimos
___ Mas de 5 salarios mínimos

7. Nivel de escolaridad:

- | | | | |
|-------------------|-----|---------------|-----|
| Primaria | ___ | Universitaria | ___ |
| Secundaria | ___ | Postgraduados | ___ |
| Formación técnica | ___ | NO estudio | ___ |

8. Usted pertenece al régimen Contributivo: SI ___ NO ___ NS ___

9. Tipo de afiliación en salud es: Cotizante ___ Beneficiario ___ Ns/Nr ___

10. Cuales son las causas por las que dejaría de asistir al medico?

- ___ Variables geográficas (lejanía, falta de tiempo)
___ Variables económicas (dif. económicas)
___ Variables culturales (automedicación, medicina alternativa, insatisfacción)
___ Variables organizacionales (tramitología)
___ Otros

11. Cuantas veces ha asistido a consulta médica en los últimos seis meses?

1 vez ___ 2 veces ___ 3 veces ___ 4 veces ___ 5 o mas veces ___ Ns/Nr _____

12. Cuanto tiempo utiliza para llegar a su centro de atención en salud:

- ___ Menos de 15 minutos
___ De 15 a 30 minutos.
___ Entre 30 a 60 min.
___ Mas de 1 hora

13. Cuanto dinero gasta para llegar a su centro de atención:

- ___ Menos de \$ 1.000 pesos
___ Entre \$ 1.000 y \$ 3.000
___ Entre \$ 3.000 y \$ 5.000
___ Mas de \$ 5.000
___ No gasta

14. Sabe que es una cuota moderadora? SI ___ NO ___ NS/Nr ___

15. Conoce el valor de cuota moderadora que debe cancelar? SI ___ NO ___ NS/Nr ___

16. Indique el valor de su cuota moderadora:

\$ 1.600 ___ \$ 6.300 ___ \$ 16.600 ___

17. Sabe para que sirve la cuota moderadora? SI ____ NO ____ NS/Nr ____

18. Esta de acuerdo con la cancelación de cuotas moderadoras? SI ____ NO ____

19. Considera que el valor de la cuota moderadora en los siguientes servicios de salud es:

| Servicios de Salud | Justa | Mayor | Menor | No existir |
|-------------------------|-------|-------|-------|------------|
| Consulta médica | | | | |
| Exámenes de Laboratorio | | | | |
| Entrega de Medicamentos | | | | |

20. El valor de la cuota moderadora ha sido obstáculo para recibir alguno de los siguientes servicios de salud:

| Servicios de Salud | Siempre | Casi Siempre | Algunas veces | Nunca |
|-------------------------|---------|--------------|---------------|-------|
| Consulta médica | | | | |
| Exámenes de Laboratorio | | | | |
| Entrega de Medicamentos | | | | |

21. La cuota moderadora en los siguientes servicios de salud es necesaria:

| Servicios de Salud | Totalmente en acuerdo (1) | Medianamente en acuerdo (2) | Desacuerdo (3) | Medianamente en desacuerdo(4) | Totalmente en desacuerdo (5) |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|------------------------------|
| Consulta medica | | | | | |
| Exámenes de Laboratorio | | | | | |
| Entrega de Medicamentos | | | | | |

22. El pago de cuotas moderadoras lo indispone para solicitar los siguientes servicios:

| Servicios de Salud | Totalmente en desacuerdo (1) | Medianamente en desacuerdo (2) | Desacuerdo (3) | Medianamente en acuerdo(4) | Totalmente en acuerdo (5) |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------------|
| Consulta medica | | | | | |
| Exámenes de Laboratorio | | | | | |
| Entrega de Medicamentos | | | | | |

23. Se realiza los exámenes de laboratorio que le recomienda su medico:

Nunca ____ Algunas veces ____ Casi siempre ____ Siempre ____

24. Reclama los medicamentos que le recomienda su medico:

Nunca ____ Algunas veces ____ Casi siempre ____ Siempre ____

25. Las causas por las que usted no reclamaría sus medicamentos son:

- No esta de acuerdo con el valor de cuota moderadora que debe cancelar.
- No se encuentra el medicamento
- Prefiere comprar sus medicamentos por fuera
- Mucha tramitología
- Los medicamentos genéricos son de mala calidad
- Otra _____

