

**DETERMINANTES DE LA NO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA DEL
MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER EN EL 2017**

ALMANURY PÉREZ CONTRERAS

LOIDA PATRICIA PINZÓN RIVERA

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL

BOGOTÁ D.C

2018

**DETERMINANTES DE LA NO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA DEL
MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER EN EL 2017**

ALMANURY PÉREZ CONTRERAS

LOIDA PATRICIA PINZÓN RIVERA

Director del trabajo de grado:

DRA. IVONNE ANDREA ORDOÑEZ MONAK

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL

BOGOTÁ D.C

2018

**DETERMINANTES DE LA NO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA DEL
MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER EN EL 2017**

ALMANURY PÉREZ CONTRERAS

LOIDA PATRICIA PINZÓN RIVERA

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO:

DRA. IVONNE ANDREA ORDOÑEZ MONAK

Trabajo de grado como requisito para optar el título de

MAGISTER EN PROTECCIÓN SOCIAL

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL

BOGOTÁ D.C

2018

Contenido

Índice de tablas	6
Índice de figuras	7
Resumen	9
Palabras Claves:	10
1. Descripción del proyecto	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Justificación	20
1.3 Objetivos.....	23
1.3.1 Objetivo General.	23
1.3.2 Objetivos Específicos.	23
2. Marco referencial.....	24
2.1 Antecedentes	24
2.2 Marco Teórico	31
2.2.1 Filosofía de la Seguridad Social.	31
2.2.2 Seguridad Social en Colombia.	32
2.2.3 Determinantes de la Probabilidad de Afiliación.....	34
2.2.4 Factores determinantes de Acceso a los servicios de la Salud.	38
2.3 Marco Conceptual.....	40
3. Marco metodológico	43
3.1 Tipo de Investigación.....	43
3. 2 Diseño de la Investigación.....	43
3.3 Estrategia metodológica	44

3.4 Población y Muestra	47
3.4.1 Población.	47
3.4.2 Muestra.	48
3.4.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.	48
3.5 Consideraciones éticas	49
3.6 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	51
3.7 Procesamiento y Análisis de la Información.....	51
4. Análisis e interpretación de resultados	52
4.1 Aspectos Socio Económicos - Demográficos	53
4.2 Determinantes de la no afiliación de la población de San José de Cúcuta	62
4.3 Estrategias de afiliación dirigida a la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	83
5. Discusión	90
6. Conclusiones y Recomendaciones	94
6.1 Conclusiones	94
6.2 Recomendaciones	96
Referencias bibliográficas	97

Índice de tablas

Tabla 1. Edad.....	53
Tabla 2. Sexo.....	54
Tabla 3. Estado civil	55
Tabla 4. Zona donde reside.....	56
Tabla 5. La vivienda donde reside	57
Tabla 6. Estrato social.....	58
Tabla 7. Número de hijos (en el hogar)	59
Tabla 8. Número de adultos mayores (en el hogar)	60
Tabla 9. Algún miembro estudiando en instituto privado	61
Tabla 10. Donde acude en caso de enfermedad	62
Tabla 11. Afiliación al SISBEN.....	63
Tabla 12. Nivel asignado.....	64
Tabla 13. Percepción sobre la protección en salud con el carnet del SISBEN	65
Tabla 14. Educación.....	66
Tabla 15. Nivel de Ingreso-situación laboral	68
Tabla 16. Ingreso no laboral	69
Tabla 17. Posición Ocupacional.....	70
Tabla 18. Tamaño de la empresa donde labora.	71
Tabla 19. Forma del contrato	72
Tabla 20. Contrato permanente	73
Tabla 21. Horas semanales de Trabajo	74
Tabla 22. Días de la semana que trabaja.....	75

Tabla 23. Sector en que se desempeña	76
Tabla 24. Tiene un segundo empleo.....	77
Tabla 25. Años de antigüedad en el trabajo actual	78
Tabla 26. Causas de la no afiliación al SGSSS	79
Tabla 27. Razones de la no afiliación al SGSSS diferentes a las listadas anteriormente	80
Tabla 28. Estrategias de información para la afiliación al SGSSS	83
Tabla 29. Estrategias de Educación para la afiliación al SGSSS.....	84
Tabla 30. Estrategias de Comunicación para la afiliación al SGSSS.....	85
Tabla 31. Estrategias de Comunicación para la afiliación al SGSSS.....	87
Tabla 32. Estrategias de Calidad para la afiliación al SGSSS	88
Tabla 33. Estrategias de Sistemas de Información y citas para la afiliación al SGSSS.....	89

Índice de figuras

Figura 1. Edad	54
Figura 2. Sexo	55
Figura 3. Estado Civil	56
Figura 4. Zona donde reside	57
Figura 5. La vivienda donde reside	58
Figura 6. Estrato Social	59
Figura 7. Número de Hijos (en el Hogar)	60
Figura 8. Número de adultos mayores (en el hogar).....	61
Figura 9. Algún miembro estudiando en instituto privado.....	62

Figura 10. Donde acude en caso de enfermedad	63
Figura 11. Afiliación al SISBEN	63
Figura 12. Nivel asignado	65
Figura 13. Percepción sobre la protección en salud con el carnet del SISBEN	66
Figura 14. Educación	67
Figura 15. Aspecto Laboral	68
Figura 16. Ingreso no laboral.....	69
Figura 17. Posición Ocupacional	70
Figura 18. Tamaño de la empresa donde labora.	71
Figura 19. Forma del contrato.....	72
Figura 20. Contrato permanente.....	73
Figura 21. Horas semanales de Trabajo	74
Figura 22. Días de la semana que trabaja	75
Figura 23. Sector en que se desempeña	76
Figura 24. Tiene un segundo empleo	77
Figura 25. Años de antigüedad en el trabajo actual	78
Figura 26. Causas de la no afiliación al SGSSS.....	79
Figura 27. Razones de la no afiliación al SGSSS diferentes a las listadas anteriormente	80

Resumen

El objetivo del estudio fue establecer los determinantes de la No afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la población subsidiada del Municipio San José de Cúcuta-Norte de Santander en el 2017. Esta investigación tuvo un enfoque *cuantitativo* debido al tipo de información analizada, y con la cual se espera ser una fuente fiable y actualizada de interpretación en torno al fenómeno de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social para la población sujeto de estudio.

Desde la implementación de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social en Colombia ha tenido importantes avances en el acceso, afiliación y atención de usuarios. El sistema posee tres regímenes de afiliación: el primero, es el *régimen contributivo* para las personas que poseen un contrato laboral, el segundo, el *régimen subsidiado* para grupos poblacionales de bajos recursos, y finalmente, el *régimen especial* que agrupa a las Fuerzas Militares y otros sindicatos con acuerdos especiales para su afiliación y formas de contribución al sistema.

La cobertura general a la población ha sido uno de los principales logros en la implementación del nuevo sistema. Para el año 2009 el 93,4% de las personas ya estaban cubiertas por alguno de los tres regímenes (Agudelo, et al, 2011); no obstante, este proceso progresivo en la cobertura ha dejado un grave inconveniente; las personas que antes de 1993, aportaban con el régimen contributivo constituían el 73,4% y después de la ley se ha reducido al 37,8%, en tanto que las personas del régimen subsidiado conforman el 51% de los afiliados en la actualidad (Vásquez y Martínez, 2012). La principal consecuencia ha sido la crisis económica del sistema y su inviabilidad financiera para sostener la cobertura de la población subsidiada.

La perspectiva para abordar el problema de investigación, fue el análisis de los determinantes de la No afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la población subsidiada del Municipio San José de Cúcuta.

Los principales hallazgos evidenciaron que los factores más recurrentes que promueven dicha situación obedecen al nivel asignado, los niveles de ingresos y la situación laboral; adicionalmente, las horas semanales de trabajo, el sector laboral donde se desempeñan (informal, comercio, manufactura), los servicios de salud y la calidad en la atención, también influyen de manera importante en la decisión de no realizar el proceso de afiliación.

Por otra parte, existe una percepción errónea acerca de la cobertura y beneficios del SISBEN, situación que hizo apremiante proponer y sugerir la implementación de estrategias dirigidas a la población sujeto de estudio, donde se logre la articulación de EPS, organizaciones comunitarias, sectores productivos, instituciones educativas de todos los niveles e IPS, con el fin de sensibilizar a la población sobre la importancia en la afiliación.

Palabras Claves: Salud, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Proceso, Afiliación, Historia, Seguridad Social, SISBEN.

1. Descripción del proyecto

1.1 Planteamiento del problema

La seguridad social es definida por García (2003), desde una perspectiva socio-jurídica, como “ la Previsión Social obligatoria que es administrada o vigilada por el Estado, con el propósito de promover la prevención o compensación a los trabajadores ante el menoscabo o disminución de su capacidad de obtener ganancias, derivado de la realización de los riesgos naturales y sociales a que están expuestos”; es decir, se fundamenta en proporcionar a cada sujeto a lo largo de su desarrollo del ciclo vital, las condiciones y elementos indispensables para vivir con dignidad, tener acceso a la educación, insertarse en el mercado laboral, constituirse en una persona productiva y útil a la sociedad; con prioridad de la salubridad e integridad física de cada una de las personas, garantizándole además, que obtenga los ingresos proporcionales para cubrir sus necesidades socio-económicas y protegerse de la indigencia frente a cualquier adversidad que le limite la oportunidad de trabajar.

Por otra parte lo define como el derecho público de obligatorio cumplimiento y de práctica universal, a fin de lograr de manera solidaria un sistema económico autentico en el que se utilicen racionalmente los recursos y preceptos humanos, que aseguren a todas las personas una vida digna, con adecuados ingresos o recursos económicos que le permitan una vida decorosa, sin miseria, sin temor a poder cubrir sus necesidades para prevenir o controlar las enfermedades, sus estudios y el desempleo, con el propósito que en cada país se instituyan, promuevan y desarrollen las dimensiones morales, intelectuales y filosóficas de la población

activa de la sociedad, preparando el futuro para las nuevas generaciones y asumir el sustento de las personas que estén limitados para la vida productiva en la sociedad.

La Finalidad de la seguridad Social “es garantizar el derecho humano a la salud, medios de subsistencia, asistencia médica, servicios sociales, así como el otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado” (Sánchez como se cita en García, 2003, p. 5).

Por otra parte Alemán y Morales (2009) definen la seguridad social como “la protección que la sociedad está obligada a brindar a todos y cada una de las personas que la conforman, a fin de lograr generar esperanza firme frente a cualquier evento o contingencia que ponga en riesgo su existencia o su salud, en cualquier etapa del ciclo de vida, y confíen plenamente en tener acceso a ingresos suficientes para vivir de manera digna durante la adultez intermedia o tardía junto con su familia”. Respecto al carácter jurídico, lo definen como la garantía que el Estado le da a los ciudadanos a través de las leyes del acceso al derecho de salud, atención a los servicios médicos, a proteger cada uno de sus medios para subsistir y disponer de los diferentes servicios sociales que impliquen la atención de manera individual y colectiva de cada uno de los integrantes, como el de disponer de una pensión conforme a lo estipulado en las normas legales que se establezcan para tal efecto.

Tal como se ha señalado, el fin de la seguridad social es proteger a todos sus miembros de cualquier contingencia o evento que ponga en riesgo su confianza de poder obtener los recursos económicos que le permitan garantizar el bienestar individual y colectivo, así como el de su familia. No obstante, el mundo globalizado ha introducido cambios sociales, económicos y tecnológicos, que en la actualidad han generado problemas que afectan la seguridad social. En

este sentido, Narro, Moctezuma y Orozco (2010) señalan que “la transformación mundial ha debilitado al Estado Benefactor y ha fortalecido los mecanismos de mercado como reguladores de las economías en los diferentes países”. Este fenómeno ha derivado en el hecho que lo público cada vez más cede sus espacios a las privatizaciones, tal como ha venido ocurriendo con el sector educativo, en el campo de la ciencia y la tecnología y no han escapado los servicios de salud.

Esta situación que enfrenta el Estado benefactor respecto a los mecanismos de mercado ha hecho que en los países de occidente, exista la convicción política que el desarrollo social no se logra exclusivamente mediante el crecimiento económico y la estabilidad macroeconómica, sino que se requiere igualmente, de una política social, que logre una distribución más equitativa del crecimiento y estabilidad económica de las naciones. Desde esta perspectiva, la política social debe entenderse, como una responsabilidad del Estado para promover y orientar el desarrollo social, mediante el establecimiento de sistemas, mecanismos e instituciones que promuevan la seguridad social, el logro de una más justa distribución de la riqueza y contrarresten el impacto social de la desigual distribución de la riqueza económica, concentrada en muy pocas manos, agravados por el fenómeno de globalización. En consecuencia, la seguridad social se constituye en un instrumento de la política social, mediante la cual el Estado da respuesta a las demandas que le plantea la sociedad en un momento histórico específico.

Señala Moctezuma y Orozco (2010), que la seguridad social en la actualidad tiene un rol esencial en los estados modernos como sistema para luchar contra la pobreza, y mejorar la distribución de los ingresos económicos, a través de las transferencias de diferentes beneficios, bien sean en especie o dinero, en especial a los grupos más vulnerables o de los estratos sociales más bajos. En consecuencia, la seguridad social implica ir más allá de disminuir la pobreza

porque conlleva al mejoramiento de los niveles socio económicos y de calidad de vida para cada una de las personas y para todos los integrantes de la sociedad, así como el fortalecimiento de la seguridad personal y familiar. Se trata de la implementación de métodos orientados a la protección de los integrantes de las familias ante cualquier contingencia de la vida y la promoción de su bienestar y el pleno desarrollo de sus potencialidades y habilidades. En consecuencia, la seguridad social es una herramienta de política social diseñada para solucionar las demandas colectivas en un contexto y tiempo específico. Esta característica hace que los sistemas de seguridad social tienen que ser evaluados y ajustados de manera permanente a los cambios que ocurren en la población, los que se producen en el ámbito económico y los cambios en los sistemas de salud. El sistema de seguridad social debe cubrir a toda la población; ello implica que la cobertura no está referida a los trabajadores, debe cubrir a cada uno de los integrantes de la población. Se destaca el hecho que desde la perspectiva de la seguridad social, la familia constituye el sujeto de las prestaciones.

En este marco de ideas, la Organización Internacional del Trabajo (2003), señala que la seguridad social repercute en todos los sectores de la sociedad, y es mediante este mecanismo que tanto el trabajador y como su familia tienen acceso a la atención de los servicios médicos y protección frente a pérdidas de ingreso, ya sea por estar sin trabajo, por el nuevo rol de madre, o por alguna patología, las cuales pueden presentarse por periodos largos de tiempo atribuidos a invalidez o accidentes laborales. Otros beneficiarios de la seguridad social son los niños; ellos se benefician porque los ingresos familiares por los programas de la seguridad social permiten costear los gastos que demandan sus estudios. Respecto a la repercusión entre empleadores y empresas, la seguridad social coadyuva a unas relaciones laborales sólidas y con una mano de trabajo productiva. Igualmente la seguridad social contribuye a la cohesión social, al crecimiento

y desarrollo general del país a través del mejoramiento de las condiciones de vida de cada una de las personas, atenuando el impacto de la transformación estructural y tecnológica en la población, y en consecuencia, generando alternativas de una perspectiva más positiva de la globalización.

En cuanto a la Seguridad Social en Colombia, Sandoval (2013) señala que la Constitución Colombiana de 1991 y la ley 100 de 1993, establecieron y redefinieron el sistema de seguridad social integral, orientándolo a lograr una cobertura universal y promoviendo la libertad de competencia y elección. Este marco legal da nacimiento al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), en varios regímenes: (a) régimen contributivo; (b) régimen subsidiado; (c) régimen vinculado y (d) régimen especial, articulados en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). El SGSSS comprende tres instituciones, a saber: (a) aseguradoras sociales, (b) instituciones prestadoras de servicios (IPS) y (c) las entidades promotoras de salud (EPS). Respecto a las EPS, Roa (2009) señala que “les corresponde realizar la gestión indelegable del aseguramiento en el país, a través de la administración de los regímenes contributivo y subsidiado” (p. 22)

Al Régimen Contributivo deben afiliarse todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva. Estas personas deben hacer un aporte mensual (cotización) a una Entidad Promotora de Salud, para que esta les garantice la atención en salud a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud, conocidas como IPS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 14).

En el Régimen Subsidiado en Salud deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como ROM), entre otros. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 14).

En este marco de ideas Botello (2014) señala que a partir de la Constitución de 1991, Colombia realizó diversas reformas en los programas sociales dirigidos a la población. Tales transformaciones se han caracterizado por la implementación de políticas universales de asistencia y a las focalizadas. Estas últimas están dirigidas a dar el apoyo a las poblaciones más vulnerables. Estas reformas buscan mejorar la eficiencia de los programas sociales, dado que los programas focalizados se centran en ofrecer a la población vulnerable un nivel de subsistencia digno mediante programas orientados a proveer salud, alimentación, ingresos, estudios y vivienda, entre otras necesidades. Esta estrategia se propone utilizar los recursos del erario público con mayor eficiencia e incrementar la igualdad de oportunidades y la equidad social para todos los colombianos. La focalización permite encauzar los recursos públicos de manera directa a sus beneficiarios, ya que se eligen con base en características demográficas o geográficas específicas, como es el referido al ingreso o estrato social. Este mecanismo tiene implicaciones económicas, psicosociales y morales. Por una parte dado el diseño, implementación y administración de instrumentos para seleccionar la población beneficiaria, genera nuevos costes y por otra parte hay situaciones como el hecho de estigmatizar a la población vulnerable y las

limitaciones para autodefinirse persona con vulnerabilidad. Respecto a lo moral, el instrumento para seleccionar a los beneficiarios no está exento de los “jinetes libres”; es decir, a las personas que aunque tienen buena capacidad de pago, se registran como población vulnerable, dando respuestas que no son ciertas en el diligenciamiento de los cuestionarios, o realizan pagos a otras personas o utilizan sus influencias políticas para que se les incluya como personas vulnerables. De ahí la relevancia de evaluar la cobertura que proveen los instrumentos a fin de mejorar la eficiencia de la focalización.

En consecuencia el problema de la focalización en los programas sociales es el hecho que existen personas con suficiencia económica, que no los hace elegibles al régimen subsidiado; no obstante, se identifican como beneficiarios del programa debido a las deficiencias de identificación que existen en los instrumentos o por errores institucionales. En consecuencia, la eficiencia de cobertura del régimen subsidiado de salud está asociada a la capacidad de pago de las personas inscritas. Esta característica es esencial para ser elegida como beneficiaria de la focalización en el referido régimen. El problema surge entonces, cuando se identifican un porcentaje de personas que están en el sistema subsidiado pero no deberían estarlo, ya que disponen de suficiente capacidad de vinculación al régimen contributivo.

En este sentido, Botello (2014) plantea que entre los problemas para estudiar la eficiencia de la focalización, está el fijar el poder adquisitivo. Destaca que existen criterios que se basan en la línea de pobreza para establecer la capacidad de las personas en la utilización de sus ingresos en otros gastos adicionales. Asimismo, explica que incluso existe un nivel por encima de la línea de pobreza que no puede cubrir sus gastos adicionales en otras necesidades, como son los gastos de salud. Frente a este hecho argumenta que si la línea de pobreza en Colombia equivale al corte

del quinto décil de ingreso, se puede asumir que las personas que se encuentran en séptimo, octavo, noveno y décimo décil de ingreso, tienen la suficiente capacidad de cubrir sus gastos en el régimen contributivo y en consecuencia no deben ser beneficiarios del régimen subsidiado. Afirma Botello (2014) que en “el sistema subsidiado de salud existen problemas en la focalización, ya que en el 2012 cerca de 2,6 millones o un 16,91% de las personas inscritas en él, están por encima del sexto décil de ingreso” (p. 127).

Del problema de la focalización en relación a la localización, Botello (2014) señala lo siguiente: “en las cabeceras municipales el problema de focalización es mayor que en las áreas rurales; estas últimas muestran un porcentaje de personas beneficiarias sobre el sexto decil del 6,4% contra el 23,3% del sector urbano. Esta tendencia es similar cuando se evalúa la eficiencia en la cobertura en ciudades capitales contra otros municipios con un 27% y un 12% respectivamente” (p. 127).

La problemática que presenta el régimen subsidiado la destaca Botello (2014), señalando que el 17% de las personas se identifican de manera incorrecta, como personas beneficiarias de la focalización, problema que se hace más notorio con un 23% en las áreas urbanas y 27% en las áreas capitales. Asimismo los más afectados con la falta de eficiencia en la focalización son los departamentos con menor ingreso per cápita. El impacto económico es el uso del 22% del presupuesto anual del País, mal utilizado en el grupo de personas que se identifican mal y se benefician del sistema subsidiado a pesar de tener la capacidad de cubrir sus gastos en el régimen contributivo.

