

**CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE
LA UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA SOBRE EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA.**

DYLAN GONZALEZ ARRIETA

YESID GOMEZ NAVARRO

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINÚM

SECCIONAL CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CARTAGENA DE INDIAS, D.T.C Y H

2018

**CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DE
LA UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA SOBRE EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA.**

ESTUDIANTES

DYLAN GONZÁLEZ ARRIETA

YESID GOMEZ NAVARRO

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE ODONTOLOGO

ASESOR DISCIPLINAR

IRENE LORA SALGADO

Odontóloga. Especialista en gerencia en calidad en los servicios de salud

ASESOR METODOLOGICO

LESBIA ROSA TIRADO AMADOR

Odontóloga. Especialista en Estadística Aplicada

UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

CARTAGENA DE INDIAS, D.T.C Y H

2018

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias D. T Y C 31 de mayo del 2018

A Dios, a nuestros padres,
Docentes y compañeros de estudio.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos aquellos que dedicaron su tiempo para la realización de este proyecto, principalmente a la Dra. Lesbia Rosa Tirado Amador y la Dra. Irene Lora Salgado, sin ellas no hubiese sido posible la realización de esto, agradecemos por su paciencia y dedicación para lograr el buen trabajo.

A Dios principalmente por regalarnos la vida y la oportunidad de formarnos como futuros profesionales odontólogos, por concedernos los conocimientos y discernimiento para llevar a cabo todas las actividades propuestas.

Gracias a nuestros padres por ser un gran apoyo en nuestro proceso de formación académica, que con su esfuerzo diario esperan ansiosamente poder ver el fruto obtenido de tanto empeño y sacrificio puesto durante toda la carrera.

Y a demás familiares y amigos que contribuyen de una u otra forma al proceso de formación académica.

CONTENIDO

	Pág
1.INTRODUCCIÓN	11
2. OBJETIVOS	13
2.1.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3.2.1 DEFINICIÓN	16
3.2.2 JUSTIFICACIÓN	16
4. MARCO TEÓRICO	17
5. MATERIALES Y MÉTODOS	32
5.4.1 MATERIALES	33
5.4.2 METODOLOGÍA	35
6. DESARROLLO DEL PROYECTO	36
6.5.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	36
7. DISCUSION	41
8. CONCLUSIONES	44
10. BIBLIOGRAFÍA	45

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Operacionalización de variables	33
Tabla 2. Variables sociodemográficas	36
Tabla 3. Variables alusivas al SGSSS	36
Tabla 4. Variables correspondientes a conocimientos del SGSSS	37

GLOSARIO

ATENCIÓN DE EVENTOS CATASTRÓFICOS: cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc.) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.

COBERTURA DE RIESGOS PROFESIONALES: Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD: Del régimen contributivo y del régimen subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Están a cargo de las EPS.

PLANES ADICIONALES DE SALUD: financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.

RESUMEN

Objetivo: Describir el nivel de conocimiento de los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena a cerca de la ley 100 de 1993 que define el sistema general de seguridad social en salud en Colombia.

Método: Toma de muestra en estudio de 54 pacientes activos inscritos en la Clínica odontológica de la Universidad del Sinú, teniendo en cuenta criterios de inclusión. La población estudiada hace parte del nivel socioeconómico 1, 2 y 3; y pertenecen a los regímenes, contributivo, subsidiado, vinculado y un mínimo porcentaje no tiene; beneficiarios y cotizantes. Lo cual nos ayudó a identificar desde diferentes perspectivas y situaciones de los pacientes, el conocimiento que tienen sobre el funcionamiento del SGSSS, sus beneficios, derechos y deberes, etc.

De igual manera, se establecieron relaciones entre el bajo nivel de conocimiento sobre el SGSSS, la poca accesibilidad a los servicios de salud y el nivel de satisfacción en relación a dicho sistema.

Resultados: Identificamos que la mayor parte de la población encuestada que representa el 55.56% no tiene conocimientos sobre el SGSSS y el 44.44% si conoce sobre dicho sistema; El 61.11% tiene conocimiento sobre los beneficios del Sisbén; Por su parte, el 38.89% de dicha población, no tiene conocimientos sobre los beneficios del mismo.