ANEXO 2 ESQUEMA DE LISTAS ESPECIALES (TABLAS)

Tabla 14. Empresas Promotoras de Salud (EPS) participantes del estudio

| EPS | AFILIADOS | PORCENTAJES |
|--------------|------------|-------------|
| SALUDCOOP | 179 | 47,6% |
| I.S.S. | 95 | 25,2% |
| CAFESALUD | 54 | 14,3% |
| COOMEVA | 48 | 12,7% |
| Total | 376 | 100% |

Tabla 15. Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) participantes

| IPS | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------|
| ALMENDROS | 22 | 5,9% |
| CEDRAL | 58 | 15,4% |
| POMAR | 66 | 17,6% |
| I.S.S TOMA | 95 | 25,3% |
| CAFESALUD | 54 | 14,4% |
| U.B.A COOMEVA | 48 | 12,8% |
| CLINICA SALUDCOOP | 33 | 8,8% |
| Total | 376 | 100% |

Tabla 16. Genero por EPS participantes en el estudio

| EPS | GENERO | | | | Total |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | MASCULINO | % | FEMENINO | % | |
| SALUDCOOP | 62 | 35% | 117 | 65% | 179 |
| I.S.S. | 28 | 29% | 67 | 71% | 95 |
| CAFESALUD | 17 | 31% | 37 | 69% | 54 |
| COOMEVA | 16 | 33% | 32 | 67% | 48 |
| TOTAL | 123 | 33% | 253 | 67% | 376 |

Tabla 17. Edad de los participantes en el estudio

| EPS | EDAD DE PARTICIPANTES | | | | | | Total |
|-------------------|-----------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | 17-29 | 29-41 | 41-53 | 53-65 | 65-77 | 77-89 | |
| SALUDCOOP | 57 | 67 | 38 | 16 | 1 | 0 | 179 |
| I.S.S. | 8 | 11 | 23 | 33 | 17 | 3 | 95 |
| CAFESALUD | 21 | 24 | 7 | 2 | 0 | 0 | 54 |
| COOMEVA | 18 | 11 | 13 | 6 | 0 | 0 | 48 |
| TOTAL | 104 | 113 | 81 | 57 | 18 | 3 | 376 |
| PORCENTAJE | 27,6% | 30,05% | 21,5% | 15,15% | 4,78% | 0,79% | 100% |

Tabla 18. Estrato socioeconómico de los participantes en el estudio

| EPS | ESTRATO | | | | | Total |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | Estrato 1 | Estrato 2 | Estrato 3 | Estrato 4 | Estrato 5 | |
| SALUDCOOP | 19 | 106 | 45 | 8 | 1 | 179 |
| I.S.S. | 11 | 59 | 20 | 4 | 1 | 95 |
| CAFESALUD | 5 | 35 | 14 | 0 | 0 | 54 |
| COOMEVA | 4 | 22 | 17 | 5 | 0 | 48 |
| TOTAL | 39 | 222 | 96 | 17 | 2 | 376 |
| PORCENTAJE | 10,37% | 59,04% | 25,53% | 4,52% | 0,53% | 100% |

Tabla 19. Ocupación de los participantes en el estudio

| EPS | OCUPACIÓN | | | | | | | | Total |
|-------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | Pensionados | Estudiante | Independiente | Empleado | Profesionales | Comerciante | Otros | Hogar | |
| Saludcoop | 2 | 10 | 7 | 28 | 17 | 8 | 44 | 63 | 179 |
| I.S.S. | 23 | 2 | 9 | 8 | 2 | 4 | 10 | 37 | 95 |
| Cafesalud | 0 | 4 | 1 | 2 | 5 | 2 | 19 | 21 | 54 |
| Coomeva | 3 | 7 | 4 | 4 | 9 | 2 | 4 | 15 | 48 |
| Porcentaje | 0,79% | 1,86% | 1,06% | 1,06% | 2,39% | 0,53% | 1,06% | 3,98% | 100% |