En este sentido la afiliación se constituye en problema para el SGSS, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado tal como lo expresa Pérez (2010), quien señala que “la afiliación al régimen contributivo disminuyó entre 1997 y 2003, y se estancó con un 30% de población afiliada en el 2006”, y precisa que la informalidad, el desempleo, el tamaño de las empresas y los ingresos, tienen un impacto significativo en la afiliación y en la posibilidad de que la persona no tenga afiliación, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

En consecuencia, la población Colombiana está evidentemente permeada por las dificultades del sistema que se exponen anteriormente. Además, la situación socioeconómica, sumada en muchas ocasiones al nivel educativo de la población vulnerable, hace que emerjan determinantes sociales que influyen en el importante número de personas que no deben recibir los beneficios del régimen especialmente diseñado para la población pobre y otras, NO afiliadas que si tienen derecho a dichos beneficios pero que no realizan la afiliación.

Esta última situación se presenta por diferentes circunstancias y en diferentes contextos, ampliando el espectro de posibilidades que influyen, directa e indirectamente en la decisión de dichos usuarios, de permanecer sin cobertura o vinculados al SISBEN. Para este caso, y teniendo en cuenta la importancia del impacto social de la investigación en el área de desempeño de las autoras, y en concordancia con las políticas nacionales de implementación de estrategias para disminuir el índice de Personas Pobres No Afiliadas, el grupo investigador planteó el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los determinantes de la no afiliación al Sistema de Seguridad Social en la población subsidiada del Municipio San José de Cúcuta, Norte de Santander, 2017?

1.2 Justificación

El estudio de los factores determinantes de la no afiliación al Sistema de Seguridad Social en la población subsidiada del Municipio de San José de Cúcuta - Norte de Santander en el año 2017, y la necesidad de generar aportes en la solución de esta problemática, se planteó desde cinco dimensiones a saber: pertinencia, articulación, aportes, motivación y resultados.

Con respecto a la pertinencia, el problema de investigación referente a la situación de No afiliación al SGSS, afecta a la población en general, pero de manera más significativa a las personas que están en situación de vulnerabilidad; personas que requieren la atención en los servicios de salud para evitar complicaciones de las enfermedades presentes, prevención de las mismas o mejoramiento de la calidad de vida.

Así también, tal como lo refiere Botello (2014), es en las cabeceras municipales donde existe un 6.4% de personas que están en el sexto décil y que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, lo cual afecta la No afiliación de las personas que realmente requieren de los beneficios de la focalización, misma situación que se presenta en un 23,3% en el sector urbano, lo que hace pertinente abordar la situación a través del presente proyecto.

Por otro lado, la identificación de los factores determinantes de la No afiliación al RGSS, se articula con los objetivos de la seguridad social planteados por el Ministerio de Salud y Protección social (2014) que establecen que “el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención” (p. 11). Por consiguiente, este estudio es coherente con los propósitos nacionales de contribuir al logro de la afiliación del 100% de las personas que residen en los municipios de Colombia.

A su vez, las investigadoras como estudiantes de la Maestría en Protección Social, comprometidas con el alcance de los principios básicos del RGSS, los cuales buscan generar confianza en la población y disponer de ingresos que les permitan cubrir las necesidades de gastos adicionales relativos a la atención de los servicios de salud, educación, vivienda y desempleo, entre otras, se comprometen a analizar la problemática de la No afiliación en particular del régimen subsidiado, con el fin de contribuir - como principal motivación- , con el planteamiento de estrategias para dar solución a la No afiliación de la población vulnerable en el Municipio San José de Cúcuta en el Departamento del Norte de Santander.

Respecto a los aportes de la investigación, con ésta se facilitará identificar los factores determinantes que influyen en que sea actualmente el municipio de Cúcuta, la ciudad del departamento de Norte de Santander que presenta el mayor número de personas pobres No afiliadas al régimen subsidiado que cumplen con los parámetros para ser beneficiarios de la cobertura estatal, superando las 20.000 PPNA sin afiliación (ADRES.2017). Esta situación se sigue presentando aun cuando anteriormente, la población pobre debía esperar a que el estado distribuyera recursos para poderse afiliar al sistema, pero en la actualidad según el decreto

780/2016, si cumplen con los requisitos de tener nivel 1 o 2 del Sisbén, pueden acercarse a la aseguradora de su interés y realizar la afiliación en cualquier momento.

Esta investigación permitirá establecer las cifras de afiliación tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, pero más allá de los datos, el identificar los determinantes, mostrará una perspectiva de aportes prácticos con el fin de proponer estrategias de intervención para aportar en la disminución del porcentaje de No afiliados actualmente en dicho municipio.

El estudio está dirigido al régimen subsidiado, teniendo en cuenta que la población dependiente e independiente, está obligada a cotizar al Sistema dentro del contributivo, lo que garantiza su cobertura individual y familiar. Situación que no ocurre con el subsidiado ya que no hay una medida pública que obligue a la afiliación, lo que hace más vulnerable a dicha población debido entre otras cosas a factores culturales y educativos, a pesar de que las políticas del Estado asumen la salud como un derecho constitucional de todos los Colombianos y la nueva normatividad permite la vinculación al sistema subsidiado de esta población en cualquier momento.

En cuanto a los beneficiarios, se pretende que estos sean de forma directa, *las personas No afiliadas al RGSS*, las cuales se pueden impactar positivamente al implementar estrategias que culminen con la afiliación y cubrimiento de la población hasta el momento desprotegida; *las EPS*, porque ayudará a mejorar sus indicadores y facilitará el aseguramiento, y la *Universidad*

Santo Tomas, porque se podrá contribuir a afianzar la línea de investigación en la eficiencia de la focalización en el RGSS.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

Establecer los determinantes de la No afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la población subsidiada del Municipio San José de Cúcuta, Norte de Santander en el 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Determinar las características demográficas y socioeconómicas de la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Identificar los determinantes de la No afiliación de la población de San José de Cúcuta.
- Elaborar las estrategias de afiliación dirigida a la población No afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Marco referencial

2.1 Antecedentes

En el 2014 en Colombia, Botello realizó un estudio sobre la eficiencia en la cobertura del régimen subsidiado de salud: una perspectiva departamental en Colombia. Este trabajo evaluó la eficiencia regional en la cobertura del régimen subsidiado de salud en Colombia entre el 2008 y el 2012, con cálculo simultáneo del costo financiero asociado a la ineficiencia de la focalización.

La metodología que utilizó en el desarrollo del estudio fue el análisis de eficiencia en cobertura: evaluación del correcto desarrollo focalización. A tal fin realizó el análisis de contenido y estadísticos de 24 fuentes documentales, de las cuales son: 14 artículos científicos, 7 documentos formales y 3 leyes. Los resultados más relevantes del análisis mostraron que, la distribución regional de la ineficiencia en la focalización en el lapso 2008 y 2012 destacan a Chocó con el 8%, Nariño con el 7% y Cauca con el 6% como los departamentos con menor promedio de personas que están en el séptimo, octavo, noveno y décimo decil afiliadas al régimen subsidiado del SGSS. Los departamentos Atlántico con el 26%, Bogotá con el 39% y Santander con el 2% con los mayores promedios de personas por encima del séptimo decil beneficiarios de la afiliación al régimen subsidiado. Los departamentos que tienen la mayor entrada per cápita, son los que resultaron con la focalización más deficiente en el RGSSS.

Botello (2014) refiere que en el 2012, aproximadamente 351.000.000.000 de pesos se utilizaron en personas con ingresos suficientes para cubrir los servicios de salud. Esta cifra es el 17% presupuesto anual de Colombia que se otorga a la salud. Bogotá tiene el 39% del presupuesto con la mayor ineficiencia de la focalización de uso del presupuesto en salud en beneficiar a personas con suficiente capacidad para asumir los gastos del régimen contributivo, y están afiliados al régimen subsidiado. Antioquia tiene el 19% y Valle del Cauca el 18% con el uso de presupuesto más ineficiente en el uso de la focalización, beneficiando a personas que están por encima del séptimo decil. El estudio concluye, que aproximadamente del 17% de las personas están afiliadas al régimen subsidiado, se identificaron de manera incorrecta, lo que representa un uso indebido del 22% del presupuesto asignado a la salud.

En el 2013, en Medellín – Colombia, Marín y Chávez realizaron un estudio sobre la atención de las urgencias médicas de los pacientes con inconsistencias en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en diferentes IPS de la ciudad. El estudio se desarrolló desde la perspectiva cualitativa, aplicando la metodología de Teoría Fundamentada. La fuente de información en la recolección de los datos, la integró el personal médico, enfermeros (as) jefes, coordinador de urgencias, auditor y personal de admisión y los pacientes que atendidos en el servicio de urgencias presentaron inconsistencias en su afiliación al SGSSS, referidas a: la afiliación reciente, en mora, suspendido, desafiliado, afiliación múltiple y protección laboral. Los participantes del estudio correspondían a 6 unidades de urgencias y a dos Instituciones IPS públicas y privadas con diferentes niveles de complejidad, ubicadas a las afueras de Medellín. Se aplicó consentimiento informado a cada uno de los participantes, y veinte (20) entrevistas semiestructuradas, distribuidas del siguiente modo: 12 correspondieron a personal de la salud y 8 a pacientes atendidos en el lapso comprendido entre el mes diciembre del año 2011 y el mes de

junio del año 2012. La información obtenida mediante las entrevistas y los diarios de campo se grabó en audios, los cuales se transcribieron. El procesamiento de los datos arrojó 425 códigos, 8 categorías y 29 subcategorías, el refinamiento de cada una de las categorías se realizó mediante la aplicación de las técnicas de diagramas y mapas conceptuales. La validación de los resultados se realizó mediante una segunda entrevista con los participantes. La confidencialidad de la información se garantizó mediante el ocultamiento de la identidad de cada uno de los participantes de la IPS, de las que provenían tanto el personal de salud como los pacientes. Los resultados más relevantes de la investigación se refieren al hecho que en la atención de las urgencias médicas tiene implicaciones para los procesos administrativos y asistenciales, los cuales se ven afectados por las diferencias en los tipos de regímenes, las aseguradoras, los estados de afiliación, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y los diferentes niveles de complejidad de los centros de salud. La inconsistencia en la afiliación afecta el acceso a la prestación de los diferentes servicios de salud, en particular a los servicios clínicos y el uso efectivo de los recursos económicos destinados para el funcionamiento del SGSSS. Concluyen que los problemas que afectan a los pacientes que presentaron inconsistencias en la afiliación evidencian: fallas en el SGSS, falta de eficiencia en la focalización por una deficiente vinculación al régimen contributivo y subsidiado, deficiencias en las relaciones laborales, desigualdad entre los centros de salud públicos y privados y finalmente, interés de las asegurados en privilegiar la rentabilidad financiera sobre la calidad de la atención en los servicios de salud, que deriva en el detrimento de las relaciones usuario y proveedor.

En el 2012 en Bogotá, los investigadores Bottia, Cardona y Medina realizaron un análisis del SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia: ventajas y limitaciones. A tal fin analizaron el contenido de fuentes documentales

nacionales e internacionales en bases de datos de Pubindex, Latindex, Scielo y en documentos de instituciones formales. Las categorías conceptuales del análisis las conformaron: el Sisbén, la focalización, la focalización individual, la focalización geográfica, el régimen subsidiado, mecanismos de la focalización y beneficiarios. Dentro de los resultados más relevantes del estudio en cuanto a la distorsión de la información y la eficiencia del RGSS, se destaca que existen dos perspectivas, una referida a las políticas focalizadas y otra la universal. Los programas focalizados benefician con un 57% al 40% de los hogares pobres, mientras que los programas universales solo alcanzan a beneficiar con el 37% a la referida población. En el caso del Régimen Subsidiado en Salud se determinó que el SISBEN clasifica a una población como beneficiaria, que a la luz de las condiciones demográficas contrastadas con la encuesta de calidad de vida las excluiría del beneficio del mencionado régimen. Esta realidad se asocia a que las familias distorsionan la información en la encuesta del SISBEN o el 10% de ellas utiliza de manera sesgada la respuesta estratégica. Concluyen los investigadores que la evidencia arroja que los hogares en mejor condición, benefician más de la respuesta estratégica, haciendo del instrumento ineficiente a los fines de una rigurosa clasificación de las personas.

En el 2010 en Bogotá, López realizó un análisis de la última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Para tal fin realizó un análisis del contenido desde una perspectiva jurídica y de las implicaciones respecto a la eficiencia y la privatización, de documentos de instituciones formales, leyes, decretos y artículos científicos. Entre los resultados más relevantes a interés de la afiliación y del régimen subsidiado, está el referido al SISBEN como herramienta del Estado mediante la cual se proyecta la identificación de la población más pobre y vulnerable de la sociedad, como potenciales beneficiarios del régimen subsidiado. Este proceso de identificación desarrollado por los diferentes entes territoriales, se establecen los

diferentes programas asistenciales a cargo del Ejecutivo; en el caso de la salud, se considera uno de los programas con mayor preeminencia sobre los demás programas. En la identificación de la población, se utilizan se aplican dos tipos d instrumentos, a saber: (a) de focalización geográfica, y (b) de focalización individual. Respecto a la focalización geográfica, esta tiene como finalidad identificar las áreas donde se encuentran ubicadas las poblaciones más pobres, basándose en las características de la vivienda o del medio, con el propósito de aplicar a todos los residentes del área, programas sociales que beneficien la colectividad, tales como programas de: saneamiento del ambiente, construcción de obras de infraestructura o algún tipo de dotación; también es útil para fundamentar la pertinencia de implementar la política de diferencia en las tarifas de pagos de los diferentes servicios públicos. A este instrumento se le cuestiona el hecho de que solo tiene en cuenta las características del exterior de la vivienda y los niveles de desarrollo del sector identificado, dado el hecho que una persona habite un sector determinado no necesariamente indica el nivel económico de la persona; tampoco el estilo de vida de las personas refleja su status económico. Este instrumento presenta una valoración con altos niveles de generalidad, así una persona que habite en el área rural de producción pecuaria puede bien ser campesinos con bajos ingresos económicos, pero también pueden existir muchos propietarios de grandes extensiones de tierra que tienen elevados recursos económicos, por tanto no necesitan de la asistencia del Estado; esta forma de medición geográfica deriva en muchos casos en una deficiente dosificación de los recursos escasos del gobierno. Recursos que bien pudieran ser dirigidos a la población que realmente lo requiera y en particular a los servicios de atención a la salud.

En cuanto a la focalización individual, esta tiene como propósito realizar la identificación y clasificación de la población pobre y vulnerable en seis (6) niveles, fundamentándose en variables referidas a: seguridad social, calidad de la vivienda, equipamiento

y los servicios, educación, hacinamiento, características demográficas, ingresos, tipos de ocupaciones y la seguridad social. El objetivo del instrumento es poder determinar a las personas y familias que en razón a su nivel socioeconómico o vulnerable, se estima deben ser beneficiadas por los programas sociales del gobierno. El SISBEN tiene cuatro propósitos esenciales, a saber:

- Identificación de los hogares y personas que estén en los estratos pobres y sean vulnerables.
- Otorgamiento de los subsidios del Gobierno de manera equitativa con preferencia a los más necesitados.
- Determinación de los niveles de pobreza en la población deprimida para el planeamiento local.
- Fomento de la inclusión social de los diferentes grupos de la población.

El estudio concluye por una parte, que existen muchas falencias en la aplicación del instrumento, lo que afecta la eficiencia de la focalización, y por otra, que los procesos de levantamiento de datos y la categorización de la población para determinar los niveles de pobreza y vulnerabilidad en Colombia se improvisan, debido a los niveles de informalidad, deficiencia en la reglamentación y una medición muy general, lo que conlleva a que muchas personas con suficientes recursos para cubrir los gastos del régimen contributivo se encuentren beneficiados por el régimen subsidiado y la situación es más crítica al existir personas que necesitan con apremio afiliarse al régimen subsidiado tengan barreras para poder hacerlo. En consecuencia el SISBEN debe generar alternativas de solución a esta problemática para lograr la eficiencia de la focalización en especial el gasto público de la salud.

En el 2003 en Bogotá- Colombia, Fresneda realizó un análisis del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), mecanismos de afiliación de la población al régimen subsidiado en salud. Para tal fin, realizó un análisis de contenido de las diferentes interpretaciones desarrolladas en documentos científicos y formales que abordan el tema del SISBEN como herramienta de focalización en la prestación de los servicios de salud que pretende beneficiar a las personas con el menor ingreso económico o sin los recursos económicos para cubrir los gastos adicionales en el régimen contributivo. Entre los resultados más relevantes destaca el hecho de que de 19 millones de personas que pertenecían a la población pobre en el año de 1997, menos de la mitad (entre 8 y nueve 9 millones) estaban incluidos como niveles 1 y 2 del Sisben, lo que constituye un error de exclusión del 53,1 %. De 10,6 millones de personas clasificadas en el nivel 1 y 2, 1.6 no son personas pobres, esta cifra representa un error en la inclusión del 14,9% por ciento. Tales estadísticas reflejan los problemas relativos a la puntuación actual del Sisben como mecanismo efectivo para excluir a las personas que no son pobres del sistema y en consecuencia con evidentes problemas que hacen deficiente el proceso de identificación de las personas que realmente son pobres para integrar las listas del Sisben, y por consiguiente tener la oportunidad de ser beneficiaria del régimen subsidiado del SGSSS. El que existan errores de exclusión en el Sisben es más grave que los errores de inclusión, debido a que la exclusión conlleva a la negación de los derechos y servicios en condiciones de igualdad de oportunidades para cada persona que realmente cumpla con los criterios de inclusión en las listas del Sisben para ser beneficiaria del régimen subsidiado. Concluye que el alto porcentaje de afiliados que sin condiciones para ser beneficiarios del régimen subsidiado hace que la población potencialmente beneficiaria se torne indeterminada. Tal problemática afecta directamente las finanzas de los diferentes municipios y conduce a que en muchos, las encuestas Sisben no se actualicen, afectando la cobertura de los programas. Este hecho es aprovechado por la lucha de

intereses políticos o los intereses particulares de diferentes grupos que presionan a fin de satisfacer su interés en el manejo de los recursos del presupuesto de SGSS. Esta situación demanda hacer eficiente los procesos de seguimiento y control y del empoderamiento ciudadano para contribuir al éxito de la focalización.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Filosofía de la Seguridad Social.

La Filosofía de la Seguridad Social es concebida por Buenaga (2016) como una institución que reúne un conjunto de aspiraciones éticas establecidas por la sociedad y que concreta en los diferentes fines de justicia social que caracterizan a un determinado momento histórico de la sociedad. La ética de la Seguridad Social no se refiere solamente a las reflexiones morales acerca de la institución, va más allá en tanto ella pretende lograr el mayor impacto posible en lo jurídico, que desde la perspectiva de Habermas, como lo refiere Fritz (2009), es complementar el orden, la estabilización de las expectativas del comportamiento que demanda la moral. Desde esta perspectiva, la Seguridad Social es una exigencia de justicia social que impera en las sociedades del Siglo XXI.

Buenaga (2016) refiriéndose a las dimensiones de la justicia desde la perspectiva jurídica, hace referencia a dos tipos de relaciones, una que se desarrolla cuando el principio de justicia es utilizado por la sociedad y tiene una connotación individual, dado que se refiere a las relaciones entre los individuos que la integran; otra es la connotación pública, que ocurre cuando las relaciones se producen entre el Estado y los individuos. Por tanto cuando se utiliza el

concepto de justicia desde la dimensión pública, esta se concreta mediante un conjunto de acciones por parte del Estado dirigidas a todos sus ciudadanos, que se caracterizan por cumplir con los más elementales criterios éticos exigibles, entre los cuales destacan salvaguardar a los ciudadanos frente a determinadas necesidades básicas. Esta concepción de justicia y de satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos es la razón ética de la Seguridad Social.

La seguridad social, como institución concebida por la voluntad racional del hombre para la consecución de un fin, es una institución con una clara dimensión ética, una institución que tiene por finalidad plasmar y desarrollar la idea de justicia social. (Buenaga, 2016, p.35). Los cimientos éticos de la Seguridad Social están dados en la concepción universal de justicia expresada por Ulpiano en el Siglo III, quien dijo “la justicia es la constante y perpetúa voluntad de dar a cada uno su propio derecho”. Una máxima que también fue defendida por Tomás de Aquino y sus seguidores (Rodríguez y Berbell, 2016, p.1) y ley moral universal. En consecuencia la seguridad social como institución jurídica es la que desarrolla tales cimientos, convirtiéndolos en derechos de cada ciudadano en sus relaciones con el Estado. En tal sentido, la Seguridad Social constituye el mecanismo fundamental que cobija la esperanza ciudadana de lograr hacer realidad los postulados éticos de la justicia social.

2.2.2 Seguridad Social en Colombia.

La Seguridad Social Integral en Colombia, es definida por Pérez, Domínguez y Calderón (2012) “como una institución legal, reglamentada especialmente para proteger los llamados derechos fundamentales, entre los que se encuentran: la vida, salud e integridad de todos los ciudadanos” (p.80). Entendida como tal en razón que desde el marco normativo desarrolla el

propósito de dar seguridad a todos los ciudadanos, desde proveer los servicios básicos sin distingo de sexo, edad, raza, situación social o económica; y es integral, en razón que comprende un conjunto de ayudas especiales para la población trabajadora y su familia; como también reciben los beneficios de la protección de la Seguridad Social las personas que se encuentren en condición de vulnerabilidad, en tanto servicio público que el Estado está obligado a cumplir.