También se pudo notar que el 59.26% de la población encuestada no conoce los servicios odontológicos que se encuentran incluidos dentro del POS. Por su parte el 40.74% de la población de estudio, si tiene conocimientos sobre dichos servicios. Lo cual pudimos relacionar con relación a la frecuencia de uso del SGSSS, pues se encontró que la mayor parte de la población encuestada, hace uso del SGSSS 3 veces al año con un 46.15%.

Conclusión: Con esta investigación se nos permite concluir, que el desconocimiento es uno de los principales factores causales para que no se lleve a cabo adecuadamente el proceso del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y se puede considerar como una barrera, pues limita que los objetivos de dicho sistema se lleven a cabo, y haya una mayor accesibilidad, equidad y calidad de los servicios prestados.

Palabras clave: conocimiento, ley 100

INTRODUCCION

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la Ley 100. Al igual que otros sistemas de salud en el mundo, tiene cuatro componentes fundamentales: La rectoría, el financiamiento, la prestación de los servicios de salud y la generación de recursos.

Ahora bien, de acuerdo con lo establecido por El Ministerio de Protección Social de la Republica de Colombia, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. Usted se afilia a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefiera, recibe su Carnet de Salud y entra a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), que como se mencionó anteriormente trae consigo muchos beneficios (1).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Según la ley todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales superiores a un (1) salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo (1).

Así mismo el SGSSS, contiene un listado de derechos y deberes a los que deben ser sometidos todos los afiliados a dicho sistema; En cuanto a los deberes son: Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad; Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención; Cumplir las normas del Sistema de Salud; Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiere para efectos de la prestación de los servicios de salud; Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas; Respetar al personal

responsable de la prestación y administración de los servicios de salud; Hacer uso adecuado y racional de los servicios de salud (1).

Por su parte los derechos son: Acceder a los servicios y tecnologías en salud que le garanticen una atención integral, oportuna y de calidad; Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición lo amerite; Tener una comunicación adecuada, plena, clara y permanente con el profesional de la salud tratante; Recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres; Recibir las prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la Ley; Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad; Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, peticiones quejas, sugerencias e información en general (2).

A pesar de las ventajas que puede traer consigo estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se puede percibir la inconformidad por parte de la población colombiana, bien sea por incumplimiento de compromisos de atención, no realización de procedimientos, la dificultad que muchos encuentran al acceder a servicios, entre otras posibles causas. Para lo cual, se realizará el siguiente estudio a fin de identificar el nivel de conocimiento de la población con respecto al SGSSS (2).

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el nivel de conocimiento de los pacientes de la clínica odontológica del Sinú Cartagena a cerca de la ley 100 de 1993 que define el sistema general de seguridad social en salud en Colombia.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterización de los sujetos de estudio
- Identificar el nivel de aceptación por parte de los pacientes de la clínica odontológica del Sinú acerca de la ley 100 de 1993.
- Identificar el conocimiento respecto al sistema general de seguridad social en salud de los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad del Sinú de VI a X semestre.

3.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. En tanto, que la salud se convierte en un derecho vital, consagrado en la constitución política de Colombia (Art. 49); el cual establece que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (3).

En relación a lo anterior, el artículo 49 de la constitución política de Colombia, también establece que la atención básica para todos los habitantes será gratuita y

obligatoria. Así mismo determinó que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (3).

Ahora bien, en pro del cumplimiento de lo descrito en la Constitución política de Colombia; surge el (SGSSS), a fin de optimizar la protección social en términos de salud, con contribución de todos los individuos e instituciones administradoras y prestadoras de atención médica (3).

La seguridad social, radica en la protección que una sociedad proporciona a la población para asegurar el acceso a la atención médica, y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia (4).

Dicho de otro modo, la seguridad social es un sistema que a través de cotizaciones garantiza la protección de la salud, pensiones, y desempleo, de igual modo contribuye a la seguridad en las prestaciones sociales financiadas mediante impuesto; lo cual representa un reto a nivel global (4).