Tabla 20. Estado civil de los participantes en el estudio

| EPS | ESTADO CIVIL | | | | | Total |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | Soltero | Casado | Unión libre | Separado | Otro | |
| SALUDCOOP | 39 | 84 | 44 | 7 | 5 | 179 |
| I.S.S. | 15 | 49 | 8 | 6 | 17 | 95 |
| CAFESALUD | 13 | 21 | 14 | 4 | 2 | 54 |
| COOMEVA | 13 | 23 | 9 | 3 | 0 | 48 |
| Total | 80 | 177 | 75 | 20 | 24 | 376 |
| Porcentaje | 21,27% | 47,07% | 19,94% | 5,31% | 6,38% | 100% |

Tabla 21. Nivel de escolaridad de los participantes en el estudio

| EPS | ESCOLARIDAD | | | | | | Total |
|-------------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | Primaria | Secundaria | Formación técnica | Universidad | Postgrado | No estudió | |
| SALUDCOOP | 36 | 71 | 32 | 34 | 5 | 1 | 179 |
| I.S.S. | 34 | 37 | 10 | 9 | 0 | 5 | 95 |
| CAFESALUD | 5 | 25 | 12 | 11 | 1 | 0 | 54 |
| COOMEVA | 6 | 18 | 5 | 19 | 0 | 0 | 48 |
| TOTAL | 81 | 151 | 59 | 73 | 6 | 6 | 376 |
| Porcentaje | 21,54% | 40,15% | 15,69% | 19,41% | 1,59% | 1,59% | 100% |

Tabla 22. Ingresos económicos de la población participante en el estudio

| EPS | INGRESOS | | | | TOTAL |
|-------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|-------------|
| | -1SMMLV | 1 SMMLV | 2-5 SMMLV | MAS DE 5 SMMLV | |
| SALUDCOOP | 40 | 57 | 79 | 3 | 179 |
| ISS | 13 | 51 | 31 | 0 | 95 |
| CAFESALUD | 11 | 23 | 20 | 0 | 54 |
| COOMEVA | 15 | 12 | 19 | 2 | 48 |
| TOTAL | 79 | 143 | 149 | 5 | 376 |
| PORCENTAJE | 21,01% | 38,03% | 39,62 | 1,32% | 100% |

Tabla 23. Tiempo que gastan los participantes en trasladarse a la IPS

| EPS | TIEMPO | | | | Total |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | MENOS 15' | DE 15 A 30' | 30 A 60' | MAS DE 1 HORA | |
| SALUDCOOP | 38 | 80 | 47 | 14 | 179 |
| I.S.S. | 30 | 41 | 14 | 10 | 95 |
| CAFESALUD | 4 | 35 | 15 | 0 | 54 |
| COOMEVA | 15 | 28 | 2 | 3 | 48 |
| TOTAL | 87 | 184 | 78 | 27 | 376 |
| PORCENTAJE | 23,13% | 48,93% | 20,74% | 7,18% | 100% |

Tabla 24. Dinero gastado en trasladarse los participantes a la IPS

| EPS | DINERO | | | | | Total |
|-------------------|--------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|-------------|
| | menos \$1000 | \$1000-\$3000 | \$3000 - \$5000 | mas de \$5000 | no gasta | |
| SALUDCOOP | 15 | 37 | 59 | 51 | 17 | 179 |
| I.S.S. | 3 | 26 | 29 | 33 | 4 | 95 |
| CAFESALUD | 2 | 15 | 23 | 14 | 0 | 54 |
| COOMEVA | 4 | 19 | 4 | 10 | 11 | 48 |
| TOTAL | 24 | 97 | 115 | 108 | 32 | 376 |
| PORCENTAJE | 6,38% | 25,79% | 30,58% | 28,72% | 8,51% | 100% |

Tabla 25. Conocimientos del afiliado sobre pertenencia al régimen contributivo

| EPS | RÉGIMEN | | | Total |
|-------------------|--------------|---------------|---------------|-------------|
| | SI | NO | Ns | |
| SALUDCOOP | 131 | 27 | 21 | 179 |
| I.S.S. | 54 | 34 | 7 | 95 |
| CAFESALUD | 35 | 8 | 11 | 54 |
| COOMEVA | 15 | 9 | 24 | 48 |
| TOTAL | 235 | 78 | 63 | 376 |
| PORCENTAJE | 62,5% | 20,74% | 16,75% | 100% |