Desde la perspectiva de Pérez et al. (2012) el sistema de seguridad social debe desarrollarse atendiendo a dos propósitos esenciales: (a) legitimidad y (b) financiación. Respecto a la legitimidad, se produce en tanto el Estado a través de la prestación de servicios sociales a todos los ciudadanos, en particular a los más pobres y vulnerables, reivindica su rol como garante de la protección de cada uno de todos los ciudadanos que integran la sociedad, protección que va más allá de velar por los derechos de propiedad individual o de la integridad física, debe garantizar igualmente el acceso a los servicios elementales que son apartados de la lógica del interés social del mercado, para enmarcarlos en la lógica clientelar que interesa a la obtención de beneficios de los actores políticos sobre sus electores.

El concepto de seguridad social ha presentado cambios desde las concepciones tradicionales hasta las concepciones modernas. Entre las concepciones tradicionales destaca lo señalado por Pérez (1956), quien define la seguridad social como un segmento de la Ciencia Política que a través del marco institucional presta ayuda técnica, apoyo, protege o promueve la paz y el progreso general de la población mediante el bienestar de cada persona. En este marco de ideas, Greco (1968) sostiene que la Seguridad Social es una realidad que integra factores políticos, jurídicos, técnicos y prácticos, que tienen como finalidad dar cobertura a contingencias específicas que por su naturaleza, condición o circunstancia se deben proteger, a través de las

estructuras de la organización del estado o de la empresa privada, que se financian con recursos propios. En las concepciones modernas desataca el enfoque de bienestar social en el marco constitucional desarrollado por normas jurídicas, como subyace en la definición de Bernedo (2.000), quien define la seguridad social, como parte esencial de los derechos fundamentales y de los instrumentos de justicia social del Estado. A fin de dar cumplimiento a estos propósitos, el Estado fundamenta la seguridad social en seis principios esenciales que la caracterizan, a saber: (a) es universal, solidaria, igualitaria, suficiente, participativa y transparente. La Seguridad Social en el contexto moderno es valorada como un elemento ineluctable que conforma el sistema de protección social integral del ser humano en la sociedad, por tanto el Estado debe asegurarle el ingreso necesario para que cada persona viva con dignidad; tal valor es el soporte fundamental de los derechos humanos. En consecuencia las dimensiones institucionales administrativas, de seguridad social deben tener como fin máximo de sus actuaciones lograr el bienestar general de todas las personas que integran la sociedad.

2.2.3 Determinantes de la Probabilidad de Afiliación.

Existen diferentes efectos de los cambios en los sistemas generales de seguridad social en salud (SGSSS). Al respecto señala Vargas (2017) que “las transformaciones institucionales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia han derivado en cambios organizativos, cambios en el funcionamiento y cambios de financiamiento de los servicios de salud” (p.3). Entre los efectos de los cambios del SGSSS, se mencionan la ampliación de las coberturas en seguridad social en salud y un moderado avance en la cobertura de las pensiones. Como lo reporta el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- (Citado por Vargas, 2012), en el mes de enero de 2007 cotizaron a pensión el 29.5% de los trabajadores, en el

mes de septiembre de 2016 el 35.7%, es decir, se incrementó en un 6.2%. Estas cifras contrastan con el incremento observado en el mismo lapso en la afiliación a la seguridad social en salud en ambos regímenes (contributivo y subsidiado), donde saltó del 83.8% de afiliados a un 93.2%, es decir, se incrementó en un 9.4%.

Tales diferencias también se observan entre los determinantes de acceso a la seguridad social en salud (SSS) y la pensión. Al respecto señala Mejía, Sánchez y Tamayo (2007) que el hecho que los sujetos estén afiliados al régimen contributivo hace más probable que tengan un mejor estado de salud, lo contrario sucede con las personas adscritas al régimen subsidiado o que no están afiliados, pues se incrementa las posibilidades de presentar estado de salud regular o deficiente al comparársele con los que pertenecen al régimen contributivo. En este contexto señala Franco (2012), que la probabilidad de que las personas se afilien tiene como determinantes el nivel de estudios, el ingreso económico y estar dentro de una actividad de trabajo formalizada. Precisa que es fundamental la inserción laboral en el mercado formal y un alto nivel académico, y estima que es fundamental que las personas cuenten con un empleo formal y un mejor nivel educativo; entre más se incremente su nivel académico se aumentan las posibilidades de realizar las cotizaciones al sistema pensional.

Desde una perspectiva legal existen leyes que regulan la Seguridad Social que apuntan a favorecer la cobertura de la población y hacia el incremento de la afiliación del trabajador independiente; entre estas leyes están la Ley 100 de 1993 y la Ley 1562 de 2012; ambas plantean la mejora de las condiciones del Sistema de Seguridad Social en el país. Esta normativa contribuye al incremento de la cobertura; no obstante, Isaza y Meza (2004) señalan que si bien se ha incrementado

la cobertura no menos cierto es que la calidad del servicio presenta muchas deficiencias en la atención de los usuarios.

En este marco de ideas, Céspedes, Jaramillo y Martínez (2000) señalan que existen deficiencias en los instrumentos de regulación financiera contempladas en la Ley 100 de 1993, precisan que el mercado del sector salud presenta fallas por las siguientes razones: (a) desaparición del mercado; (b) la influencia de los agentes de los mercados en la distorsión de los precios y (c) no maximizar el beneficio mediante el incentivo a la ineficacia; información asimétrica, que conlleva a que se utilice el servicio por sobre los niveles superiores del óptimo social. Reconocen que si bien existen cambios en la organización, en el funcionamiento y el financiamiento que han mejorado la cobertura, no menos cierto es que en la prestación de los servicios no existe equidad, en los que se ven favorecidos los que disponen de mejores recursos y más afectados la población pobre y vulnerable. Un ejemplo de lo anterior, lo señalan Mejía et al. (2007) cuando afirman que más del 50% de la población de Antioquia carece de seguridad social, contrastando con la población del régimen contributivo que tiene mayores posibilidades de presentar un mejor estado de salud. Fundamentados en tales resultados sostienen que la afiliación contribuye a favorecer la demanda de los servicios de atención en la salud.

En concordancia con tales resultados, Toro y Espinosa (2009) señalan que efectivamente el Estado colombiano mediante el Sistema de Salud logró incrementar la afiliación de la población al régimen subsidiado, más no se ha tenido el éxito necesario en lograr el acceso efectivo y de calidad a la atención de los servicios en salud. Señala como ejemplo el caso de Bogotá donde existe un 72% de la población que pertenece al régimen contributivo y el 15% al régimen subsidiado.

2.2.3.1 Barreras de la Afiliación a la Seguridad Social en Salud.

Refiriéndose a las barreras de la afiliación en la seguridad social, Vargas (2017) señala dos tipos de barreras: (a) barreras de oferta y (b) barreras de demanda. Respecto a las primeras, las identifica como aquellas que se relacionan con los procesos administrativos, tales como aquellos que regulan los trámites, la atención deficiente y la baja calidad de los servicios, entre otros aspectos administrativos. Respecto a las segundas, Ayala (2014) las categoriza en función a los costos, gravedad de los problemas en salud y la demanda, del modo siguiente:

- 1) Costos relacionados con las demandas de servicio de salud.
- 2) Percepciones respecto a los altos niveles de dificultad que presentan los problemas de los servicios de atención en salud. Por último,
- 3) La baja demanda relacionada con la cultura y el conocimiento acerca del sistema de salud.

Las estadísticas señaladas por Ayala (2014) describen una situación problemática de la afiliación, en la que por un lado es necesario que la población se afilie, pero también deben existir instrumentos y procedimientos eficaces para que la identificación de las personas permitan realmente que cada quien pertenezca al sistema que le corresponde de acuerdo a su niveles de ingresos y evitar que personas con suficientes ingresos se afilien al sistema contributivo y las más pobres y vulnerables no se afilien o no puedan tener acceso a los servicios de atención a la salud con alta calidad. Tales como se puede observar en las estadísticas siguientes:

- En el 2012 el 91.6% de la población estaba afiliada al SSS, un 8.2% no.

- En las cabeceras el 91.8% estaba afiliado, el 8% no; en el resto de Territorio el 90.7% afiliado, 9.1% no.
- Respecto a los regímenes de afiliación, el total de personas afiliadas a nivel nacional el 45.5% eran del régimen contributivo, el 51.2% del subsidiado, el 3.1% a los especiales.
- En relación a las cabeceras el régimen de afiliación presento las cifras siguientes: el 53.6% era del contributivo; el 42.4% del subsidiado.
- Las personas no afiliadas a nivel nacional es el 8.2%; el 31.2% no se ha afiliado por limitaciones económicas; el 22.9% está en proceso de tramitación y un 13.7% no están tiene vinculación laboral a una empresa u institución.
- La razón de no afiliación en las cabeceras fue: problemas económicos un 36.2%; en trámite un 20% y sin vinculación laboral un 16.6%.

2.2.4 Factores determinantes de Acceso a los servicios de la Salud.

Respecto a los factores determinantes del acceso a los servicios de salud Eslaba, Hernández, Ruiz, Sandoval, Sánchez, Acosta y Matallana (1999) señalan que el acceso a los servicios de salud es un problema que se caracteriza por la relación que se da entre el usuario y el prestador del servicio en la que están presentes las características específicas que definen a cada actor de la interrelación. La problemática de acceso a la salud es bidimensional: (a) el acceso ejecutado o utilizado y (b) el acceso potencial dado por la medición de la posibilidad que tiene cada integrante de la población de utilizar los servicios por la satisfacción de la atención a la salud. Los factores determinantes se refieren a las variables que permiten explicar el acceso ejecutado o que se realizó y los factores condicionantes son las variables que generan la posibilidad de acceder a los servicios de salud.

Los hallazgos de Hernández et al., (1999) fijan que los principales factores determinantes y condicionantes en el acceso a los servicios de salud, están asociados particularmente a las variables demográficas, sociales y económicas de cada una de las poblaciones, de las organizaciones, de cómo funciona la prestación de los servicios de la institución y de las relaciones de éstas con los usuarios durante el proceso de atención.

Respecto a las características específicas que definen a la población, el mismo autor evidenció diferencias relevantes en cada grupo. En el grupo subsidiado, los determinantes de acceso son la edad, sexo, nivel escolar y la ocupación laboral. De este modo, ser de sexo femenino, < a 5 años o > a 45 años, con un nivel educativo alto o disponer de más tiempo libre, son determinantes de más uso de servicios de salud. En el grupo de vinculados, los determinantes observados fueron: sexo y nivel escolar, con más frecuencia de asistencia a los centros de salud; hay mayor uso de los servicios por parte del sexo femenino, en edad juvenil y con mayor nivel educativo inscritas a las IPS.

Entre los factores relacionados con las condiciones particulares del usuario y con la estructura organizativa de cada red de servicio, en el grupo de subsidiados como determinantes de uso están: las necesidades de salud y el sitio consulta. Se halló que los servicios para atender enfermedades son más utilizados que los servicios de control o diagnóstico. En el caso de consultas, estas se realizan particularmente en instituciones de las la redes de ARS. También se determinó que existe relación directa entre uso del servicio y una atención en la consulta con más tiempo, y entre el uso en consultas donde durante la atención no ocurre problema alguno. Esta relación también se observó en el grupo de vinculados más significativa que en los subsidiados

con la característica de estar coligada a terceras variables de oportunidad, como son: el tiempo entre la solicitud de la cita y la fecha de la cita concedida, tiempo que tarda en sala de espera y los problemas durante la atención.

Respecto a las barreras socioeconómicas de la población; entendida como la relación inversa entre la utilización y el pago del servicio, esta correlación es mayor y más diversa para los vinculados que para los subsidiados. En los vinculados tiene mayor relevancia el pago de laboratorios o terapias y en los subsidiados el pago de medicina, consulta de odontología y las terapias. Esto conlleva a inferir que el elevado costo del servicio y la poca disponibilidad de recursos económicos de los usuarios para pagar, es una barrera de acceso. La satisfacción es un condicionante para el futuro uso del servicio. Entre ellos destacan: el trato del personal profesional y el trato del personal administrativo en la IPS, particularmente relacionado con la distancia al centro de salud y los estratos 2 y 3.

Tales resultados son relevantes para los instrumentos de focalización en los procesos de identificación de los diferentes grupos para establecer con mayor precisión los beneficiarios. El aseguramiento contribuye de manera significativa a eliminar las barreras de acceso asociadas a la capacidad de pago de las personas. En consecuencia, cobra relevancia la adecuación de los mecanismos para la identificación y elección del beneficiario del régimen de subsidio y evitar la inequidad entre los diferentes grupos.

2.3 Marco Conceptual

Para la investigación en curso se tomaron como definiciones los siguientes conceptos:

- Acceso: es el hecho de recibir o no la atención médica requerida por las personas que actualmente tienen necesidad de ser atendidos. La evidencia de acceso, es el uso efectivo de los servicios, no solo la presencia en el centro de salud, sino que el acceso se pueda medir por el nivel de uso en relación con la necesidad. (Rodríguez, 2010, p.6)
- Derechos fundamentales: son derechos humanos, los cuales los positiviza el ordenamiento jurídico de manera concreta y que se concretan en espacio y tiempo en un determinado Estado. Además, son los derechos referidos a proteger la dignidad humana en un Estado. Estos derechos no les da nacimiento el poder político, ni la Constitución, sino que se le imponen al Estado. Se reconocen constitucionalmente más no son creados en la Constitución. (Olate, 2012, p.12).
- Régimen Contributivo: es el conjunto de normas que orienta y rige la afiliación de la población con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se encuentran afiliadas a este régimen las personas con capacidad de pago y sus respectivos núcleos familiares. Se considera que las personas tienen capacidad de pago si son: patronos, empleados, trabajadores independientes o pensionados. Los afiliados a éste régimen se clasifican en cotizantes y beneficiarios. (Montes, 2015, p.1)
- Régimen Subsidiado: es el conjunto de normas que orienta y rige la afiliación de la población sin capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se encuentran afiliadas a este régimen, los núcleos familiares sin capacidad de pago, quienes han sido identificados (mediante la encuesta SISBEN) como población pobre y vulnerable. La cotización de estas personas es pagada, parcial o totalmente, por el Estado a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS). (Montes, 2015, p.2)
- Sistema de seguridad social integral: comprende el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para mejorar la 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. (Centro de Investigación y Planeamiento-CEIPA-, 2011, p. 2)

- Sistema General de Seguridad Social: Su función es regular el servicio público esencial y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio, en todos los niveles de atención. (Ceballos, como se cita en Olarte, 2012, p.13)

3. Marco metodológico

3.1 Tipo de Investigación

Las investigaciones descriptivas especifican las propiedades principales de las diferentes unidades de análisis o materiales de estudio ya sean seres humanos, animales u objetos inanimados o cualquier otro fenómeno que sea sometido al análisis; es decir, miden, cuentan o caracterizan de manera independiente los conceptos o variables que se observan en el fenómeno de interés. Su objetivo es presentar los hechos tal como se observan en la realidad (Hernández, Fernández y Baptista, p. 102).

En atención a tal definición, el presente estudio es descriptivo, debido a que el propósito del mismo es establecer los determinantes de la No afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud que mida las variables demográficas y socioeconómicas tal como se presentan en la realidad y cada variable de manera independiente en la población no afiliada, para diseñar estrategias de afiliación a las personas con menores recursos económicos y en situación de vulnerabilidad de la población de San José de Cúcuta del Norte de Santander.

3. 2 Diseño de la Investigación.

Existen diferentes clasificaciones para el diseño de la investigación, al respecto Sampiere (2007), los clasifica en dos tipos de diseño: “en experimentales y no experimentales” (p. 205). Los diseños no experimentales los define como el estudio que se desarrolla sin manipular de manera intencional la variable independiente para observar su efecto en otras variables. Es decir, se observa el fenómeno en su comportamiento natural sin manipulación de la

variable independiente para su posterior análisis. La característica esencial de este diseño es que la población ya pertenece a un grupo o dimensión específica de la variable independiente por autoselección.

Sampieri (2007) también señala, que el diseño no experimental se sub clasifica en diseños transversales y longitudinales. El diseño transversal es aquel en el que el interés del investigador es realizar el análisis del nivel o modalidad de una o varias variables en un momento determinado. En atención a tal definición el diseño de esta investigación es no experimental de carácter transversal, dado que el interés de las investigadoras es establecer la medición de las variables demográficas y socioeconómicas sin manipular ninguna de las mismas, levantando la información directamente de la población objeto de estudio en un momento específico del año 2017.

3.3 Estrategia metodológica

El proyecto de investigación se desarrolló en tres fases, basado en un proceso continuo y escalonado por etapas, las cuales se explican a continuación:

Fase de Planificación: esta fase inició a partir de la identificación del problema de la No afiliación al SGSSS, y se proyectó con el fin de diseñar estrategias de afiliación al sistema para las personas con bajos ingresos y más vulnerables que aún no se encuentran afiliadas. Compartida y aprobada la idea, se elaboró la propuesta de investigación con base a los lineamientos y normas de la Universidad Santo Tomas. El objetivo de esta fase fue elaborar y planificar el proyecto de investigación siguiendo los fundamentos de la metodología de la investigación científica, las

bases teóricas que explican la Seguridad Social y las normas de investigación establecidas institucionalmente. El entregable generado en esta fase, fue el anteproyecto en el cual se describió el diseño, los objetivos y la fundamentación teórica de la investigación.

Fase Analítica: Paso 1: **recolección:** en el primer paso de esta fase, se levantó la información relacionada con las características demográficas y socioeconómicas de la población sujeto de estudio en fuentes primarias y secundarias. El levantamiento de los datos de las fuentes primarias se realizó mediante la aplicación de un cuestionario validado por expertos y mediante prueba piloto para determinar su fiabilidad. Este instrumento se diseñó analizando el histórico de las afectaciones de años anteriores donde se describieron las razones de porqué las personas no realizaron la afiliación, y a partir de esto se elaboraron las preguntas, basados en los objetivos de la investigación. Según sus variables de operacionalización, se desglosaron cuestionamientos pertinentes, que dieron lugar a describir esas variables de interés. El instrumento se aplicó de manera virtual, vía internet, a través de un móvil, accediendo al link <https://goo.gl/forms/65mgmb8GCaGeuhTk1> (formato en PDF Ver anexo 1). Las preguntas se realizaron de forma verbal a la población muestra en las instalaciones del Sisbén y de la Secretaria de Salud- Oficina de Aseguramiento. El levantamiento de las fuentes secundarias se realizó mediante la revisión de la información existente en bases de datos del SISBEN, ARL, DANE e informes del Ministerio de Protección y Salud. El Ministerio elabora una matriz a nivel nacional con el presupuesto para el siguiente año fiscal, donde establece qué población está sin seguridad social y qué población no registra ante el ADRES, que es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y donde se encuentran registradas todas las personas que están afiliadas a algún régimen. Este estamento realiza una validación

anualmente y de acuerdo a eso cada ente hace las distribuciones para saber qué población queda sin asegurar. Para la presente investigación, se analizó la base datos de Cúcuta (ya que todos los entes territoriales cuentan con una herramienta denominada *Consultas XRM*, donde se conectan a la ADRES y esta arroja una información estableciendo que PPNA registra en el sistema) y este dato se cruzó con la matriz inicial, (la cual se encuentra publicada en la página del Ministerio de Protección social) obteniendo la población base sobre la cual se desarrolló el proyecto. Se evaluó el año 2017 – mes de diciembre y se evidenció la población pobre no afiliada (PPNA) a la fecha.

Paso 2: Procesamiento y análisis: en este paso, se procesaron los resultados mediante el uso de técnicas estadísticas e interpretación de la información a la luz de los fundamentos teóricos que explican el comportamiento de las variables. La estadística utilizada fue estadística descriptiva aplicada del caso en estudio. El archivo de las respuestas creó una base de datos en Excel, (herramienta de los formularios de Google) sobre las 102 respuestas (Ver anexo 2), las cuales se trasladaron al programa estadístico SPSS y así se obtuvieron los cálculos, los cuales se editaron de nuevo en Excel para presentarlo como *tablas* en el apartado de *Resultados*.

Paso 3: Resultados: en este paso se analizaron cada uno de los resultados de cada una de las preguntas con el fin de establecer los determinantes que más influyen actualmente en la población pobre no afiliada del Municipio de San José de Cúcuta para no realizar el proceso de afiliación al SGSSS y se establecieron los determinantes de la No afiliación en el municipio.