Según estudio realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 80% de la población mundial no cuenta con un nivel de cobertura necesario para la seguridad social. A su vez, se evaluó el SGSSS en lugares como África subsahariana y el sur de Asia; obteniendo resultados similares, representando un 10% o menos, de personas con accesibilidad a la protección social (5).

En consecuencia, a lo anterior, la OIT busca abordar el reto de promover la extensión de la cobertura social, esto incluyendo la difusión de información sobre el sistema (5).

Por otro lado, un análisis de la seguridad social realizado en México, consideró que uno de los mayores retos para la protección social en dicho país, ha sido siempre brindar seguridad a todos los habitantes. No obstante, cabe destacar que sólo el 35% de la población ocupada está incorporada al sistema de seguridad social en sus diferentes regímenes. Si bien, para las instituciones mexicanas prima la acción de ayudar a individuos o grupos en estado de necesidad o desgracia; sin embargo,

un alto porcentaje de su población no accede a los servicios que ofrecen bajo el sistema de seguridad social (6).

Sentado esto, la seguridad social representa un derecho de todos y para todos. Como también, representa un deber social de cada individuo; Por tanto, es imprescindible, que se conozca y comprenda, la definición y funcionalidad de dicho sistema; contribuyendo así a su mejoría continua, en pro de un mejoramiento en la calidad de vida de todos los implicados (7).

Según el Ministerio de la protección social, El Gobierno Nacional busca informar a todos los ciudadanos sobre la función del sistema de seguridad social en salud, así mismo sobre los derechos y deberes que les competen. A su vez, buscan difundir los diferentes servicios que el estado ofrece; lo cual es de gran relevancia debido a que en la medida que entendamos el funcionamiento y/o papel de dicho sistema, será más fácil acceder a sus servicios (8).

En base a lo anterior, se hace necesario determinar en materia de investigación, qué información tienen los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad del Sinú, sobre la funcionalidad, derechos y deberes del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), y cuáles son los medios que utiliza dicha institución en la difusión de esa información. Por lo cual, los investigadores se plantean el siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de conocimiento, respecto al SSSS, de pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú- Cartagena de Indias durante 2018-1?

3.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento, respecto al SSSS, de pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú- Cartagena de Indias durante 2018-1?

3.2.2 JUSTIFICACIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, es pieza clave para el desarrollo socioeconómico del país; puesto que contribuye al progreso de la población mediante la apertura de un nuevo sistema con cobertura para toda la población, que lo enmarcan principios tales como: Universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad. (5)

Ahora bien, es importante para la disciplina de Odontología, conocer cuál es el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ante el inminente descontento e inconformismo por parte de gran porcentaje de los usuarios, lo cual podría estar asociado a la poca accesibilidad de oportunidades que ofrece el sistema, sobre sus beneficios, derechos y deberes; lo que se cree puede ser por desinformación acerca de la cobertura del mismo.

Se debe considerar, la necesidad urgente e imprescindible de investigar sobre el grado de información que manejan los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad del Sinú; Teniendo en cuenta que éste podría estar siendo el principal factor relacionado con la sobreutilización o subutilización de los servicios de salud; lo cual puede ser por suficiente o poca información respectivamente.

Así mismo, se pretende con los resultados de esta investigación, realizar programas de intervención que permitan educar a la población sobre sus derechos, beneficios y toda la cobertura que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) les brinda.

4. MARCO TEORICO

El modelo de competencia regulada es una de las reformas de sistemas de salud que se han dado en Latinoamérica con el fin de mejorar el acceso a la atención en salud ¹. se caracteriza por el inicio del mercado regulado en la cual las aseguradoras generan una competencia entre sí por la afiliación de las personas ². Nuestro país Colombia se caracterizó por ser uno de los primeros en poner en practica este modelo con la reforma de la ley 100 de 1993 ³.