Tabla 26. Tipo de afiliación al régimen contributivo de los participantes en el estudio

| EPS | AFILIACIÓN | | | Total |
|-------------------|------------|--------------|-----------|-------------|
| | COTIZANTE | BENEFICIARIO | Ns | |
| SALUDCOOP | 105 | 68 | 6 | 179 |
| I.S.S. | 52 | 42 | 1 | 95 |
| CAFESALUD | 32 | 20 | 2 | 54 |
| COOMEVA | 27 | 21 | 0 | 48 |
| TOTAL | 216 | 151 | 9 | 376 |
| PORCENTAJE | 57% | 40% | 3% | 100% |

Tabla 27. Conocimiento sobre significado de cuota moderadora

| EPS | CONOCIMIENTO CUOTA MODERADORA | | | Total |
|-------------------|-------------------------------|------------|-------------|-------------|
| | SI | NO | NO S - NO R | |
| SALUDCOOP | 137 | 41 | 1 | 179 |
| I.S.S. | 60 | 32 | 3 | 95 |
| CAFESALUD | 39 | 6 | 9 | 54 |
| COOMEVA | 28 | 11 | 9 | 48 |
| TOTAL | 264 | 90 | 22 | 376 |
| PORCENTAJE | 70% | 24% | 6% | 100% |

Tabla 28. Conocimiento sobre la cancelación del valor de la cuota moderadora

| EPS | CONOCIMIENTO VALOR CUOTA MODERADORA | | | Total |
|-------------------|-------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| | SI | NO | Ns-Nr | |
| SALUDCOOP | 148 | 27 | 4 | 179 |
| I.S.S. | 84 | 8 | 3 | 95 |
| CAFESALUD | 47 | 3 | 4 | 54 |
| COOMEVA | 40 | 3 | 5 | 48 |
| TOTAL | 319 | 41 | 16 | 376 |
| PORCENTAJE | 85% | 11% | 4.2% | 100% |

Tabla 29. Conocimiento sobre el valor a cancelar de la cuota moderadora

| EPS | CUOTA | | | Total |
|-------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | \$ 1.600 | \$ 6.300 | \$ 16.600 | |
| SALUDCOOP | 148 | 29 | 2 | 179 |
| I.S.S. | 84 | 8 | 3 | 95 |
| CAFESALUD | 42 | 10 | 2 | 54 |
| COOMEVA | 43 | 4 | 1 | 48 |
| TOTAL | 317 | 51 | 8 | 376 |
| PORCENTAJE | 84% | 14% | 2.1% | 100% |

Tabla 30. Conocimiento sobre la utilización del dinero de la cuota moderadora

| EPS | CONOCIMIENTO UTILIZACIÓN CUOTA MODERADORA | | | Total |
|-------------------|---|------------|-------------|-------------|
| | SI | NO | Ns-Nr | |
| SALUDCOOP | 51 | 126 | 2 | 179 |
| I.S.S. | 28 | 65 | 2 | 95 |
| CAFESALUD | 18 | 21 | 15 | 54 |
| COOMEVA | 13 | 17 | 18 | 48 |
| TOTAL | 110 | 229 | 37 | 376 |
| PORCENTAJE | 29% | 61% | 2.1% | 100% |

Tabla 31. Aceptación de la cancelación de la cuota moderadora

| EPS | DE ACUERDO | | Total |
|-------------------|------------|------------|-------------|
| | SI | NO | |
| SALUDCOOP | 84 | 95 | 179 |
| I.S.S. | 30 | 65 | 95 |
| CAFESALUD | 31 | 23 | 54 |
| COOMEVA | 13 | 35 | 48 |
| TOTAL | 158 | 218 | 376 |
| PORCENTAJE | 42% | 58% | 100% |

Tabla 32. Actitud sobre el valor de cuota moderadora en consulta medica

| EPS | ACTITUD SOBRE EL VALOR DE CM EN CONSULTA MEDICA | | | | Total |
|-------------------|---|-----------|-------------|------------|-------------|
| | JUSTA | MENOR | MAYOR | NO EXISTIR | |
| SALUDCOOP | 62 | 11 | 14 | 92 | 179 |
| I.S.S. | 33 | 5 | 2 | 55 | 95 |
| CAFESALUD | 27 | 4 | 15 | 8 | 54 |
| COOMEVA | 25 | 2 | 1 | 20 | 48 |
| TOTAL | 147 | 22 | 32 | 175 | 376 |
| PORCENTAJE | 39% | 6% | 8.5% | 46% | 100% |