Paso 4: Comparación: en el último paso de esta fase, se compararon los determinantes descritos por los usuarios, con los estándares de afiliación. El objetivo de esta fase fue desarrollar cada uno de los objetivos específicos de la investigación y el entregable, fue el Informe de Avance, el cual contó con la siguiente estructura: *Datos Generales de la Investigación:* título de la investigación, investigadores, director de la investigación, producto y fecha de entrega; *Datos específicos:* objetivos de la investigación, hipótesis, cronograma de actividades y presupuesto ejecutado,

resultados de la investigación, discusión de los resultados y conclusiones; *Seguimiento y Control*: el cual se elaboró mediante una matriz con la siguiente información:

Seguimiento y control						
Actividad	Meta	Indicador	Monitoreo		% Avance	Observaciones
			Realizada	Pendiente		

Si el monitoreo de la actividad, fue realizada, se rellenó en color verde y se indicó 100% en el casillero de avance. Por otro lado, si la actividad no se había concluido, se rellenó con color amarillo y en pendiente se indicó el % de avance correspondiente. Las actividades que no se habían iniciado se rellenaron en color rojo en la casilla de realizada y en avance indicaron el 0%.

Fase elaboración de estrategias de afiliación. Esta fase se desarrolló a partir de los resultados obtenidos en la investigación. Se hizo una revisión de la literatura que fundamenta los estándares de afiliación, se diseñaron las estrategias, y se registraron en una matriz, las propuestas de estrategias de afiliación a implementar en la población No afiliada al SGSSS de San José de Cúcuta, Norte de Santander. El entregable en esta fase fue el documento con dicha información.

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población. Sampieri et al. (2007), la refiere como el conjunto de personas, grupos, comunidades, objetos, hechos, con características específicas que las definen y conforman las unidades de análisis de interés del investigador. En atención a la referida definición la población objeto de estudio en esta investigación fueron las personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de San José de Cúcuta del Norte de Santander.

3.4.2 Muestra. Sampieri (2007) señala, que es un subconjunto representativo de la población. En consecuencia, es un subgrupo de unidades de análisis que integran la población el cual puede ser probabilístico y no probabilístico. El muestreo no probabilístico se refiere al subconjunto de la población en la que las unidades de análisis seleccionadas para conformar la muestra no dependen de procedimientos probabilísticos. Se realiza atendiendo a las características de la investigación en la que no todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de conformar la muestra. En atención a esta definición el tipo de muestra de esta investigación fue *no probabilística* dado que las investigadoras seleccionaron a los integrantes de la muestra por conveniencia, incluyendo personas No afiliadas al SGSSS en Cúcuta.

La muestra incluyó 102 personas que respondieron las preguntas del cuestionario elaborado. Dicha población fue abordada en dos puntos previamente planeados que correspondieron a las instalaciones del Sisbén y en la oficina de aseguramiento en la Secretaría de Salud del municipio de Cúcuta. Los participantes principalmente fueron amas de casa que son quienes frecuentemente buscan información y legalizan la situación de afiliación de sus familias, pero también se encontraron personas vinculadas a otros oficios, empleados y desempleados.

3.4.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.

3.4.3.1 Criterios de Inclusión.

Se incluyeron en el estudio las personas adultas, con residencia de al menos un año en Cúcuta y su área metropolitana, quienes no aparecieran registradas en las bases de datos como afiliadas al SGSSS.

3.4.3.2 Criterios de Exclusión.

Se excluyeron del estudio las personas con las siguientes características:

- Enfermos cuyo estado de salud impedía el diligenciamiento de los cuestionarios.
- Aquellos quienes se identificaron como extranjeros beneficiarios de los sistemas de seguridad social de su País de Origen.
- Extranjeros residenciados en Cúcuta sin cumplir con las normas legales vigentes de permanencia en el País.

3.5 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas en las que se basó la investigación estuvieron de acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), Resolución N° 008430 de 1993 mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y la Resolución 2378 de 2008 de las Buenas Prácticas Clínicas del Ministerio de Protección.

Debido a que esta investigación se considera como una investigación sin riesgo y en cumplimiento de los aspectos señalados en el Artículo sexto de la referida Resolución, esta investigación se realizó atendiendo a los siguientes criterios:

- La investigación a realizar redujo al mínimo el posible daño al medio ambiente mediante aplicación de las buenas prácticas ambientales.
- La investigación implicó la aplicación de un instrumento a personas sin afiliación, esta fue acompañada por profesionales de la salud que contaban con la educación, formación, calificaciones científicas y ética para la aplicación del instrumento.
- Las investigadoras tomaron las medidas de precaución necesarias para resguardar la privacidad de la información de las personas que participaron en la investigación y su confidencialidad.
- La información demográfica y socioeconómica de las personas no se puede obtener por otros medios idóneos como una fórmula matemática o en investigación en animales.
- La investigación fue sin riesgo para los participantes en tanto diligenciaron un cuestionario. Por consiguiente no existió intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes.
- Las personas que participaron en la investigación firmaron previamente el consentimiento informado, de manera voluntaria y con la facultad para retractarse de continuar cuando así lo estimaran pertinente.
- Las Investigadoras son profesionales de la salud realizando estudios de Maestría en Protección social y fueron responsables del desarrollo ético y profesional de la investigación.

3.6 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó en esta investigación con el fin de recolectar la información para el desarrollo del primer objetivo, fue *el análisis de bases de datos de fuentes secundarias*, con base en las variables de interés para el estudio. La información obtenida se sistematizó, y a partir de la información obtenida de los datos demográficos y socioeconómicos de la población objeto de estudio, se registró en una matriz de datos en el Programa Excel.

Para el levantamiento de la información complementaria del primer objetivo y toda la información del segundo, se utilizó la técnica del *cuestionario*. El instrumento para registrar la información fue el formulario que se aplicó a la población objeto de estudio.

3.7 Procesamiento y Análisis de la Información

Para el procesamiento de la información se utilizaron las técnicas de la estadística descriptiva mediante la elaboración de tablas de frecuencia, para agrupar y resumir los datos referidos a los resultados obtenidos de la medición de las variables demográficas y socioeconómicas de la muestra representativa de la población objeto de estudio. Los resultados se presentaron mediante gráficos (tortas y barras) de los porcentajes obtenidos en cada una de las preguntas aplicadas. La interpretación de los resultados se realizó a partir de sus implicaciones teóricas y prácticas para el diseño de las estrategias de afiliación dirigidas a la población no afiliada al SGSSS de Cúcuta, Norte de Santander. El Programa utilizado fue el SPSS 24.0

4. Análisis e interpretación de resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación, los cuales se muestran en tres subdivisiones siguiendo el desarrollo de los objetivos específicos así: como primera medida en el numeral 4.1, se evidencian las características demográficas y socioeconómicas de la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales comprenden: edad, sexo, estado civil, zona donde reside, vivienda donde reside, estrato social, número de hijos, número de adultos mayores en el hogar y algún miembro estudiando en institución privada ; como respuesta al segundo objetivo específico, se dan a conocer los determinantes de la No afiliación de la población de San José de Cúcuta, los cuales están descritos en el numeral 4.2 y comprenden: atención de los servicios de salud, afiliación al Sisben, nivel asignado, percepción sobre la protección en salud con el carnet del Sisben, nivel educativo, aspecto laboral, ingreso no laboral, posición ocupacional, tamaño de la empresa donde labora, forma de contrato, contrato permanente, horas semanales de trabajo, días de la semana que trabaja, sector en que se desempeña, segundo empleo, años de antigüedad en el trabajo actual, causas de la No afiliación al SGSSS, razones de la No afiliación al SGSSS diferentes a las listadas anteriormente.

Finalmente, y dando cumplimiento al tercer objetivo específico, en el numeral 4.3, se plantean diferentes estrategias para lograr la afiliación de la población No afiliada, las cuales incluyen: información sobre el SGSSS, capacitación sobre el SGSSS, aseguramiento al SGSSS, formación de conciencia ciudadana para la afiliación al SGSSS, transformación de la actitud de afiliación al SGSSS, calidad de los servicios de salud para favorecer la afiliación al SGSSS y sistemas de información y citas de los servicios de salud para favorecer la afiliación al SGSSS.

La información se describe textualmente y en seguida, se muestra la tabla correspondiente a los datos estadísticos y la representación gráfica de la respectiva información.

4.1 Aspectos Socio Económicos - Demográficos

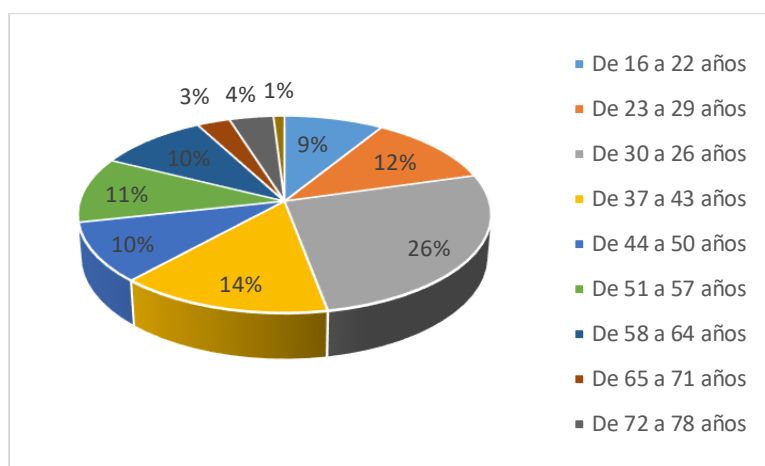
4.1.1 Edad.

La población no afiliada al SGSSS en Cúcuta se encuentra en un rango de 16 a 22 años, con un 8,8%; de 23 a 29, un 11,8%; de 30 a 36, un 26,5%; de 30 a 36, un 26,5%; de 37 a 43, un 14,7%; de 44 a 50, un 9,8%; de 51 a 57, un 10,8%; de 58 a 64, un 9,8%; de 65 a 71, un 2,9%; de 72 a 78, y un 3,9%; de 79 a 85%, con un 1,0%. Tales resultados evidencian que la población joven y en adultez temprana representa el 61,8%; la adultez intermedia representa el 30,4% y la tardía representa el 7,8% de la población no afiliada al SGSSS, es decir los servicios de salud no están cubriendo a la población joven y adultez temprana en mayor proporción.

Tabla 1. Edad

No.	Intervalo		fi	Fi	hi	Hi
	Límite Inferior	Limite Superior				
1	16	22	9	9	8.8%	8.8%
2	23	29	12	21	11.8%	20.6%
3	30	36	27	48	26.5%	47.1%
4	37	43	15	63	14.7%	61.8%
5	44	50	10	73	9.8%	71.6%
6	51	57	11	84	10.8%	82.4%
7	58	64	10	94	9.8%	92.2%
8	65	71	3	97	2.9%	95.1%
9	72	78	4	101	3.9%	99.0%
10	79	85	1	102	1.0%	100.0%
			102		100.0%	

Figura 1. Edad



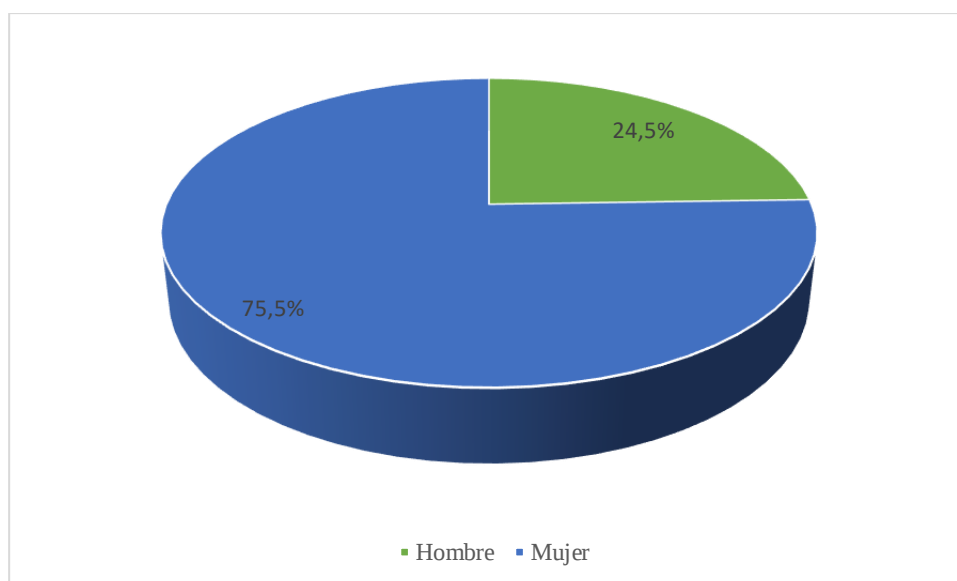
4.1.2 Sexo.

Los resultados determinan que el sexo de la población no afiliada al SGSSS, se distribuye del modo siguiente: 75,5% son mujeres y el 24,5% son hombres, en consecuencia existe un porcentaje altamente significativo de mujeres que no están afiliadas. Con lo cual las políticas de atención a la mujer, se ven afectadas al no lograrse el acceso al SGSSS de manera significativa, por ende a la prestación de los servicios dirigidos a las mujeres.

Tabla 2. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	25	24.5	24.5	24.5
	Mujer	77	75.5	75.5	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 2. Sexo



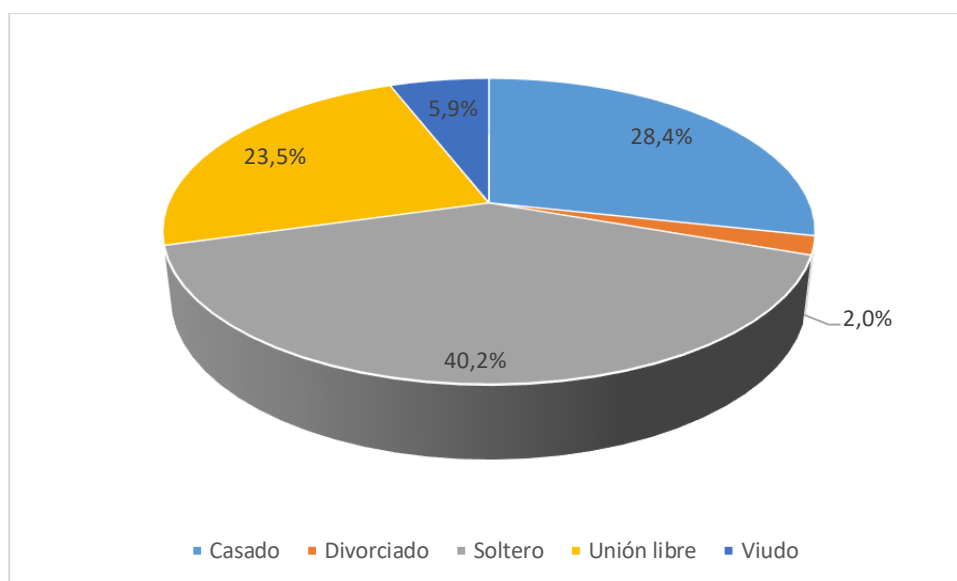
4.1.3 Estado Civil.

Los resultados del Estado civil de la población No afiliada al SGSSS determinan lo siguiente: casados un 28,4%; divorciados un 2,0%; solteros un 40,2%; unión libre un 23,5% y viudos un 5,9%. Tales hallazgos permiten evidenciar que los solteros constituyen la población con mayor porcentaje de no afiliación.

Tabla 3. Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado	29	28.4	28.4	28.4
	Divorciado	2	2.0	2.0	30.4
	Soltero	41	40.2	40.2	70.6
	Unión libre	24	23.5	23.5	94.1
	Viudo	6	5.9	5.9	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 3. Estado Civil



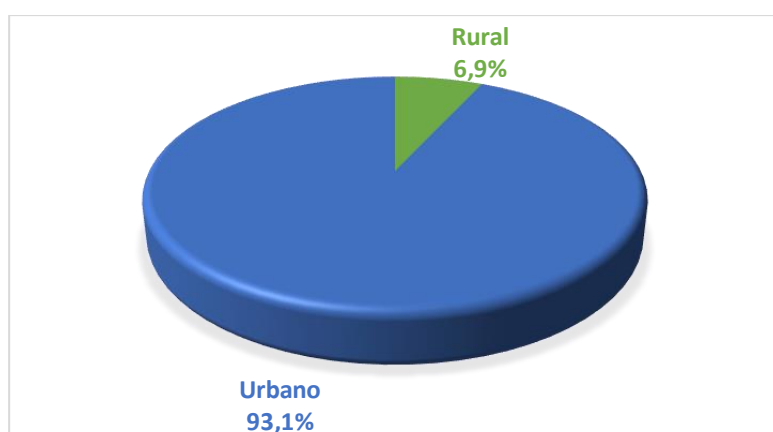
4.1.4 Zona donde reside.

Los resultados determinan que la población no afiliada al régimen reside en la zona urbana en un 93,1% y en la zona rural en un 6,9%. Estos resultados permiten inferir que la población urbana no está cubierta por el SGSSS, lo cual afecta la efectividad de las políticas de salud de atención en el sector Urbano.

Tabla 4. Zona donde reside

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rural	7	6.9	6.9	6.9
	Urbano	95	93.1	93.1	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 4. Zona donde reside



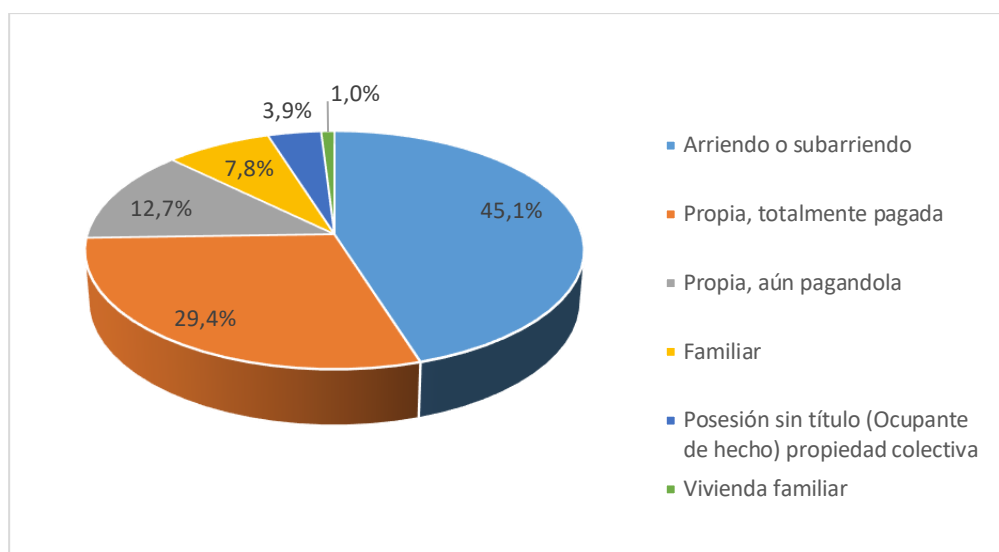
4.1.5 Vivienda donde reside.

Los resultados referentes a la vivienda donde residen permitieron evidenciar lo siguiente: en arriendo vive un 45,1%; en vivienda propia totalmente pagada, un 29,4%; en vivienda propia aun pagándola, un 12,7%; con un familiar, un 7,8%; en posesión sin título, un 3,9% y en casa o vivienda familiar 1%. Tales resultados evidencian que un porcentaje significativo de la población vive en arriendo, con lo cual se denota que las políticas públicas para acceso a la vivienda no logran la efectividad de beneficiar a la población con menores recursos.

Tabla 5. La vivienda donde reside

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Arriendo o subarriendo	46	45.1	45.1	45.1
	Propia, totalmente pagada	30	29.4	29.4	74.5
	Propia, aún pagándola	13	12.7	12.7	87.3
	Familiar	8	7.8	7.8	95.1
	Posesión sin título (Ocupante de hecho) propiedad colectiva	4	3.9	3.9	99.0
	Vivienda familiar	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 5. La vivienda donde reside



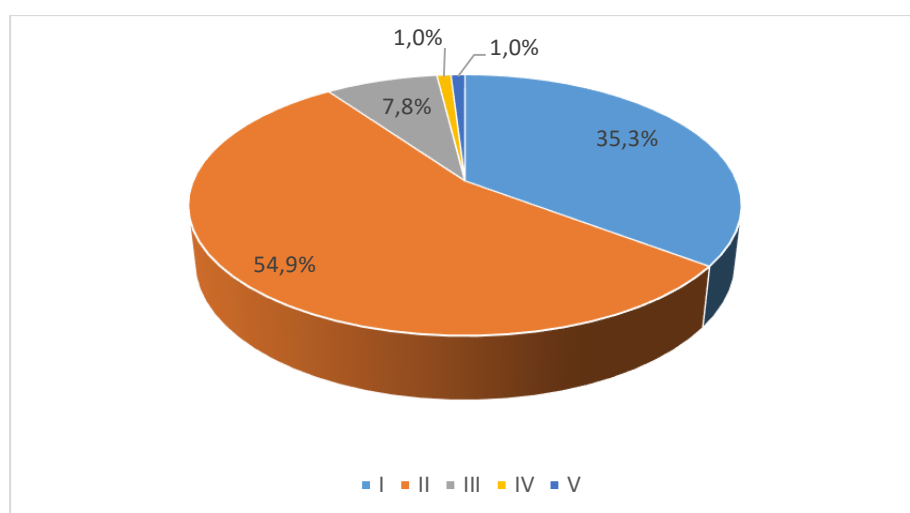
4.1.6 Estrato social.