El acceso a la atención es una de las preocupaciones primordiales de las políticas sanitarias, esto es un concepto mal definido y tiende a confundirse con la accesibilidad, disponibilidad o la busca de la atención ⁴. Se ven dos tendencias: están los autores que nombran el acceso como un ajuste entre las características de los servicios y de la población ⁵. Y están los que refuerzan con el uso de servicios ⁶. En este enfoque específicamente, de todas las propuestas, la mayormente usada es la de Aday y Andersen ⁷. Que genera distinción entre acceso realizado – uso efectivo de servicios – potencial – factores predisponentes y que capacitan dicho uso de servicios. De los pocos marcos teóricos de acceso acostumbrados al modelo de competencia regulada, se destaca el realizado por Gold ⁸. Que incluye algunos elementos relacionados con aseguradoras que se implican o hace influencia en el acceso “mecanismos de control de atención, tamaño de proveedores; entre otras”.

La reforma del sistema de salud colombiano ha sido un proceso bastante grande y de gran complejidad ⁹. Y que ha dado como resultado diversos análisis. En el aspecto de acceso, la discusión ha sido dada principalmente en lo extenso de la cobertura de afiliación al seguro ¹⁰, sin que haya la existencia de revisiones sistemáticas de la bibliografía dispone sobre el tema.

En estudios realizados, para el análisis de los resultados, se usó el marco de acceso de Aday y Andersen ¹¹, y Gold ¹². Como primera instancia, se analizaron los resultados de los estudios compatibles con el acceso potencial, y como segunda parte, los relacionado con el acceso realizado.

El total de artículos de mayor relevancia encontrados fue de 90. De estos, se realizó análisis de que 27 cumplían con los criterios de selección. Los estudios que fueron analizados son de tres tipos: 1. Estudios de determinantes del uso de los servicios; 2. Estudios de la desigualdad en el uso; 3. Estudios desde el ámbito de los actores sociales. La mayor parte de estos estudios realizados, se han hecho después de diez años de la introducción de la ley 100.

En el grupo número uno, están los estudios hechos con el fin de explicar aquellos factores que determinan el uso por medio de análisis multivariantes. Son de carácter parcial: para áreas geográficas específicas ¹³, un tipo de atención o enfermedad – vacunas ¹⁴, citología cuello uterino ¹⁵, mamografía ¹⁶, salud materno-infantil ¹⁷ colectivo vulnerable ¹⁸. Se basan en encuestas nacionales a poblaciones e innatas de uso de servicios. Las variables que usualmente entran como determinantes del uso son de tipo poblacional: socioeconómicas, demográficas, lugares de residencia y el tipo de afiliación. Únicamente dos estudios iniciaron variables relacionadas con el tema de la oferta y el nivel de información de las personas ¹⁹.

En el grupo número dos de los estudios, están los análisis de la desigualdad del acceso realizado por tipo de afiliación o renta por medio de la comparación de la probabilidad de uso de servicios ²⁰, así como también de los límites potenciales por medio del análisis de la frecuencia de los orígenes del no uso de servicios ²¹. Dichos estudios están basados primordialmente en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Por último, el grupo de estudios terceros, son análisis del acceso desde el ámbito de usuarios o profesionales, usando un método cualitativo o por medio de encuesta de opiniones. Se basan, en su mayor parte, en un tipo de atención ²² o en una vulnerabilidad poblacional ²³. se analizan los límites o barreras recibidas relacionadas con las características de la población y los servicios.

MARCO DE ANTECEDENTES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) Creado mediante la Ley 100 de 1993 (1).

con este se realizaron algunos cambios, reemplazo al Sistema Nacional De Salud en función desde el año 1975, se creó el sistema de aseguramiento y hubo un establecimiento de las interacciones de mercado entre las aseguradoras que se llamaban “empresas promotoras de salud” y las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Actualmente los usuarios se afilian a las aseguradoras, a estas es el estado quién les paga un dinero anual, que corresponde a la unidad de pago por capitación (UPC).