Tabla 33. Actitud sobre el valor de cuota moderadora en exámenes de laboratorio

| EPS | ACTITUD SOBRE EL VALOR DE CUOTA MODERADORA EN EXAMEN DE LABORATORIO | | | | Total |
|-------------------|---|-------------|------------|------------|-------------|
| | JUSTA | MENOR | MAYOR | NO EXISTIR | |
| SALUDCOOP | 47 | 6 | 13 | 113 | 179 |
| I.S.S. | 31 | 4 | 3 | 57 | 95 |
| CAFESALUD | 2 | 8 | 29 | 15 | 54 |
| COOMEVA | 30 | 2 | 3 | 13 | 48 |
| TOTAL | 110 | 20 | 48 | 198 | 376 |
| PORCENTAJE | 29% | 5.3% | 12% | 52% | 100% |

Tabla 34. Actitud sobre el valor de cuota moderadora en entrega de medicamentos

| EPS | ACTITUD SOBRE EL VALOR DE CUOTA MODERADORA EN ENTREGA DE MEDICAMENTOS | | | | Total |
|-------------------|---|-------------|------------|------------|-------------|
| | JUSTA | MENOR | MAYOR | NO EXISTIR | |
| SALUDCOOP | 38 | 5 | 13 | 123 | 179 |
| I.S.S. | 30 | 3 | 3 | 59 | 95 |
| CAFESALUD | 3 | 6 | 31 | 14 | 54 |
| COOMEVA | 2 | 2 | 2 | 12 | 48 |
| TOTAL | 103 | 16 | 49 | 208 | 376 |
| PORCENTAJE | 27% | 4.3% | 13% | 55% | 100% |

Tabla 35. Actitud de la cuota moderadora como obstáculo para la consulta medica

| EPS | ACTITUD DE LA CUOTA MODERADORA COMO OBSTACULO PARA LA CONSULTA MEDICA | | | | Total |
|-------------------|---|------------------|-----------------|------------|-------------|
| | NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | |
| SALUDCOOP | 72 | 31 | 28 | 48 | 179 |
| I.S.S. | 31 | 19 | 14 | 31 | 95 |
| CAFESALUD | 5 | 6 | 28 | 15 | 54 |
| COOMEVA | 13 | 4 | 14 | 17 | 48 |
| TOTAL | 121 | 60 | 84 | 111 | 376 |
| PORCENTAJE | 32% | 16% | 22% | 29% | 100% |

Tabla 36. Actitud de la cuota moderadora como obstáculo para exámenes de laboratorio

| EPS | ACTITUD DE LA CUOTA MODERADORA COMO OBSTACULO PARA EXAMENES DE LABORATORIO | | | | Total |
|-------------------|--|------------------|-----------------|------------|-------------|
| | NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | |
| SALUDCOOP | 71 | 30 | 29 | 49 | 179 |
| I.S.S. | 32 | 18 | 14 | 31 | 95 |
| CAFESALUD | 5 | 6 | 29 | 14 | 54 |
| COOMEVA | 12 | 3 | 14 | 19 | 48 |
| TOTAL | 120 | 57 | 86 | 113 | 376 |
| PORCENTAJE | 32% | 15% | 23% | 30% | 100% |

Tabla 37. Actitud de la cuota moderadora como obstáculo para entrega de medicamentos

| EPS | ACTITUD DE LA CUOTA MODERADORA COMO OBSTACULO PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS | | | | Total |
|-------------------|--|------------------|-----------------|------------|-------------|
| | NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | |
| SALUDCOOP | 71 | 30 | 29 | 49 | 179 |
| I.S.S. | 32 | 17 | 15 | 31 | 95 |
| CAFESALUD | 5 | 5 | 25 | 19 | 54 |
| COOMEVA | 10 | 3 | 14 | 21 | 48 |
| TOTAL | 118 | 55 | 83 | 120 | 376 |
| PORCENTAJE | 31% | 15% | 22% | 32% | 100% |