Los resultados determinan que el estrato social al que pertenece la población no afiliada al SGSSS son los siguientes: Estrato I, con un 35,3%; Estrato II, con un 54,9%; Estrato III con un 7,8%; Estrato IV, con un 1,0% y Estrato V, con un 1,0%. Tales resultados permiten señalar que el 90% de la población no afiliada pertenece a los estratos I y II, a quienes precisamente tiene mayor enfoque las políticas del SGSSS para beneficiar a las clases con menores recursos y mayor vulnerabilidad.

Tabla 6. Estrato social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	I	36	35.3	35.3	35.3
	II	56	54.9	54.9	90.2
	III	8	7.8	7.8	98.0
	IV	1	1.0	1.0	99.0
	V	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 6. Estrato Social



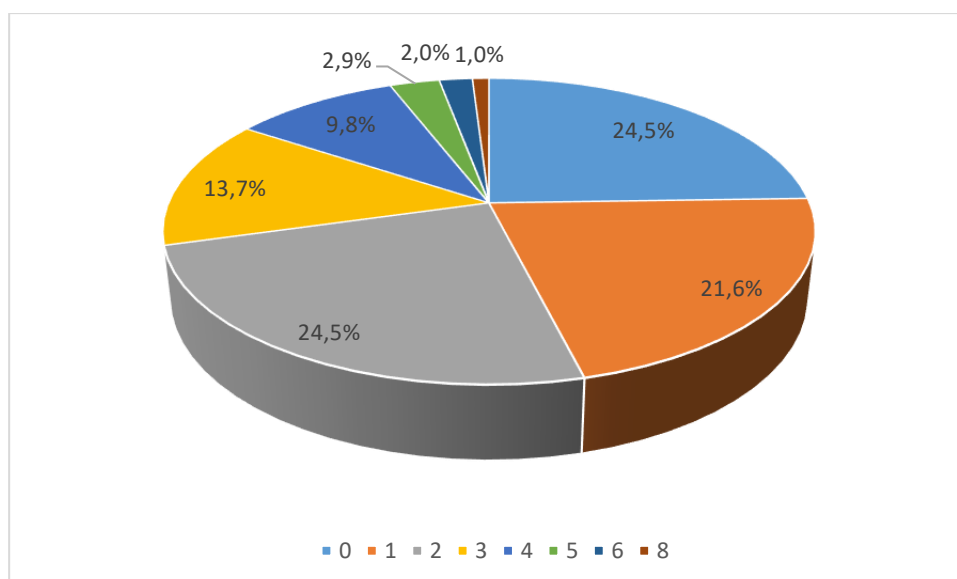
4.1.7 Número de Hijos.

Los resultados del Número de Hijos de la Población no afiliada determinaron lo siguiente: predominan las familias sin hijos 24.5% y con dos hijos, con el mismo porcentaje 24,5%; seguido con un hijo el 21,6%; con tres hijos el 13,7%; con cuatro hijos el 9,8%; con cinco hijos el 2,9%; con seis hijos el 2,0% y con ocho hijos el 1%. Las familias se caracterizan por estar conformados por cuatro y cinco integrantes. El que no estén afiliadas, representa un problema que afecta los objetivos de cobertura y accesibilidad a los SGSSS.

Tabla 7. Número de hijos (en el hogar)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	25	24.5	24.5	24.5
	1	22	21.6	21.6	46.1
	2	25	24.5	24.5	70.6
	3	14	13.7	13.7	84.3
	4	10	9.8	9.8	94.1
	5	3	2.9	2.9	97.1
	6	2	2.0	2.0	99.0
	8	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 7. Número de Hijos (en el Hogar)



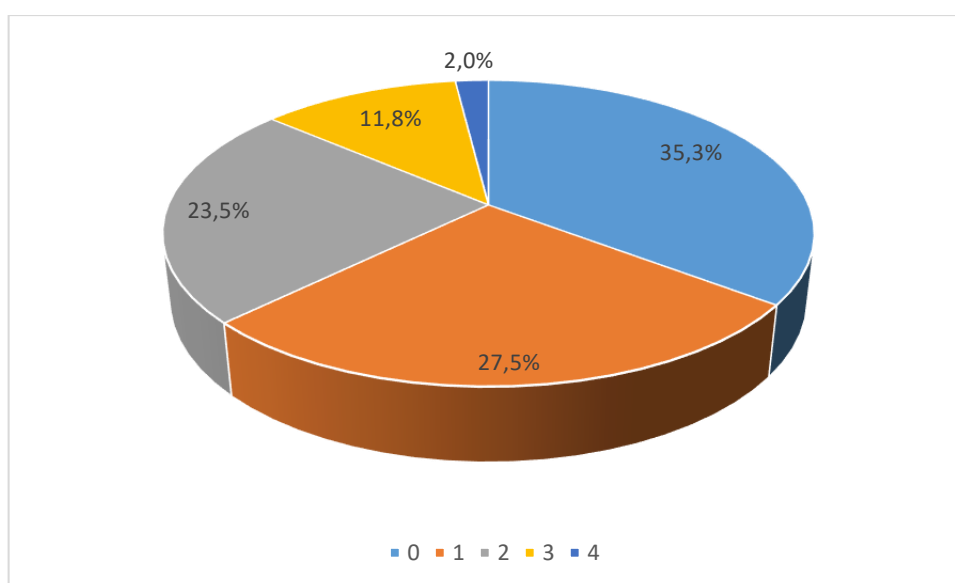
4.1.8 Número de adultos mayores en el hogar.

Los resultados determinan que el número de adultos mayores en los hogares de la población NO afiliada, son los siguientes: con el mayor predominio, de cero adultos el 35, %; seguido, con un adulto el 27,5%; en tercer lugar, con dos adultos el 23,5%; en cuarto lugar, con tres adultos el 11,8% y en quinto lugar, con cuatro adultos el 2,0%. Las familias se caracterizan por la ausencia de adultos mayores integrantes el hogar.

Tabla 8. Número de adultos mayores (en el hogar)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	36	35.3	35.3	35.3
	1	28	27.5	27.5	62.7
	2	24	23.5	23.5	86.3
	3	12	11.8	11.8	98.0
	4	2	2.0	2.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 8. Número de adultos mayores (en el hogar)



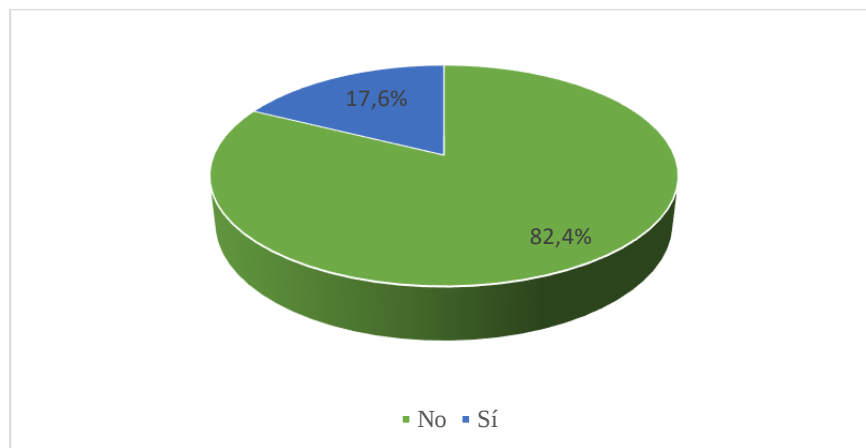
4.1.9 Algún miembro estudiando en instituto privado.

Los resultados determinan que las familias con algún integrante estudiando en institutos privados son los siguientes: en primer lugar el 82,4% no tiene miembros estudiando en institución privada, y en segundo lugar el 17,6% si tiene. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de las familias no tiene integrantes estudiando en instituciones privadas. Por consiguiente, el incremento del acceso y la calidad de los servicios educativos de educación pública se constituyen en una estrategia fundamental para la formación y capacitación de la familia colombiana.

Tabla 9. Algún miembro estudiando en instituto privado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	84	82.4	82.4	82.4
	Sí	18	17.6	17.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 9. Algún miembro estudiando en instituto privado



4.2 Determinantes de la no afiliación de la población de San José de Cúcuta

4.2.1 Atención de los servicios de salud.

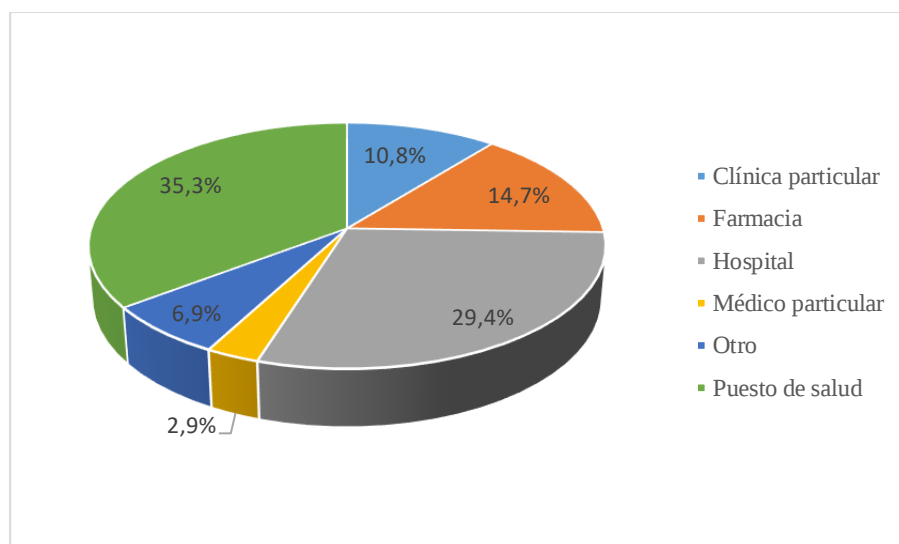
Los resultados determinan que las personas en caso de enfermedad acuden a: Puesto de salud en un 35,3%; Hospital en un 29,4%; Farmacia en un 14,7%; Clínica particular en un 10,8%; Otro en un 6,9% y médico particular en un 2,9%. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de personas tienen como alternativa principal los puestos de salud, en segunda instancia el hospital y tercera las farmacias y como una última alternativa el médico particular. En síntesis las de mayor accesibilidad son los centros de salud y el de menor accesibilidad el médico particular.

Tabla 10. Donde acude en caso de enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Clínica particular	11	10.8	10.8	10.8
	Farmacia	15	14.7	14.7	25.5
	Hospital	30	29.4	29.4	54.9
	Médico particular	3	2.9	2.9	57.8

Otro	7	6.9	6.9	64.7
Puesto de salud	36	35.3	35.3	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Figura 10. Donde acude en caso de enfermedad



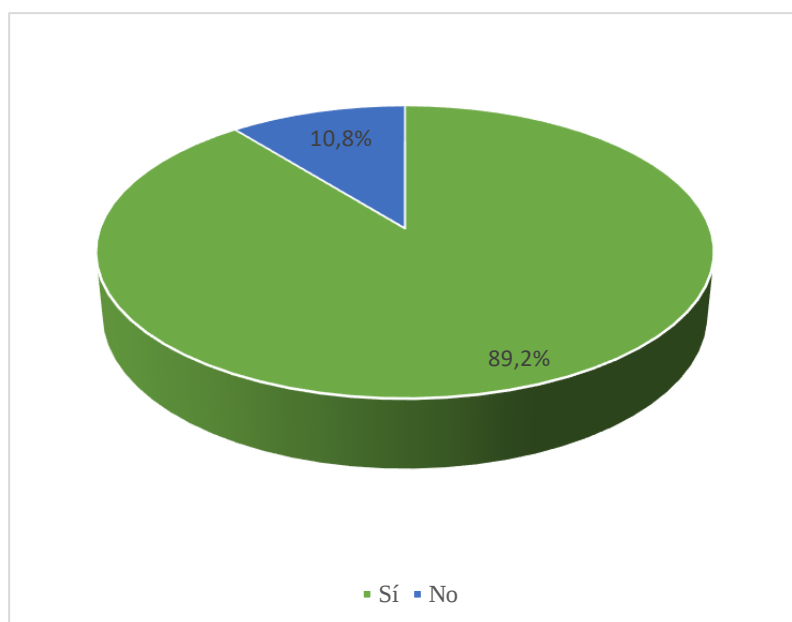
4.2.2 Afiliación al SISBEN.

Los resultados permiten determinar que un 89.2% de los participantes SI está afiliado al Sisbén y el restante 10.8% no se encuentra vinculado, lo que hace que esta población esté completamente desprotegida en el acceso a los servicios de salud básicos. El 89.2% posee la cobertura establecida para el sisbén.

Tabla 11. Afiliación al SISBEN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	11	10.8	10.8	10.8
	Sí	91	89.2	89.2	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 11. Afiliación al SISBEN



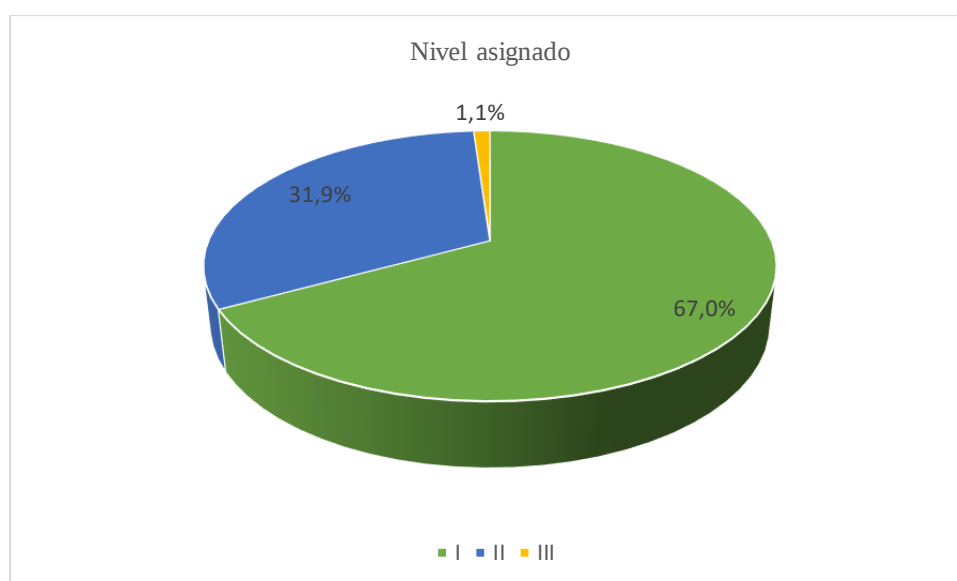
4.2.3 Nivel Asignado.

Los resultados determinan que las personas afiliadas al SISBEN tienen los siguientes niveles asignados: el nivel I un 67%; nivel II un 31,9% y nivel III 1,1%. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de personas afiliadas al SISBEN están clasificadas en el nivel I. Esta característica refleja un alto porcentaje de afiliados que requieren ser atendidos por el SISBEN en la expansión y ejecución efectiva de programas sociales hacia este sector focalizado de la población.

Tabla 12. Nivel asignado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	I	61	67.0	67.0	67.0
	II	29	31.9	31.9	98.9
	III	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	89.2	100.0	
Perdidos	Sistema	11	10.8		
Total		102	100.0		

Figura 12. Nivel asignado



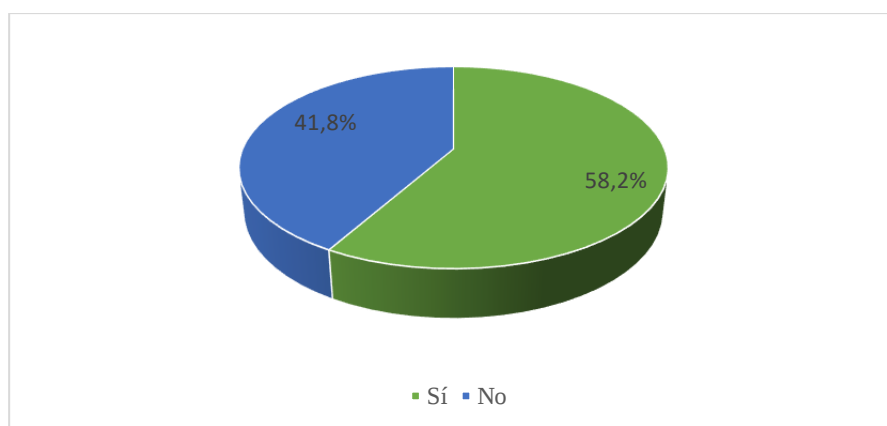
4.2.4 Percepción sobre la protección en salud con el carnet del SISBEN.

Los resultados determinan que las personas afiliadas al SISBEN tienen la percepción sobre la protección en salud, que se refiere a continuación: SI se siente protegida en salud, un 58,2% y No se siente protegida, en un 41,8%. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de personas afiliadas al SISBEN perciben que están protegidas en salud por estar afiliadas al SISBEN. Esta percepción puede limitar el hecho de afiliarse al SGSSS, para tener la posibilidad efectiva de recibir la atención en salud.

Tabla 13. Percepción sobre la protección en salud con el carnet del SISBEN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	53	58.2	58.2	58.2
	No	38	41.8	41.8	100.0
	Total	91	89.2	100.0	
Perdidos	Sistema	11	10.8		
Total		102	100.0		

Figura 13. Percepción sobre la protección en salud con el carnet del SISBEN



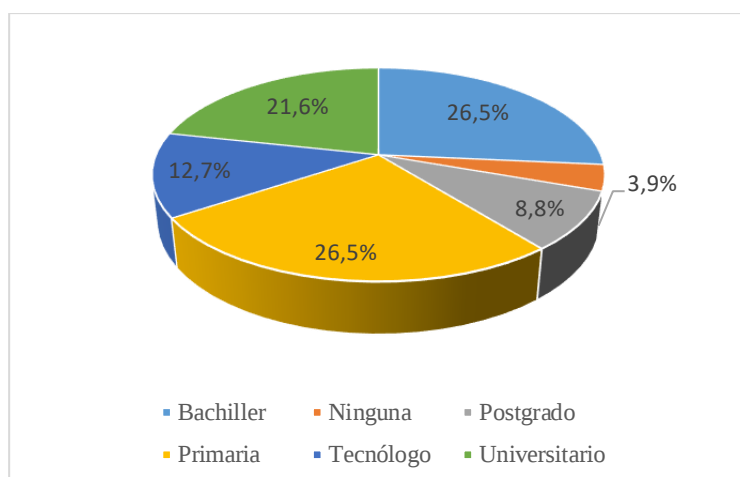
4.2.5 Nivel educativo.

Los resultados determinan que el nivel educativo de los participantes fue: Nivel de Primaria un 26,5%; nivel de Bachiller, un 26,5%; Nivel universitario, un 21,6%; nivel de Tecnólogo, un 12,7%; estudios de Posgrado, un 8,8% y ningún estudio, un 3,9%. Tales resultados permiten señalar que los niveles educativos son homogéneos entre primaria, bachiller y universitario; no obstante son heterogéneos con Posgrados, tecnólogos y ninguno. Este hecho evidencia la necesidad de crear alternativas de acceso a los diferentes niveles de educación para el continuo desarrollo de la población en lograr avanzar en el acceso a la educación.

Tabla 14. Educación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bachiller	27	26.5	26.5	26.5
	Ninguna	4	3.9	3.9	30.4
	Postgrado	9	8.8	8.8	39.2
	Primaria	27	26.5	26.5	65.7
	Tecnólogo	13	12.7	12.7	78.4
	Universitario	22	21.6	21.6	100.0
Total		102	100.0	100.0	

Figura 14. Educación



4.2.6 Situación Laboral.

Los resultados determinan que el nivel de ingreso-situación laboral de los participantes, es el siguiente:

Sin ingresos: ama de casa, el 27%; desempleado, el 17%; empleado, el 0%; independiente, el 0%;

Menor al sueldo básico: ama de casa, el 0%; desempleado, el 0%; empleado, el 0%; independiente, el 4%;

Con sueldo básico: ama de casa, el 0%; desempleado, el 0%; empleado, el 27%; independiente, el 9%;

Con dos sueldos básicos: ama de casa, el 0%; desempleado, el 0%; empleado, el 8%; independiente, el 1%;

Con tres sueldos básicos: ama de casa, el 0%; desempleado, el 0%; empleado, el 5%; independiente, el 0%;

Con cuatro sueldos básicos: ama de casa, el 0%; desempleado, el 0%; empleado, el 1%; independiente, el 0%;

Con cinco sueldos básicos: ama de casa, el 0%; desempleado, el 0%; empleado, el 1%; independiente, el 0%.