El SGSSS por primera vez en la historia, colocó los servicios de salud (en el marco de POS), al alcance de los colombianos, inicialmente de manera restringida, desde el año 2012, en forma total para todos. (2)

A pesar de haber logrado esto, el SGSSS es muy criticado por los medios de comunicación, la prensa profesional en salud, en la parte política del país y en el ámbito académico médico, económico y administrativo. Según los que critican, dicen que el sistema tiene altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia.

Un claro ejemplo es, el gasto en salud de Colombia en 2008 fue del 8% del PIB (3).

En el año 2012 se logró la cobertura casi total de la población con el POS, exceptuando las personas que por algunos motivos abandonan el régimen contributivo, pero no califican para el régimen subsidiado. Además, en ese mismo año se logró unificar el POS contributivo y el subsidiado que se diferenciaban por el volumen de recursos y servicios.

En 2007 se le hizo una reforma a través de la Ley 1122, dirigida a mejorar la prestación de los servicios.

En 2011 se hizo una nueva reforma por medio de la Ley 1438 para fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria. Estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS. Uno de los problemas que no se han podido solucionar, es la complejidad del SGSSS que es difícil de comprender para los distintos usuarios.

La situación grave y crítica del sistema, hizo que el gobierno presentara dos reformas: la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Estas reformas no han modificado la situación y sigue la sensación de que el sistema sigue presentando algunas problemáticas (4,5).

El SGSSS entrega el poder negociador a las EPS, en perjuicio de las IPS. Para el usuario, las EPS son solo intermediarias que no anexan valores, sino que, todo lo contrario, evitan los accesos a los servicios de salud, obligan a los clientes a que tomen las medidas respectivas políticas y luego exigen recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (6).

Por lo mencionado anteriormente, el SGSSS introduce la ventaja, contrario al pensamiento de dar soluciones sin esperar nada a cambio de la medicina. Los recursos se pierden y no llegan a las IPS, que se encuentran en crisis permanente (7).

Debido a la situación crítica, esto hizo que el gobierno presentara dos reformas: la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Este no ha cambiado mucho y siguen las problemáticas (8,9).

Las distintas problemáticas percibidas por personas políticas, investigadores, y demás; son diversos y se demuestra que la sociedad colombiana no puede encontrar las causas a la problemática del SGSSS. Nacionalmente hablando, la Academia es participe en el debate del país con trabajos investigativos y conclusiones del sistema, pero hay que tener en cuenta que no es nada fácil por la manera en que estos trabajos se encuentran distribuidos, es decir en muchas revistas especializadas.

Se llevó a cabo una revisión de la literatura con el objetivo de lograr la identificación y evaluación a manera seleccionada y de resumen (10).

La revisión sistemática de literatura de la base de datos de Scielo entre los años 1993-2012. Con la nueva pregunta, se crearon criterios de inclusión y exclusión para las publicaciones.

En cuanto a los artículos descriptivos contra los artículos evaluativos, Las publicaciones hechas, que cumplieron con los requisitos de inclusión y exclusión, corresponden a 102; de las cuales 86 (84,4%) se centran a la descripción del sistema de salud en su ámbito de la economía, administración y la salud pública. Dieciséis publicaciones (15,6%) se centraron en el impacto negativo o positivo del SGSSS sobre la población. Diez de estas, evalúan negativamente, cuatro, una evaluación de carácter positivo y dos evalúan de manera combinada.

Al hablar de los artículos de disciplina académica, con un total de 102, catorce publicaciones son de aspecto económico, veinte de administración, treinta referentes a salud pública y treinta y ocho son de carácter sociopolíticos. El tema de mayor atención, fue el de equidad y cobertura (11).

Los personajes Guarnizo y Agudelo hicieron estudios de equidad de géneros en el acceso a los servicios de salud, usando la encuesta Nacional de hogares, dan a mostrar que el SGSSS mejoro esta parte, con respecto a las mujeres del sistema. Céspedes y algunos colaboradores (12).

Estudiaron la equidad en el acceso y encontraron mejorías. Estudios realizados por Eslava (13) concluye que hay relaciones inversas entre la inequidad en salud y los gastos, y se determina que la salud tuvo mejorías. Martínez (14) con una encuesta a 364 hogares en Bogotá, explico que con el SGSSS de ha logrado más amplitud de la población con respecto a los servicios de salud.