Tabla 38. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario en consulta medica

| EPS | ACTITUD DE NECESARIA LA CM EN CONS. MEDICA | | | | | Total |
|-------------------|--|-------------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| | Totalmente desacuerdo | Medianamente desacuerdo | Desacuerdo | Medianamente acuerdo | Totalmente en acuerdo | |
| Saludcoop | 64 | 8 | 14 | 21 | 72 | 179 |
| I.s.s. | 55 | 1 | 4 | 14 | 21 | 95 |
| Cafesalud | 3 | 5 | 12 | 10 | 24 | 54 |
| Coomeva | 32 | 0 | 1 | 6 | 9 | 48 |
| Total | 154 | 14 | 31 | 51 | 126 | 376 |
| Porcentaje | 41% | 4% | 8% | 14% | 33% | 100% |

Tabla 39. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario en exámenes de laboratorio

| EPS | ACTITUD DE NECESARIA LA CM EN LABORATORIOS | | | | | Total |
|-------------------|--|-------------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| | Totalmente desacuerdo | Medianamente desacuerdo | Desacuerdo | Medianamente acuerdo | Totalmente en acuerdo | |
| Saludcoop | 83 | 8 | 16 | 19 | 53 | 179 |
| I.s.s. | 56 | 1 | 5 | 9 | 24 | 95 |
| Cafesalud | 6 | 3 | 28 | 9 | 8 | 54 |
| Coomeva | 38 | 0 | 1 | 7 | 2 | 48 |
| Total | 183 | 12 | 50 | 44 | 87 | 376 |
| Porcentaje | 49% | 3% | 13% | 12% | 23% | 100% |

Tabla 40. Actitud de la cuota moderadora como un costo necesario en la entrega de medicamentos

| EPS | ACTITUD DE NECESARIA LA CM EN MEDICAMENTOS | | | | | Total |
|-------------------|--|-------------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| | Totalmente desacuerdo | Medianamente desacuerdo | Desacuerdo | Medianamente acuerdo | Totalmente en acuerdo | |
| Saludcoop | 91 | 9 | 17 | 18 | 44 | 179 |
| I.S.S. | 55 | 1 | 5 | 14 | 20 | 95 |
| Cafesalud | 7 | 5 | 23 | 5 | 14 | 54 |
| Coomeva | 41 | 0 | 1 | 3 | 3 | 48 |
| Total | 194 | 15 | 46 | 40 | 81 | 376 |
| Porcentaje | 52% | 4% | 12% | 11% | 22% | 100% |

Tabla 41. Actitud de indisposición de la cuota moderadora en consulta medica

| ACTITUD DE INDISPOSICION DE LA CM EN CONSULTA MEDICA | | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| EPS | Totalmente desacuerdo | Medianamente desacuerdo | Desacuerdo | Medianamente acuerdo | Totalmente en acuerdo | Total |
| Saludcoop | 55 | 11 | 10 | 45 | 58 | 179 |
| I.s.s. | 24 | 3 | 4 | 20 | 44 | 95 |
| Cafesalud | 3 | 5 | 28 | 10 | 8 | 54 |
| Coomeva | 9 | 2 | 14 | 14 | 9 | 48 |
| TOTAL | 91 | 21 | 56 | 89 | 119 | 376 |
| Porcentaje | 24% | 6% | 15% | 24% | 32% | 100% |

Tabla 42. Actitud de indisposición de la cuota moderadora en exámenes de laboratorio

| ACTITUD DE INDISPOSICION DE LA CM EN LABORATORIO | | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| EPS | Totalmente desacuerdo | Medianamente desacuerdo | Desacuerdo | Medianamente acuerdo | Totalmente en acuerdo | Total |
| SALUDCOOP | 55 | 11 | 11 | 45 | 57 | 179 |
| I.S.S. | 24 | 3 | 4 | 20 | 44 | 95 |
| CAFESALUD | 3 | 5 | 25 | 12 | 9 | 54 |
| COOMEVA | 9 | 2 | 14 | 14 | 9 | 48 |
| TOTAL | 91 | 21 | 54 | 91 | 119 | 376 |
| Porcentaje | 24% | 6% | 14% | 24% | 32% | 100% |