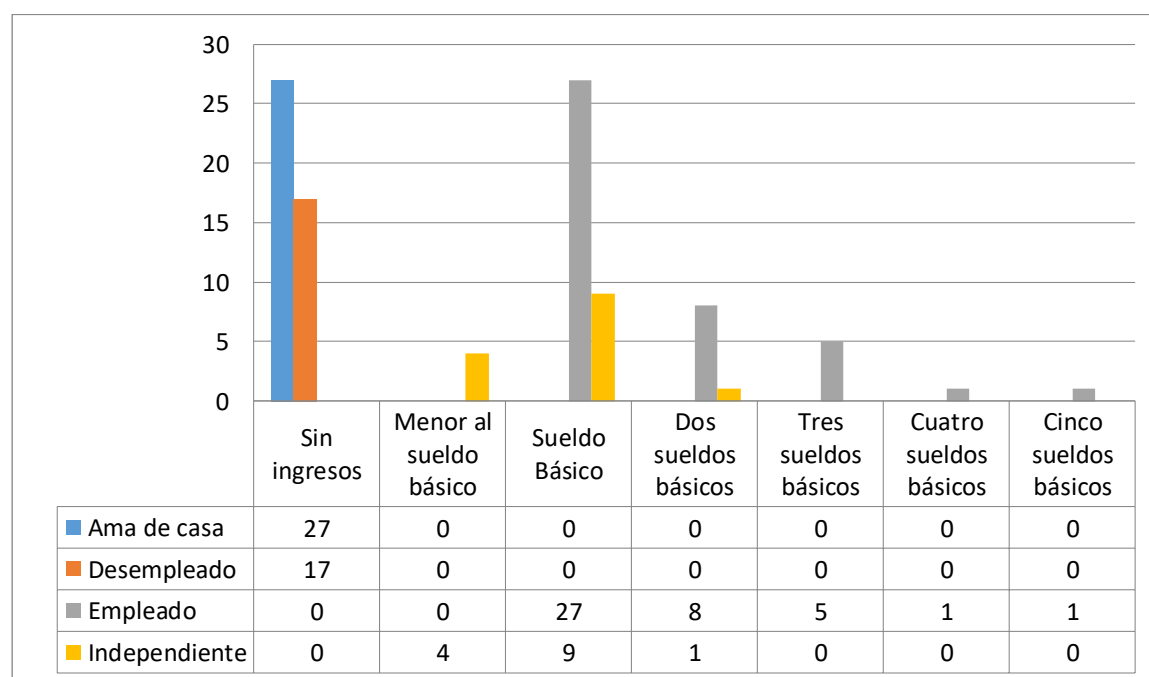
Tales resultados permiten señalar que los participantes: carece de ingresos, el 44%; menor al sueldo básico, el 4%; sueldo básico, el 36%; con dos sueldos básicos, el 9%; con tres sueldos básicos, el 5%; con cuatro sueldos básicos, el 1%; con cinco sueldos básicos, el

1%. Este hecho evidencia un número significativos de participantes sin sueldo básico y una alta heterogeneidad entre el nivel de ingresos y la situación laboral, caracterizados por presentar en su mayoría problemas para disponer de recursos económicos para atender las necesidades de salud.

Tabla 15. Nivel de Ingreso-situación laboral

			Situación laboral				Total	
			Ama de casa	Desempleado	Empleado	Independiente		
Nivel de ingresos	Sin ingresos		Frecuencia	28	17	0	0	45
			Porcentaje	27%	17%	0%	0%	44%
	Cinco sueldos básicos	Frecuencia	0	0	1	0	1	
		Porcentaje	0%	0%	1%	0%	1%	
	Cuatro sueldos básicos	Frecuencia	0	0	1	0	1	
		Porcentaje	0%	0%	1%	0%	1%	
	Dos sueldos básicos	Frecuencia	0	0	8	1	9	
		Porcentaje	0%	0%	8%	1%	9%	
	Menor al sueldo básico	Frecuencia	0	0	0	4	4	
		Porcentaje	0%	0%	0%	4%	4%	
	Sueldo básico		Frecuencia	0	0	28	9	37
			Porcentaje	0%	0%	27%	9%	36%
Tres sueldos básicos	Frecuencia	0	0	5	0	5		
	Porcentaje	0%	0%	5%	0%	5%		
Total			Recuento	28	17	43	14	102
			% del total	27%	17%	42%	14%	100%

Figura 15. Aspecto Laboral



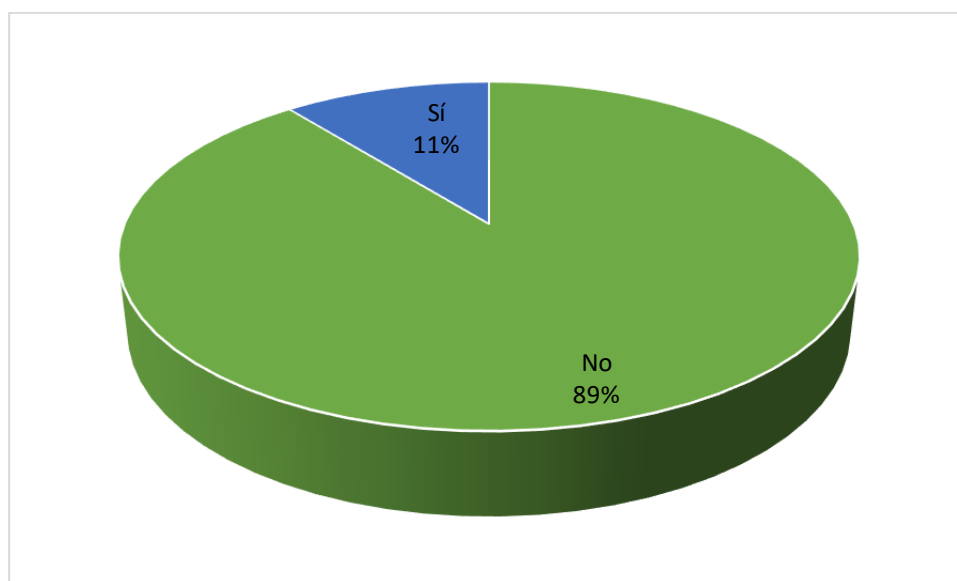
4.2.7 Ingreso no laboral.

Los resultados determinan con relación al ingreso no laboral, lo siguiente: SI tiene ingreso no laboral, un 89,2% y No tienen ingreso no laboral, un 10,8%. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de participantes reciben ingresos no laborales. Este hace evidente la necesidad de lograr la cobertura en el 100% afiliada o no al SISBEN, con programas sociales que promuevan la atención en salud y en las necesidades básicas de la población.

Tabla 16. Ingreso no laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	91	89.2	89.2	89.2
	Sí	11	10.8	10.8	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Figura 16. Ingreso no laboral



4.2.8 Posición Ocupacional.

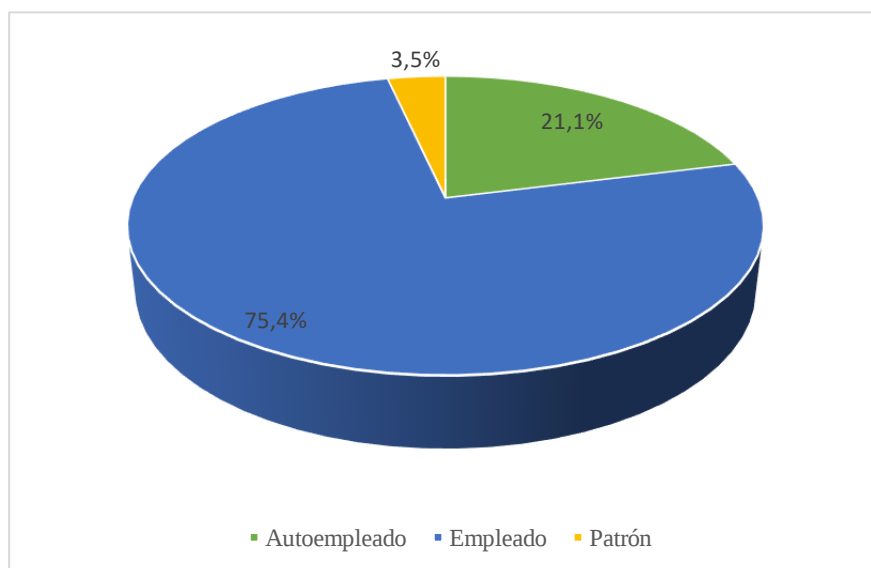
Los resultados determinan que la posición ocupacional, es la siguiente: empleado, el 75,4%; autoempleado, el 21,1% y patrón, el 3,5%. Tales resultados permiten señalar que un

número significativo de participantes que laboran, son empleados. Este hecho reitera la necesidad de gestionar los procesos del SGSS hacia el logro de una cobertura en un 100% de la población de Cúcuta. En este contexto las competencias de gestión de las autoridades del SGSS y del SGSSS, tienen un reto esencial respecto hacer efectiva la cobertura a la población necesitada de los servicios de ambos sistemas.

Tabla 17. Posición Ocupacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Autoempleado	12	21.1	21.1	21.1
	Empleado	43	75.4	75.4	96.5
	Patrón	2	3.5	3.5	100.0
	Total	57	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	45	44.1		
Total		102	100.0		

Figura 17. Posición Ocupacional



4.2.9 Tamaño de la empresa donde labora.

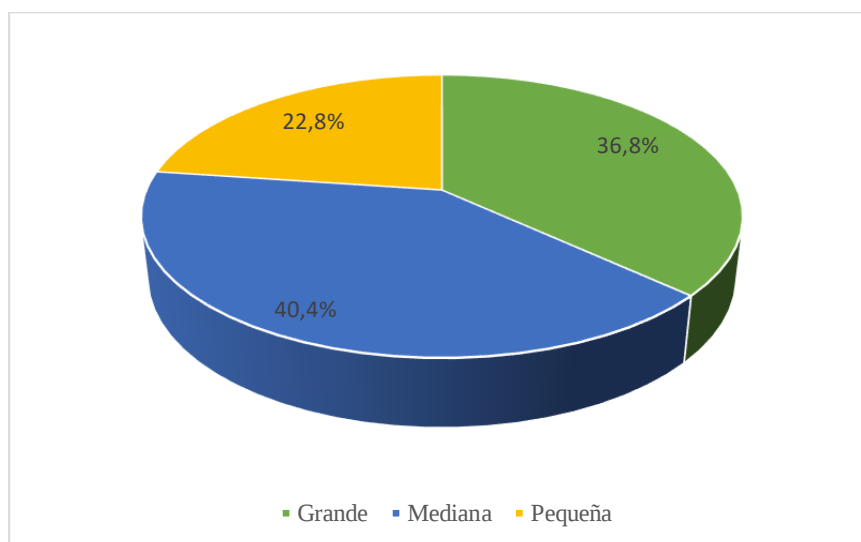
Los resultados determinan qué el tamaño de la empresa donde laboran los participantes es el siguiente: el 40,4% es mediana empresa; el 36,8%, es gran empresa y el

22,8%, es pequeña empresa. Tales resultados permiten señalar que en un número significativo las empresas medianas, están a la cabeza de la generación de empleo en la población en Cúcuta, seguida de las grandes empresas. Este hecho evidencia la importancia de promover el emprendimiento y la pequeña empresa como alternativa de generación de empleo en San José de Cúcuta, a fin de contribuir a fomentar las oportunidades de afiliación al SGSSS.

Tabla 18. Tamaño de la empresa donde labora.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Grande	21	36.8	36.8	36.8
	Mediana	23	40.4	40.4	77.2
	Pequeña	13	22.8	22.8	100.0
	Total	57	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	45	44.1		
Total		102	100.0		

Figura 18. Tamaño de la empresa donde labora.



4.2.10 Forma de Contrato.

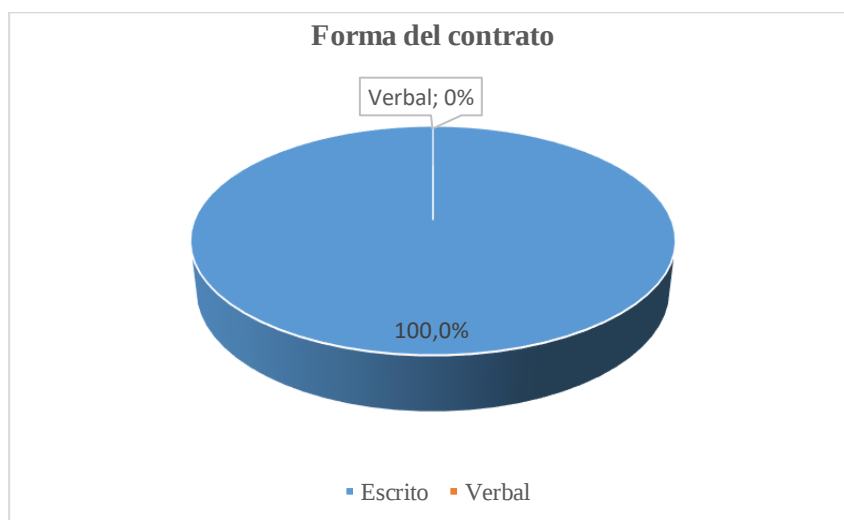
Los resultados determinan qué la forma de contrato, es la siguiente: escrito, el 100% y verbal, el 0%. Tales resultados permiten señalar que la totalidad de los participantes que

laboran, tienen contrato escrito. Este hecho contrasta con un número significativo de participantes que no están afiliados al SGSS. En consecuencia es necesario que los beneficiarios de los programas sociales SGSS, sean la población que está identificada realmente en el SISBEN como potencial beneficiaria de los programas sociales, en pro de una mayor justicia social.

Tabla 19. Forma del contrato

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Escrito	43	100.0	100.0	100.0
	Verbal	0	.0	.0	100.0
	Total	43	42.2	100.0	
Perdidos	Sistema	59	57.8		
Total		102	100.0		

Figura 19. Forma del contrato



4.2.11 Contrato permanente.

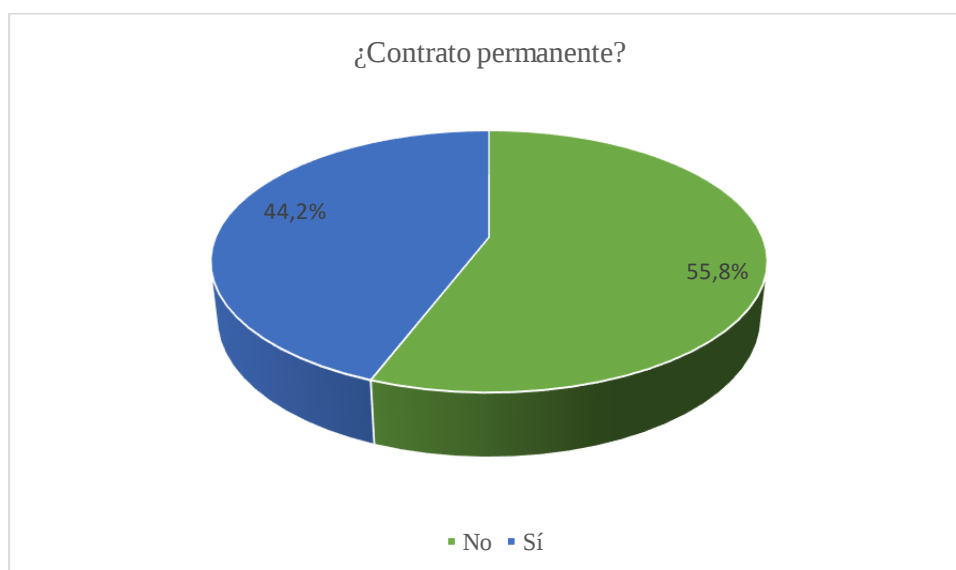
Los resultados determinan que la situación de contrato permanente, es la siguiente: SI tiene, un 44,2% y No tienen, un 55,8%. Tales resultados permiten señalar que más de la mitad

de los participantes no tienen un contrato permanente. Esto hace evidente que la Seguridad Social, la estabilidad laboral y la afiliación del SGSS están afectadas por el sistema de contratación de los trabajadores de Cúcuta.

Tabla 20. Contrato permanente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	24	55.8	55.8	55.8
	Sí	19	44.2	44.2	100.0
	Total	43	42.2	100.0	
Perdidos	Sistema	59	57.8		
Total		102	100.0		

Figura 20. Contrato permanente



4.2.12 Horas semanales de Trabajo.

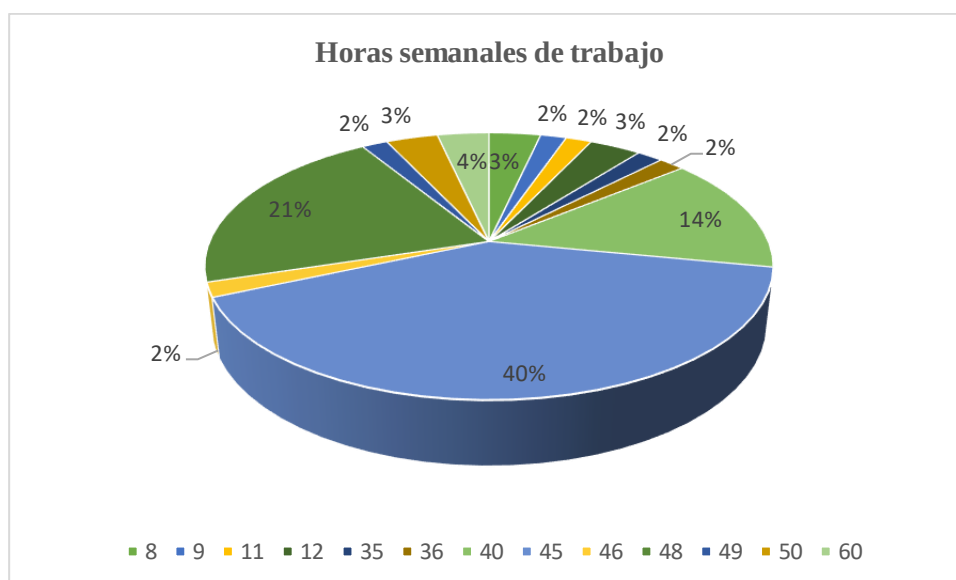
Los resultados determinan que la situación de horas semanales de trabajo (HST), es la siguiente: el 40,4%, tiene 45 HST; el 21,1% tiene 48HST; el 14% tiene 40HST; el 3,5% tiene el mismo porcentaje en los que laboran: 8, 12, 50 o 60HST; el 1,8% tiene: 9,11, 35, 36 y 46HST. Tales resultados permiten señalar que solo un 14% tiene trabajo conforme a la ley de 40 horas semanales y un 72,1% trabaja con un número superior entre 45-60 HTS, este hecho

afecta la calidad de vida de la población y los objetivos del SGSS y reitera la inequidad social que afecta a la clase trabajadora.

Tabla 21. Horas semanales de Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	2	3.5	3.5	3.5
	9	1	1.8	1.8	5.3
	11	1	1.8	1.8	7.0
	12	2	3.5	3.5	10.5
	35	1	1.8	1.8	12.3
	36	1	1.8	1.8	14.0
	40	8	14.0	14.0	28.1
	45	23	40.4	40.4	68.4
	46	1	1.8	1.8	70.2
	48	12	21.1	21.1	91.2
	49	1	1.8	1.8	93.0
	50	2	3.5	3.5	96.5
	60	2	3.5	3.5	100.0
	Total	57	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	45	44.1		
Total		102	100.0		

Figura 21. Horas semanales de Trabajo



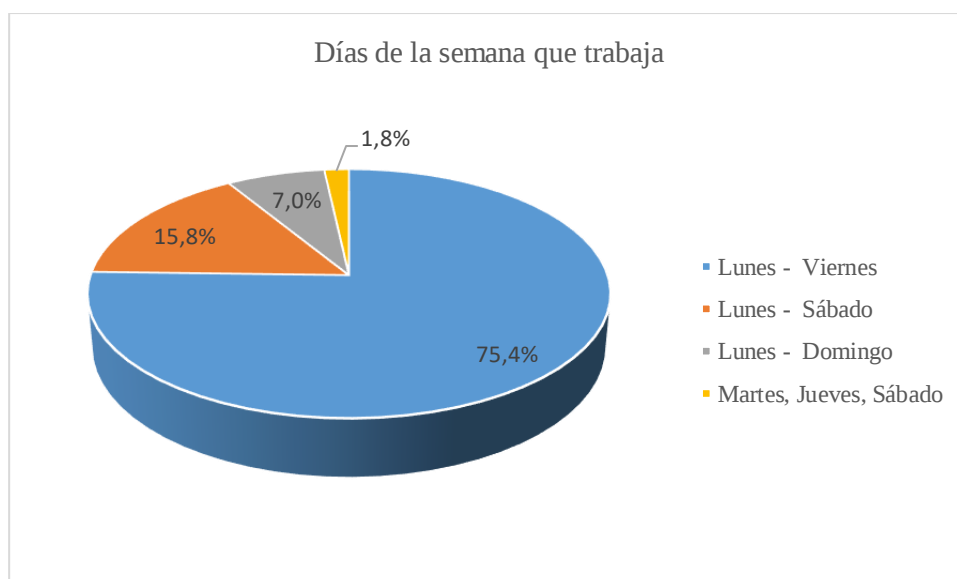
4.2.13 Días de la semana que trabaja.

Los resultados determinan que los días de la semana que trabajan los participantes son: Lunes a viernes, el 75,4%; Lunes a sábado, el 15,8%; Lunes a domingo, el 7%; Martes, Jueves y Sábado, el 1,8%. Tales resultados permiten señalar que un número significativo trabaja durante los días laborales de la semana y un número no significativo trabaja durante toda la semana. No obstante aunque estadísticamente el 7% no sea significativo, desde la perspectiva de la calidad de vida, el trabajar por más de 40 horas en la semana afecta el descanso necesario y contribuye a generar el estrés en la población trabajadora.