En cuantos a los temas con mayor frecuencia entre artículos descriptivos; desde su mismo inicio, genero la atención de investigadores por lo difícil que es estructuralmente. Restrepo y colaboradores (15) buscan la cadena de prestación de

servicios de salud y determinan que la integración vertical EPS e IPS crea una periferia en cuanto a la elección de manera libre por parte de los usuarios y genera problemas éticos para los responsables de la salud. Merlano y Gorbanev estudiaron las consecuencias que la integración vertical entre aseguradores y prestadores tiene encima de la competencia en el ámbito de salud y no encontraron resultados. Gorbanev y colaboradores (17) analizaron el pago por desempeño en la cadena de salud y se dieron cuenta que es limitado en cuanto al uso en la parte de salud en Colombia- Chicaíza y García (18) evaluaron costo-efectividad del sistema de atención en Suba (Bogotá), creado e implementado por la Alcaldía de Bogotá, encontraron que el modelo de APS se podría tener en cuenta en otras regiones colombianas. Ruíz y colaboradores (19) estudiaron el modelo estándar de atención primaria que se usa dentro del SGSSS. Determinaron problemas estructurales en cuanto al modelo y dieron como sugerencia mejoras en la parte administrativa de las IPS en Colombia. Como conclusión, según las investigaciones, se demuestra que estructuralmente la parte de salud bajo el SGSSS limita las opciones del usuario, no permite el uso de incentivos por calidad y hace de manera más difícil la atención primaria.

Arenas y colaboradores (20) realizaron estudios sobre indicadores administrativos y financieros utilizados por las IPS. El estudio de Lopera y colaboradores también es importante (21) acerca las problemáticas administrativas por parte de las IPS en la atención de urgencia de pacientes.

En cuanto a los aportes de las personas que se dedicaron a realizar la investigación, se puede generar el aporte de ellos de tal manera que; las IPS en Colombia se presentan desequilibrios administrativos en la atención de urgencias de los usuarios del SGSSS y esto se observa en las estadísticas financieras.

En la revisión sistemática se encontró, que 30 publicaciones de referente a salud pública, estudian el movimiento de las enfermedades principales de la población colombiana desde inicios de SGSSS. Idrovo (22) mira la incidencia de enfermedades principalmente ocupacionales en Colombia y resalta el aumento de

estas mismas enfermedades. Arrivillaga (23) realiza estudios de impacto en la población de enfermedades como VIH y realiza hallazgos con respecto a barreras de acceso para género femenino que padecen de esta enfermedad (24). Piñeros y colaboradores (25) realizan un análisis del uso de la vacuna del VPH – virus del papiloma humano a nivel regional en Colombia y realizan hallazgos, determinando que su inicio está dado por la presión de las figuras políticas. Rodríguez y Gómez (26) trabajan problemas de conexión de tratamientos cardiovasculares que se explica por factores económicos y culturales. Suarez y colaboradores (27) realizan estudios acerca las malformaciones congénitas donde se ve reflejado que existe una necesidad de modificar la atención a los pacientes. Posada y colaboradores (28) trabajan la dinámica de enfermedades mentales e indican que SGSSS no tuvo la mejoría en cuanto al tratamiento de estas enfermedades específicas.

Por otra parte, se realizaron estudios de la dinámica de enfermedades tropicales como, por ejemplo: la malaria, que sigue siendo un grave problema de salud pública en regiones tropicales colombianas. Agudelo y colaboradores (29) estudiaron la evaluación de opciones para controlar la efectividad de esta enfermedad. Las publicaciones reflejan que el SGSSS no tuvo mejorías en este aspecto.