Tabla 43. Actitud de indisposición de la cuota moderadora en la entrega de medicamentos

| ACTITUD DE INDISPOSICION DE LA CM EN MEDICAMENTOS | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| Eps | Totalmente desacuerdo | Medianamente desacuerdo | Desacuerdo | Medianamente acuerdo | Totalmente en acuerdo | Total |
| SALUDCOOP | 53 | 12 | 11 | 45 | 58 | 179 |
| I.S.S. | 23 | 3 | 5 | 20 | 44 | 95 |
| CAFESALUD | 3 | 7 | 28 | 9 | 7 | 54 |
| COOMEVA | 8 | 3 | 14 | 14 | 9 | 48 |
| TOTAL | 87 | 25 | 58 | 88 | 118 | 376 |
| Porcentaje | 23% | 6% | 15% | 23% | 31% | 100% |

Tabla 44. Numero de veces que consulta al medico

| EPS | NUMERO DE VECES CONSULTA AL MEDICO | | | | | | Total |
|-------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|
| | 1 VEZ | 2 VECES | 3 VECES | 4 VECES | 5 VECES | Ns | |
| SALUDCOOP | 49 | 44 | 32 | 9 | 41 | 4 | 179 |
| I.S.S. | 20 | 15 | 12 | 29 | 17 | 2 | 95 |
| CAFESALUD | 10 | 18 | 14 | 6 | 6 | 0 | 54 |
| COOMEVA | 14 | 3 | 5 | 11 | 0 | 48 | 81 |
| TOTAL | 94 | 91 | 61 | 49 | 75 | 6 | 376 |
| PORCENTAJE | 25% | 24% | 16% | 13% | 20% | 2% | 100% |

Tabla 45. Realización de exámenes de laboratorio

| EPS | REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO | | | | Total |
|-------------------|--|---------------|--------------|------------|-------------|
| | NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | |
| SALUDCOOP | 6 | 14 | 14 | 145 | 179 |
| I.S.S. | 0 | 4 | 9 | 82 | 95 |
| CAFESALUD | 0 | 5 | 13 | 36 | 54 |
| COOMEVA | 0 | 12 | 4 | 32 | 48 |
| TOTAL | 6 | 35 | 40 | 295 | 376 |
| PORCENTAJE | 2% | 9% | 11% | 78% | 100% |

Tabla 46. Reclamación de medicamentos

| EPS | RECLAMACION DE MEDICAMENTOS | | | | Total |
|-------------------|-----------------------------|---------------|--------------|------------|-------------|
| | NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | |
| SALUDCOOP | 8 | 44 | 17 | 110 | 179 |
| I.S.S. | 2 | 21 | 8 | 64 | 95 |
| CAFESALUD | 1 | 11 | 11 | 31 | 54 |
| COOMEVA | 0 | 16 | 7 | 25 | 48 |
| TOTAL | 11 | 92 | 43 | 230 | 376 |
| PORCENTAJE | 3% | 24% | 11% | 61% | 100% |

Tabla 47. Causas de no reclamación de medicamentos

| EPS | RECLAMACION DE MEDICAMENTOS | | | | | | Total |
|-------------------|-----------------------------|-----------------|------------------|--------------|--------------|-----------|-------------|
| | No de acuerdo valor c.m. | No se encuentra | Compra por fuera | Mala calidad | Tramitología | Otro | |
| SALUDCOOP | 18 | 70 | 61 | 15 | 10 | 5 | 179 |
| I.S.S. | 6 | 49 | 35 | 3 | 1 | 1 | 95 |
| CAFESALUD | 7 | 22 | 12 | 7 | 5 | 1 | 54 |
| COOMEVA | 12 | 17 | 9 | 4 | 5 | 1 | 48 |
| TOTAL | 43 | 158 | 117 | 29 | 21 | 8 | 376 |
| PORCENTAJE | 11% | 42% | 31% | 8% | 5% | 2% | 100% |

Tabla 48. Causas de no asistencia al medico

| EPS | CAUSAS | | | | | Total |
|-------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|-----------|-------------|
| | Variables geográficas | Variable económica | Variable cultural | Variable organizacional | Otras | |
| SALUDCOOP | 65 | 56 | 15 | 26 | 17 | 179 |
| I.S.S. | 27 | 26 | 14 | 22 | 6 | 95 |
| CAFESALUD | 18 | 22 | 5 | 7 | 2 | 54 |
| COOMEVA | 9 | 13 | 5 | 13 | 8 | 48 |
| TOTAL | 119 | 117 | 39 | 68 | 33 | 376 |
| PORCENTAJE | 32% | 31% | 10% | 18% | 9% | 100% |