Tabla 22. Días de la semana que trabaja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lunes - Viernes	43	75.4	75.4	75.4
	Lunes - Sábado	9	15.8	15.8	91.2
	Lunes - Domingo	4	7.0	7.0	98.2
	Martes, Jueves, Sábado	1	1.8	1.8	100.0
	Total	57	55.9	100.0	
	Sistema	45	44.1		
Perdidos					
Total		102	100.0		

Figura 22. Días de la semana que trabaja



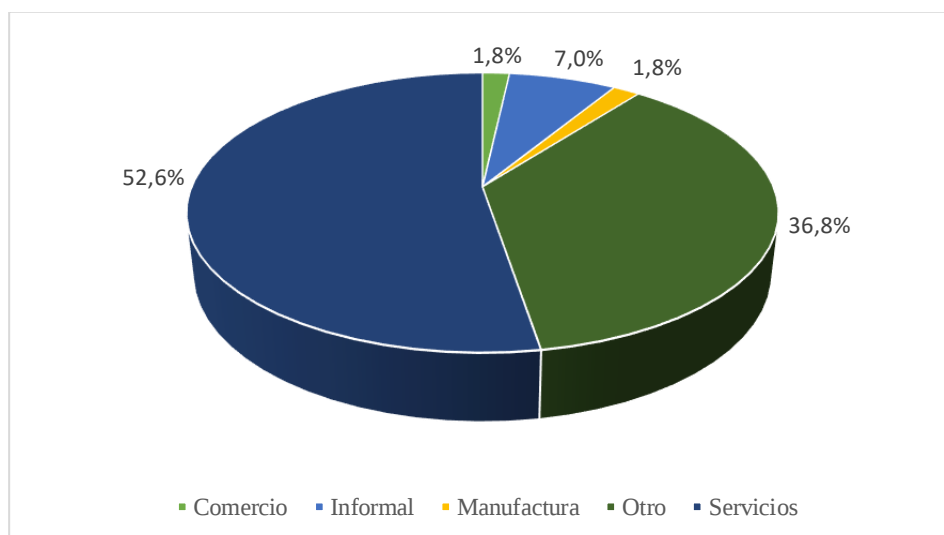
4.2.14 Sector en que se desempeña.

Los resultados determinan el sector donde se desempeñan, es el siguiente: servicios, el 52,6%; otros, el 36,8%; informal, el 7%; comercio y manufactura, el 1,8%. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de trabajadores se desempeñan en el sector servicios y el sector donde menos se desempeñan es en el comercio y la manufactura. En síntesis la mayor fuente de trabajo la representa el sector servicios.

Tabla 23. Sector en que se desempeña

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Comercio	1	1.8	1.8	1.8
	Informal	4	7.0	7.0	8.8
	Manufactura	1	1.8	1.8	10.5
	Otro	21	36.8	36.8	47.4
	Servicios	30	52.6	52.6	100.0
	Total	57	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	45	44.1		
Total		102	100.0		

Figura 23. Sector en que se desempeña



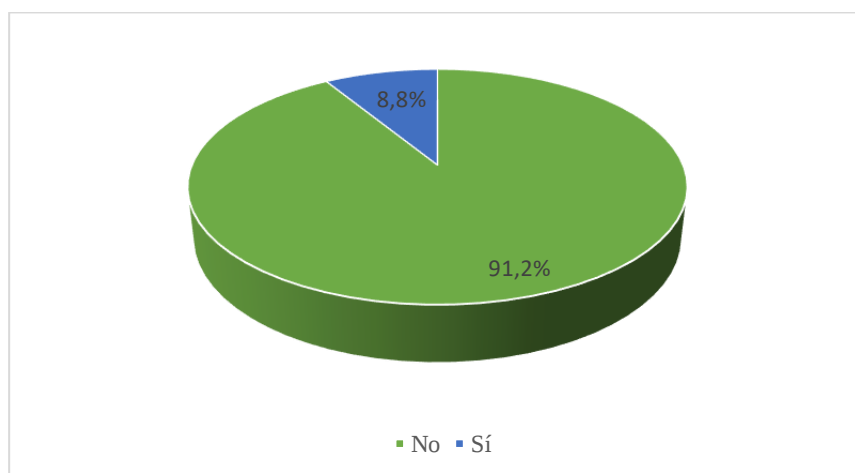
4.2.15 Segundo empleo.

Los resultados determinan sobre la situación de un segundo empleo, lo siguiente: no tienen un segundo empleo, el 52% y si tienen un segundo empleo, el 5%. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de trabajadores desempeñan solo en un empleo. Tal como se ha evidenciado en las variables anteriores con sueldos básicos o menor al sueldo básico, la situación de la población trabajadora para atender las necesidades de salud, está afectada por sus bajos ingresos económicos.

Tabla 24. Tiene un segundo empleo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	52	91.2	91.2	91.2
	Sí	5	8.8	8.8	100.0
	Total	57	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	45	44.1		
Total		102	100.0		

Figura 24. Tiene un segundo empleo



4.2.16 Años de antigüedad en el trabajo actual.

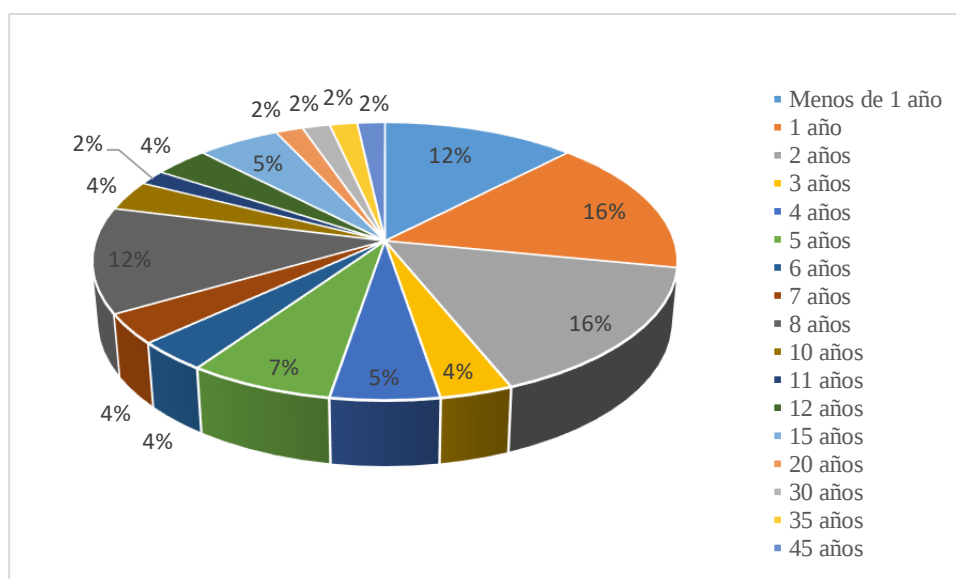
Los resultados determinan que los años de antigüedad en el trabajo actual son los siguientes: con 1 y 2, el 15,8%; con menos de 1 o de 8 años, el 12,3%; con 5, el 7%; con 4 y

15, el 5,3%; con 3, 6, 7, 10 y 12, el 3,5%; con 11, 20, 30, 35 y 45, el 1,8%. Tales resultados permiten señalar que un porcentaje significativo de trabajadores no superan los cinco años en su trabajo actual. En síntesis, existe inestabilidad laboral en los trabajadores, lo cual afecta el acceso al SGSS y tener estabilidad y permanencia en los mismos.

Tabla 25. Años de antigüedad en el trabajo actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 1 año	7	12.3	12.3	12.3
	1 año	9	15.8	15.8	28.1
	2 años	9	15.8	15.8	43.9
	3 años	2	3.5	3.5	47.4
	4 años	3	5.3	5.3	52.6
	5 años	4	7.0	7.0	59.6
	6 años	2	3.5	3.5	63.2
	7 años	2	3.5	3.5	66.7
	8 años	7	12.3	12.3	78.9
	10 años	2	3.5	3.5	82.5
	11 años	1	1.8	1.8	84.2
	12 años	2	3.5	3.5	87.7
	15 años	3	5.3	5.3	93.0
	20 años	1	1.8	1.8	94.7
	30 años	1	1.8	1.8	96.5
	35 años	1	1.8	1.8	98.2
	45 años	1	1.8	1.8	100.0
	Total	57	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	45	44.1		
Total		102	100.0		

Figura 25. Años de antigüedad en el trabajo actual



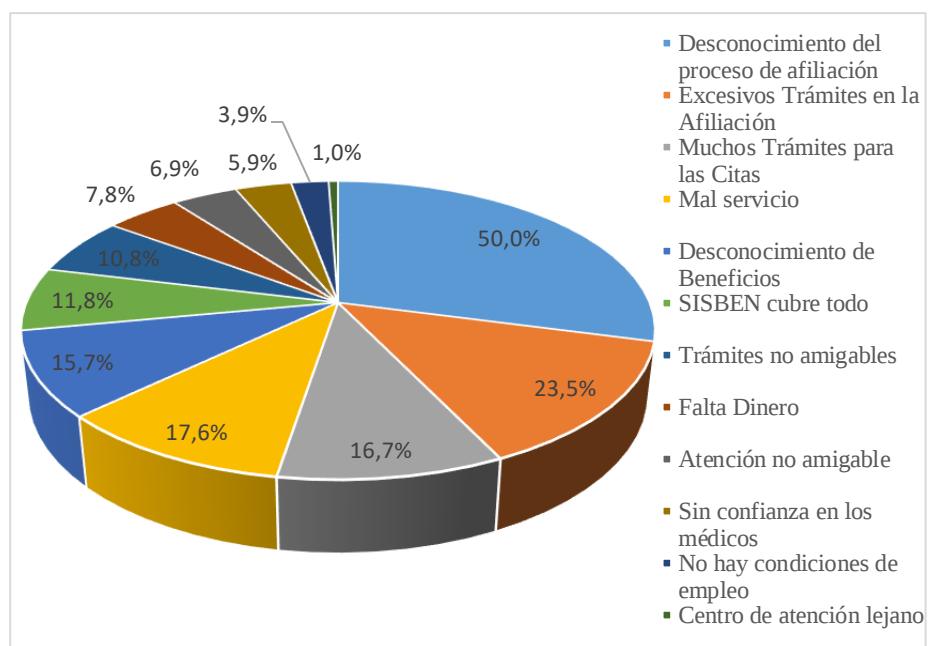
4.2.17 Causas de la No afiliación al SGSSS.

Los resultados determinan que las causas de la no afiliación al SGSSS, son las siguientes: desconocimiento del proceso de afiliación, el 50%; excesivos tramites de afiliación, el 23,5%; mal servicio, el 17,6%; muchos trámites para las citas, el 16,7%; desconocimiento de beneficios, el 15,7%; SISBEN cubre todo, el 11,8%; tramites no amigables, el 10,8%; falta de dinero, el 7,8%; atención no amigable, el 6,9%; sin confianzas en los médicos 5,9%; no hay condiciones de empleo, el 3,9% y el centro de atención lejano, 1%. Tales resultados permiten señalar que la causa principal de la no afiliación al SGSSS, es el desconocimiento del proceso de afiliación, seguido de los excesivos trámites de afiliación y en tercer lugar el mal servicio.

Tabla 26. Causas de la no afiliación al SGSSS

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Desconocimiento del proceso de afiliación	51	50.0%
	Excesivos Trámites en la Afiliación	24	23.5%
	Muchos Trámites para las Citas	17	16.7%
	Mal servicio	18	17.6%
	Desconocimiento de Beneficios	16	15.7%
	SISBEN cubre todo	12	11.8%
	Trámites no amigables	11	10.8%
	Falta Dinero	8	7.8%
	Atención no amigable	7	6.9%
	Sin confianza en los médicos	6	5.9%
	No hay condiciones de empleo	4	3.9%
	Centro de atención lejano	1	1.0%

Figura 26. Causas de la no afiliación al SGSSS



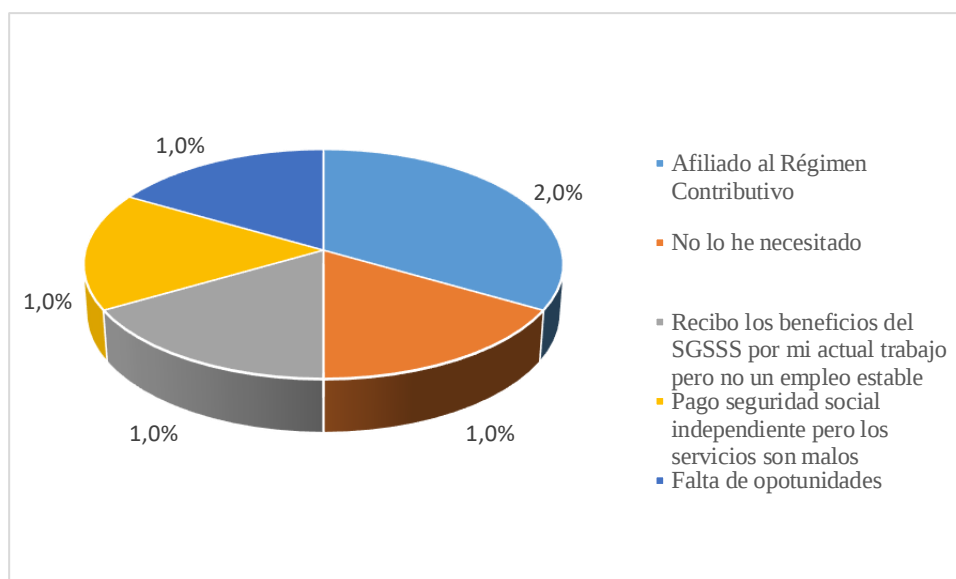
4.2.18 Razones de la no afiliación al SGSSS diferentes a las listadas anteriormente.

Los resultados determinan que las razones de la no afiliación al SGSSS, son las siguientes: afiliados al régimen contributivo, el 2%; no lo han necesitado, reciben los beneficios del SGSSS por su actual trabajo pero no un empleo estable, pago de seguridad social independiente pero los servicios son malos y la falta de oportunidades con el 1%. Tales resultados permiten señalar que las razones de la no afiliación son menos significativas que las causas de la no afiliación y no son relevantes para la no afiliación.

Tabla 27. Razones de la no afiliación al SGSSS diferentes a las listadas anteriormente

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Afiliada al Régimen Contributivo	2	2,0%
	No lo he necesitado	1	1,0%
	Recibo los beneficios del SGSSS por mi actual trabajo pero no un empleo estable	1	1,0%
	Pago seguridad social independiente pero los servicios son malos	1	1,0%
	Falta de oportunidades	1	1,0%

Figura 27. Razones de la no afiliación al SGSSS diferentes a las listadas anteriormente



Sugerencias y recomendaciones de los participantes

Cuadro 1. Sugerencias y recomendaciones de los participantes

Contexto	Indicador	Implicación
Sugerencias y recomendaciones de la población para mejorar el SGSS	Tramites y citas con especialistas	Los tramites y citas demandan mayor eficiencia en la planificación y gestión del servicio.
	Recursos	La transparencia y utilización de los recursos deben priorizarse en la población focalizada. Ello implica gestionar los recursos con base a criterios éticos y de eficiencia para beneficiar a la población focalizada de los programas del SGSS.
	Calidad	La falta de calidad de los servicios de salud está afectando la salud pública y promoviendo en el imaginario social que su estado es caótico. Ello implica que la calidad no tenga distinciones entre el régimen contributivo y el subsidiado.
	Atención del servicio	Las Instituciones del SGSSS deben cumplir con el servicio ofertado y ser coherente la oferta con sus recursos que requieren su personal, infraestructura, las tareas burocráticas y la eficiencia de todos los servicios ofrecidos.
	Capacidad	El proceso de citas debe estructurarse y disponer de los recursos necesarios y con la capacidad suficiente para atender efectivamente la demanda y los requerimientos de las citas de los usuarios.

	Información	La información al usuario debe ser precisa, clara y transparente que permitan el asesoramiento y orientación adecuados.
	Atención al Usuario	Las instituciones del SGSSS, deben prestar un servicio centrado en usuario, capaz de dar respuesta efectiva a sus necesidades.

4.3 Estrategias de afiliación dirigida a la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tabla 28. Estrategias de información para la afiliación al SGSSS

Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud			
Variable	Objetivo estratégico: Promover la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para facilitar el acceso de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable, en todos los niveles de atención.		
Información	Objetivo ¿Qué se quiere hacer? Sensibilizar sobre la importancia de la afiliación a la población no afiliada de Cúcuta.	Actividad ¿Cómo se va hacer? -Diseño del plan de sensibilización -Elaboración del plan de sensibilización. -Implementación del plan de sensibilización. -Evaluación del Plan de sensibilización -Elaboración del plan de mejora del plan de sensibilización. -Evaluación el plan de mejora del plan de sensibilización.	Meta ¿Cuánto se va hacer? -Anualmente realizar un diagnóstico de la afiliación. -Anualmente realizar (1) un plan de sensibilización. -Trimestralmente elaborar el informe de monitoreo y seguimiento del Plan de sensibilización. -Anualmente evaluar el plan de sensibilización. -Trimestralmente elaborar el informe del plan de monitoreo y seguimiento del Plan de Mejora. -Anualmente evaluar el plan de mejora de sensibilización.

Tabla 29. Estrategias de Educación para la afiliación al SGSSS

Capacitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud			
Variable	OBJETIVO ESTRATÉGICO: Promover el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para facilitar el acceso de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable, en todos los niveles de atención.		
Educación	Objetivo ¿Qué se quiere hacer? Capacitar sobre el régimen contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS) a la población no afiliada de Cúcuta.	Actividad ¿Cómo se va hacer? -Articulación efectiva de la EPS con las instituciones educativas (IE), pequeña y mediana empresa (PYME), y organizaciones comunitarias (OC) de Cúcuta. - Diseño de talleres RC y RS, beneficios y alcances del SISBEN. -Elaboración de los talleres del RS y RC, beneficios y alcances del SISBEN. -Implementación de los talleres del RS y RC, beneficios y alcances del SISBEN. -Evaluación de los talleres del RS y RC, beneficios y alcances del SISBEN. -Elaboración del plan de mejora de los talleres. -Evaluación el plan de mejora del plan de talleres.	Meta ¿Cuánto se va hacer? -Anualmente realizar un diagnóstico de la articulación efectiva de la EPS con IE, PYME y OC. -Anualmente diseñar talleres de RC y RS, beneficios y alcances del SISBEN. -Anualmente elaborar los talleres del RS y RC, beneficios y alcances del SISBEN. -Trimestralmente elaborar el informe de monitoreo y seguimiento a los talleres. -Anualmente evaluar los talleres del RS y RC, beneficios y alcances del SISBEN. -Trimestralmente elaborar el informe del plan de monitoreo y seguimiento de los talleres. -Anualmente evaluar el plan de mejora de los talleres.

Tabla 30. Estrategias de Comunicación para la afiliación al SGSSS

Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud			
Variable	OBJETIVO ESTRATÉGICO: Promover el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para facilitar el acceso de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable, en todos los niveles de atención.		
Comunicación	Objetivo ¿Qué se quiere hacer? Comunicar los procesos de afiliación al régimen contributivo (RC) y subsidiado (RS) y los alcances del SISBEN a los usuarios de los servicios de salud en los Hospitales (HSP), Centros de Salud (CS) y Farmacias (Farm.) de Cúcuta. . .	Actividad ¿Cómo se va hacer? -Articulación efectiva de las EPS con los Centros de Salud, Hospitales y Farmacia de Cúcuta. -Diseño un plan de difusión de mensajes escritos o audiovisuales de afiliación al SISBEN, Cambio de clasificación y afiliación al RC y RS al SGSSS. -Elaboración del plan de difusión de mensajes escritos o audiovisuales de afiliación al SISBEN, Cambio de clasificación y afiliación al RC y RS al SGSSS. -Implementación de los planes de difusión de mensajes escritos o audiovisuales de afiliación al SISBEN, Cambio de clasificación y afiliación al RC y RS al SGSSS. -Evaluación de los planes de difusión de mensajes escritos o audiovisuales de afiliación al SISBEN, Cambio de clasificación y afiliación al RC y RS al SGSSS. -Elaboración del plan de mejora a los planes de difusión. -Evaluación el plan de mejora a los planes de difusión.	Meta ¿Cuánto se va hacer? -Anualmente revisar la articulación efectiva de la EPS con HSP, CS y Farm. -Anualmente diseñar el plan de difusión en HSP, CS y Farm. -Anualmente elaborar el plan de difusión en HSP, CS y Farm. -Trimestralmente elaborar el informe de monitoreo y seguimiento de los planes de difusión referidos. -Anualmente evaluar los planes de difusión referidos. -Trimestralmente elaborar el informe del plan de monitoreo y seguimiento de los talleres. -Anualmente evaluar el plan de mejora de los talleres.
	Formación de Conciencia Ciudadana para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud		

Tabla 31. Estrategias de Comunicación para la afiliación al SGSSS

Transformación de la actitud de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud			
Variable	OBJETIVO ESTRATÉGICO: Promover el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para facilitar el acceso de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable, en todos los niveles de atención.		
	Objetivo ¿Qué se quiere hacer?	Actividad ¿Cómo se va hacer?	Meta ¿Cuánto se va hacer?
Comunicación	Transformar la actitud de patronos, empleados, autoempleados del sector informal, comercio, manufactura y servicios sobre la afiliación al SGSSS. .	-Articulación efectiva de las EPS con los sectores informales, comercio, manufactura y servicios de Cúcuta. -Difusión de mensajes escritos, videos, presentaciones personales y grupales sobre los aspectos legales y las implicaciones de la afiliación al SGSS y al SGSSS. -Desarrollo de foros sobre la afiliación al SGSS y al SGSSS y sus implicaciones legales, desde la perspectiva de salud y calidad de vida. -Generar una actitud positiva hacia los servicios del SGSSS.	-Semestralmente revisar la articulación efectiva con los sectores informales, comercio, manufactura y servicios de Cúcuta. -Mensualmente difundir los referidos mensajes escritos, videos, presentaciones personales y grupales. -Trimestralmente desarrollar los referidos foros. -Desarrollar 16 sesiones de actitud positiva hacia los servicios del SGSSS.

Tabla 32. Estrategias de Calidad para la afiliación al SGSSS

Calidad de los servicios de salud para favorecer la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud			
Variable	OBJETIVO ESTRATÉGICO: Promover el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para facilitar el acceso de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable, en todos los niveles de atención.		
Calidad	Objetivo ¿Qué se quiere hacer? Fomentar la Calidad de los servicios de salud.	Actividad ¿Cómo se va hacer? -Diagnóstico de la calidad de los servicios de atención de la EPS. -Estandarización efectiva de los procesos de atención de las EPS. -Acreditar los servicios de atención al usuario en las EPS. -Desarrollar procesos técnicos de monitoreo y seguimiento a la calidad de los servicios de atención de las EPS -Desarrollo de procesos de mejoramiento continuo, en los servicios de atención de las EPS.	Meta ¿Cuánto se va hacer? -Anualmente realizar un diagnóstico de la calidad de los servicios de la EPS. -Trianualmente desarrollar los procesos de estandarización efectiva de las EPS. -Trianualmente desarrollar los procesos de acreditación efectiva de las EPS. -Mensualmente presentar los informes de monitoreo y seguimiento de los servicios de atención de las EPS. -Trimestralmente presentar los informes de mejoramiento continuo, de los servicios de atención en salud

Tabla 33. Estrategias de Sistemas de Información y citas para la afiliación al SGSSS

Sistemas de Información y Citas de los servicios de salud para favorecer la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud			
Variable	OBJETIVO ESTRATÉGICO: Promover el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para facilitar el acceso de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable, en todos los niveles de atención.		
	Objetivo ¿Qué se quiere hacer?	Actividad ¿Cómo se va hacer?	Meta ¿Cuánto se va hacer?
Sistemas de Información y citas	Proveer los sistemas y equipos necesarios de citas e información para la atención de los usuarios	-Diagnóstico de los sistemas de información y citas en las EPS. -Provisión de sistemas de información con capacidad para atender las demandas y requerimientos de los usuarios. -Estructuración de un sistema de citas con equipos tecnológicos con capacidad para dar respuesta efectiva a la dinámica de las citas que demandan los usuarios. -Disposición de capacidad instalada para atender las citas requeridas por los usuarios de la EPS. -Garantía de cumplimiento efectivo de las citas a los usuarios	-Anualmente diagnosticar los sistemas de información y citas en la EPS. -Anualmente proveer de sistemas de información con capacidad para atender las demandas de los usuarios. -Anualmente estructurar sistema de citas con equipos tecnológicos con capacidad para dar respuesta a la dinámica de los usuarios. -Anualmente disponer de la capacidad instalada para atender las citas de los usuarios de la EPS. -Mensualmente realizar el informe de monitoreo y seguimiento al cumplimiento efectivo de las citas.

5. Discusión

Botello (2014), señala que la focalización es eficiente cuando se enfocan los recursos públicos de manera directa a las personas seleccionadas como beneficiarias, conforme a sus características demográficas o geográficas, entre ellas su nivel de ingreso. El criterio de nivel de ingreso de las personas es una base fundamental para las distribuciones por deciles en el registro de inscripción del régimen subsidiado, es decir si un sujeto se ubica en un mayor decil de ingreso, su poder adquisitivo es mayor; si la persona se ubica en un menor decil de ingreso, su poder adquisitivo es menor. No obstante los instrumentos utilizados en los procesos de selección de los beneficiarios no son inmunes a la selección de personas con suficiente capacidad de pago, que se hacen pasar como población menor, de un sueldo básico, o como personas vulnerables, mediante respuestas que no son ciertas en el diligenciamiento de cuestionarios, pagando a otras personas, o utilizando influencias políticas para que los incluyan como personas beneficiarias en los programas focalizados. En sus resultados Botello (2014) refiere que el mayor promedio de sujetos que están por encima del séptimo decil y que son beneficiarias de la afiliación al régimen subsidiado, se encuentran en: Atlántico con el 26%, Bogotá con el 39% y Santander con el 2%. En este sentido, tales hallazgos son coherentes con los de este estudio, en los que se evidencia que de las personas pobres no afiliadas que tienen el derecho a ser beneficiarias del régimen subsidiado, el 44% carece de ingresos; 4% tiene un ingreso menor al sueldo básico y 36% un sueldo básico.

Este hecho demuestra la ineficiencia de la focalización en el sentido que existe un alto porcentaje de personas en Cúcuta que aunque están por debajo del sexto percentil no se encuentran afiliadas al régimen subsidiado y por consiguiente no se benefician de los programas del SGSSS.

Los anteriores hallazgos también son coherentes con los de Marín y Chávez (2013) quienes evidencian que las inconsistencias en la afiliación, están generando la falta de eficiencia en la focalización debido a las fallas en el aseguramiento a los regímenes contributivo y subsidiado, por la deficiencia que existe en las relaciones laborales y el mayor interés de las aseguradoras en preferir la rentabilidad financiera por sobre la atención en los servicios de salud, lo que afecta las relaciones usuario y proveedor. Igualmente tales hallazgos son coherentes con los de este estudio, en los que se determinó que existe un 55,8% de trabajadores sin contrato permanente y un 65,1% de los trabajadores con más de 45 horas de trabajo semanal y sin afiliación al SGSSS. Esta situación afecta la calidad de vida de los trabajadores de Cúcuta y la falta de eficiencia de la focalización de la afiliación al SGSSS.

Bottia, Cardona y Medina (2012) en su análisis del SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia, hallaron que se distorsiona la información para lograr la afiliación y en consecuencia se afecta la eficiencia del RGSSS. Respecto al Régimen Subsidiado en Salud, determinaron que el SISBEN clasificó como beneficiarias a personas que conforme a las condiciones demográficas según la encuesta de calidad de vida, los excluye del beneficio del régimen subsidiado. Tal hecho se produce por la distorsión de la información en los cuestionarios que diligencian para el SISBEN, y un 10% sesga las respuestas estratégicas. Además, evidenciaron que las familias con mejores condiciones sesgan las respuestas estratégicas con lo cual se afecta la eficiencia de la focalización. Estos hallazgos son coherentes con los de Botello (2014), quien determinó que en las cabeceras municipales el problema de focalización es mayor que en las áreas rurales, dado que en el área rural los beneficiarios sobre el sexto decil, están en el orden del 6,4% y en el área urbana del 23,3%. Los hallazgos de Bottia, et al. (2012) y Botello

(2014) se asemejan a los de este estudio, en el que se determinó que la población no afiliada que reside en la zona urbana es del 93,1% y en la zona rural es de 6,9%. Igualmente se determinó que el estrato social al que pertenece la población no afiliada al SGSSS es de 35,3% del estrato uno; 54,9% del estrato dos; 7,8% del estrato tres; 1% del estrato cuatro y 1% del estrato cinco. Es decir el 90% de la población no afiliada pertenece a los estratos uno y dos, evidenciándose que el área urbana y los sectores uno y dos son los más afectados por la falta de eficiencia de los mecanismos e instrumentos de focalización para el régimen subsidiado en el SGSSS

López (2010) en su estudio, halló que existen muchas deficiencias en la aplicación de los mecanismos e instrumentos del SISBEN para la focalización geográfica e individual que afecta la eficiencia del sistema, y por otra parte, evidenció que los procesos de levantamiento de datos y la categorización de la población para determinar los niveles de pobreza y vulnerabilidad en Colombia se improvisan, por problemas de informalidad en los procedimientos, reglamentos deficientes y procedimientos generales para medir la focalización. Estas limitaciones derivan a que una gran cantidad de sujetos con recursos económicos para asegurarse al régimen contributivo logran beneficiarse del régimen subsidiado, hecho que agrava la ineficiencia de la focalización al destinar recursos para personas que están por encima del sexto percentil y dejar por fuera de los beneficios de la afiliación al régimen subsidiado a personas que están por debajo del mismo.

Los referidos hallazgos de López (2010) son semejantes con los de Fresneda (2003), quien halló que existe un error de exclusión del 53,1 % del sistema SISBEN, para personas que deberían pertenecer al nivel 1 y 2, y un error de inclusión del 14,9% de personas incluidas en el nivel 1 y 2 que no son pobres. Tales errores de exclusión del SISBEN son mucho más

graves que los referidos errores de inclusión, dado que, excluir a las personas del sistema SISBEN, significa negar los derechos y servicios en igualdad de condiciones y oportunidades a la población colombiana que conforme a su condición, sí cumple con los requisitos para ser incluida en el SISBEN y beneficiarse del régimen subsidiado. Este hecho hace que exista una población no afiliada que por errores de exclusión se constituye en una población indeterminada para poder recibir los beneficios de la afiliación del régimen subsidiado. Lo anterior afecta las finanzas municipales y la actualización de las bases de datos del SISBEN y en consecuencia la cobertura justa de los programas sociales.

Los hallazgos de Fresneda (2003) y López (2010) no son semejantes a los de este estudio en los que se determinó que las personas participantes que se encuentran afiliadas al SISBEN son el 82% y el 18 no se encuentran afiliadas. Tales resultados permiten señalar que un número significativo de personas están afiliadas al SISBEN, aunque existe un número relevante, de personas no afiliadas. No obstante al alto número de afiliados al SISBEN este mismo 82% no está afiliada al SGSSS, lo cual reitera la ineficiencia de la focalización.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

Del análisis y discusión de los resultados se concluye lo siguiente:

Las características demográficas y socioeconómicas de la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Cúcuta, cumple con los criterios de focalización geográfica e individual para recibir los beneficios del régimen subsidiado del SGSSS.

Los determinantes de la no afiliación de la población de San José de Cúcuta con mayor recurrencia son: el nivel asignado; los niveles de ingresos y la situación laboral; horas semanales de trabajo; el sector laboral: informal, comercio, manufactura; servicios y la atención de los servicios de salud

Las causas de mayor recurrencia referidas en la no afiliación son: desconocimiento del proceso de afiliación, los trámites excesivos para la afiliación y las citas; el mal servicio; desconocimiento de los beneficios, la percepción de que SISBEN cubre todo y los trámites poco amigables.

Dentro de las recomendaciones sugeridas por la población de Cúcuta para mejorar la afiliación están: la calidad del servicio, la atención del servicio y del usuario, la información precisa, clara y transparente que permita un mejor asesoramiento y orientación al usuario.

Las estrategias de afiliación dirigidas a la población no afiliada al SGSSS en Cúcuta, requieren de articulación efectiva de las EPS con las organizaciones comunitarias, los sectores productivos, las instituciones educativas de todos los niveles, las IPS y el sector de farmacia, para implementar las estrategias de información, educación y comunicación, con el objetivo estratégico de promover la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y facilitar el acceso de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable, en todos los niveles de atención.

Las estrategias para promover la afiliación al SGSSS de la población no afiliada, atienden a los siguientes objetivos: sensibilizar a la población sobre la afiliación, capacitar sobre el régimen contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS), los alcances y limitaciones del SISBEN; comunicar los procesos de afiliación al RC y RS; formar conciencia ciudadana sobre la afiliación al SGSSS; fomentar la calidad de los servicios de salud, y proveer los sistemas y equipos necesarios de citas e información para la atención a los usuarios.

Ante el tema de afiliación de emigrantes venezolanos los cuales han incrementado debido a la problemática del país de Venezuela, el estado colombiano ha implementado reglas mediante el cual estos pueden acceder a la salud en nuestro país, donde al momento de ingresar al país deberá contar con una póliza de salud que permita la cobertura ante cualquier contingencia de salud, no obstante si no la adquirió y no tiene capacidad de pago, se le garantizará la atención inicial de URGENCIAS, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015, así mismo para obtener los beneficios del SGSSS es necesario que se inscriban a una EPS, pero para ello deben contar con algunos de los siguientes documentos de identificación como son Cedula de extranjería, carné diplomático o salvoconducto de

permanencia, según corresponda, Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados, Pasaporte para menores de siete (7) años, Permiso Especial de Permanencia (PEP) expedido por migración Colombia, una vez cumplen este requisito deben efectuar el debido proceso dependiendo al régimen que van afiliarse, no obstante se ha observado que esta población ha realizado el debido proceso de manera oportuna ya que una vez adquieren estos documentos proceden a realizar su afiliación al régimen de salud según corresponde.

6.2 Recomendaciones

Es fundamental diseñar nuevos mecanismos e instrumentos de medición de focalización geográfica e individual para la clasificación del SISBEN.

SISBEN, EPS, IPS, sector productivo, judicial, gobernación, alcaldía, instituciones educativas y organizaciones comunitarias deben articularse para generar la cultura de la transparencia y la eficiencia de la focalización de la afiliación al SISBEN.

Los procesos de planificación y gestión de proyectos estandarizados deben ser incorporados a los proyectos de afiliación al SISBEN, al SGSS y al SGSSS.

La generación de la cultura en la población de estratos III, IV, V y VI de contribuir a la eficiencia de la focalización permitirá que la población de los estratos I, II y población vulnerable puedan beneficiarse directamente de los programas sociales y de la focalización geográfica e individual.

Referencias bibliográficas

- Alemán, G. & Morales, R. (2009). Principios y Fundamentos de la Seguridad social. Recuperado el 9/6/2018 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2009/pa091o.pdf>
- Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre Economía Regional. Banco de la República: Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER). Recuperado el 13/6/2018 de: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
- Bernedo, J. (2000), Informe regional sobre la situación de la Seguridad Social como un Derecho Humano en América Latina. Lima, Perú.
- Buenaga, O. (2016). El Derecho a la Seguridad Social Fundamentos Éticos y Principios Configuradores. Tesis Doctoral de Derecho Público. Universidad de Cantabria. Ciudad de Cantabria. España. Disponible: <http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10902/10790/Tesis%20OBC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Centro de Investigación y Planeamiento. (2011). Cartilla de Seguridad Social Integral. Recuperado el 14/6/2018 de: https://aplicaciones.ceipa.edu.co/biblioteca/biblio_digital/virtualteca/cartillas/Cartilla_Seguridad_social_integral_RG_ene_11_-23p.pdf

Céspedes, J., Jaramillo, I. y R. Martínez. (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. [Artículo en Línea]. Revista de Salud Pública. 2 (2). Recuperado el

13/6/2018

de:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18934/19843>

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de Diciembre de 1993. Diario Oficial No. 41.148

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de Diciembre de 1993. Diario Oficial N° 41.148

Congreso de la República de Colombia. Ley 1562. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupación. 11 de Julio de 2012. Diario Oficial N° 48488

Eslaba, J.; Hernández, A.; Ruiz, F.; Sandoval, E.; Sánchez, M.; Acosta, N. & Matallana, M. (1999). Factores Condicionantes y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud para la Población del Régimen Subsidiado y los Participantes Vinculados al Nivel III Del Sisben De 14 Localidades Del Distrito. Recuperado el 13/6&2018, del sitio Web de la Universidad Javeriana: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/691-99.pdf>

- Franco, L. (2012). El sistema pensional colombiano: un análisis a los determinantes de la afiliación y su papel en el impacto de las reformas pensionales. Tesis de Grado de Economía. Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia. Disponible: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5957/1/0461683-p.pdf>
- Fritz, G. (2009). Habermas, Facticidad y Validez. Recuperado el 12/6/2018 de: http://www.zis-online.com/dat/artikel/2009_5_318.pdf
- García, O. (2003). Teoría y Práctica de la Seguridad Social. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/wix-anyfile/4RcXDYyRGuXP27YuhXIe_TEORIA-Y-PRACTICA-DE-LA-SEGURIDAD-SOCIAL.pdf
- Greco R. (1968). Seguridad Social. Revista de Seguridad Social, No. 6, 518. Buenos Aires. Recuperado 13/6/2018 de: <file:///C:/Users/Downloads/878-1988-1-SM.pdf>.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2007). Metodología de la Investigación. 4a ed. México. McGrawHill.
- Isaza, J. y C. Meza. Cambios estructurales de la demanda de trabajo en Colombia: un análisis econométrico. [Artículo en Línea]. Revista de Investigación. 4. Recuperado el 13/6/2018 de: https://www.researchgate.net/profile/Jairo_Isaza-Castro/publication/4830645_La_demanda_de_trabajoAspectos_teoricos_y_evidencia_empirica_para_Colombia/links/542054f00cf203f155c58e06/La-demanda-de-trabajoAspectos-teoricos-y-evidencia-empirica-para-Colombia.pdf

- Marín, Y. & Chávez, B. (2013, Agosto) Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. [Artículo en Línea]. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 32 (1). Recuperado el 11/6/2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a07.pdf>
- Mejía, A.; Sánchez, A. & Tamayo, J. (2007) Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. [Artículo en Línea]. Rev. Salud Pública. 9 (1). Recuperado el 13/6/2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a05.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Recuperado el 9/6/2018 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- Montes, M. (2015). Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo. Recuperado el 14/6/2018 de: <https://www.colconectada.com/regimen-subsidiado-y-regimen-contributivo/>
- Narro, J.; Moctezuma, D. & Orozco, L. (2010, Mayo). Hacia un nuevo modelo de Seguridad Social. [Artículo en Línea]. Economía UNAM. 7 (20). Recuperado el 9/6/2018 de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v7n20/v7n20a1.pdf>
- Olarte, Y. (2012). Importancia de la Seguridad Social en Salud en Pequeñas Empresas de la Ciudad de Bogotá. Tesis de Grado Especialista en Gestión del Desarrollo Administrativo. Bogotá. D.C. Colombia. Disponible en:

<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/7084/2/OlarteQuijanoYaneth2012.pdf>
f

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. Recuperado el 12/6/2018 de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es

Pérez Leñero, J. (1956), Fundamentos de la Seguridad Social, Madrid. Editorial Aguilar.

Pérez, A.; Domínguez, S. & Calderón, Y. (2012, Junio). El Concepto de Seguridad Social: una Aproximación a sus Alcances y Límites. [Artículo en Línea]. Iustitia. 10. Recuperado el 10/6/2018 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5978951.pdf>

Pérez, F. (2010. Enero). Evolución de la afiliación al SGSSS en Colombia, informalidad laboral y desempleo. [Artículo en Línea]. Equidad desarrollo. (13). Recuperado el 12/3/2018 de: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ed/article/view/205/2992>

Roa, I. (2009, Septiembre). Gestión del Aseguramiento en Salud. [Artículo en Línea]. Revista EAN. 79. Recuperado el 10/6/2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n67/n67a03.pdf>

Rodríguez, S. (2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Tesis de Grado de Master en Investigación en Economía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona. España. Disponible: <http://encuentros.alde.es/anteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>

Rodríguez, Y. & Berbell, C. (2016). Ulpiano, el de dar a cada uno lo suyo. Recuperado el 12/6/2018 del sitio Web Confilegal: <https://confilegal.com/20160814-ulpiano-dar-uno-lo-le-corresponde/>

Sandoval, L. (2013). Evaluación de la Aplicación del Sistema de Seguridad Social en Salud a la Luz del Principio de Universalidad en Colombia. Universidad de la Costa. Barranquilla. Colombia. Disponible: <http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11323/173/32608167.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tafur, L. (2015). El Sistema General de la Seguridad Social de Salud en Colombia. Recuperado el 12/6/2018 de: http://www.boletinesp-univalle.info/files/EL_SSS_DE_COLOMBIA_ARTICULO.pdf

Toro, E. y Espinosa. G. (2009). Acceso al sistema de salud de régimen subsidiado y los determinantes que generan inequidad en la cobertura del aseguramiento para la ciudad de Bogotá. 1994-2006. Universidad de La Salle. Bogotá. Colombia. Disponible: <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/12515/T10.09%20T634a.pdf?sequence=>

Vargas, C. (2017). Determinantes de la probabilidad de contar con afiliación a seguridad social de los trabajadores en Colombia durante el período 2008-2015. Recuperado el 12/6/2018 de: http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/20708/10032004_2017.pdf?sequence=