Treinta y ocho publicaciones fueron halladas, que se enfocan en aspectos sociopolíticos del SGSSS. Gómez (30) realiza una investigación de la reforma del sistema dada en el 2007 y muestra que no tuvo mejorías después de iniciarla. Valencia y colaboradores (31) se cuestionan si los cambios en la normatividad introducidos en la reforma son ideales para que el sistema presente mejorías y sea justo, equitativo y eficiente, determinan que es bueno individualizar los planes de beneficio y reformar el modelo de atención primaria. Restrepo (32) asimila la idea de que la reformar al SGSSS formalizada en la ley 1122 de 2007 no contribuyo a mejorar el sistema de salud. Arévalo (33) miró algunos aspectos sociopolíticos que están ausentes y que son fundamentales para que el sistema funcione como: la participación comunitaria y el control social. Vélez (34) hacer ver la diferencia entre lo establecido en la norma sobre el SGSSS y lo que los usuarios perciben. En

resumen, las publicaciones socioeconómicas hacen ver que las reformas al SGSSS no tuvieron en cuenta la solución a sus problemas principales.

Se encontraron dos estudios comparativos: Chávez y Montoya (35) realizan una comparación del SGSSS de Colombia con el sistema de salud de Costa Rica, que es un sistema público integrado. Los investigadores dicen que allá en Costa Rica la participación de civiles en el sistema de salud es más pronunciada que en Colombia, Gómez (36) estudia sistemas de salud en la región Andina y el caribe y realiza un hallazgo en el cual, dentro de los sistemas, ninguno ha cumplido con los requisitos universales, equitativos, de calidad, a excepción de Cuba. Es importante mencionar que no hubo estudios en comparación con Norteamérica y Europa. Resumiendo, las comparaciones muestran muchas falencias del SGSSS en comparación con el Sistema Nacional de Salud y las debilidades principales de sistemas de aseguramiento individual.

Por otra parte, se tienen cuatro publicaciones que abarcan temas de equidad y cobertura, ocho de otros aspectos económicos, cinco de cadena de prestación de servicios de salud, quince de carácter administrativo, treinta de temas referentes a salud pública y veinticuatro de temas sociopolíticos.

MARCO CONCEPTUAL

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD EN COLOMBIA.

La Constitución de 1991 estableció un concepto de seguridad social que posteriormente, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se redefinió como Sistema de Seguridad Social Integral, orientado a conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado que propicie la libre competencia y la libre elección en la prestación del servicio de salud en el país.

Es así, como se da paso al Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] que abarca entre sus actores a las Entidades Prestadoras de Salud EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios IPS.

De manera específica, el aseguramiento corresponde a las EPS, las cuales deben brindar los mismos beneficios tanto en los regímenes subsidiado como en el contributivo (Guerrero, Gallego, Becerril y Vásquez, 2011). Cada EPS conforma y ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas, sean estas, consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud. Los hospitales públicos, por su parte, se han ido transformando en organizaciones autónomas, denominadas Empresas Sociales de Estado, que venden sus servicios a las EPS (9)

REGIMEN CONTRIBUTIVO

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. (10)

REGIMEN SUBSIDIADO

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

Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al SGSSS, el Estado colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud. Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos,

en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del FOSYGA). Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S. (11)

PRINCIPIOS BÁSICOS

La ley 100 del 93, fue producto de una conciliación entre los modelos de la seguridad social en salud, el neoliberal, agregó, además, una concepción descentralizada sobre la administración pública de los servicios sociales.

En Colombia, el SGSSS se rige por seis grandes principios que se plasman de manera textual en la Ley 100 de 1993, siendo estos los ejes sobre los cuales se formulan las políticas y programas que se ejecutan en atención a la prestación del servicio por parte de los distintos actores, no obstante, como lo señala Arenas (2011), de los seis, a saber; eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, tres se encuentran elevados a rango constitucional, siendo estos los de; universalidad, solidaridad y eficiencia, que son desarrollados a continuación.

UNIVERSALIDAD

En lo que corresponde a la universalidad se afirma que esta es, “la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”, lo cual se traduce en que a ninguna persona, bajo el amparo del marco constitucional colombiano, se le puede negar la atención en salud y el Estado debe garantizar que esto así se cumpla.

La universalidad es el principio relacionado con la cobertura de la Seguridad Social: comprende a todas las personas. Ello es natural porque si, como se estableció, la dignidad es un atributo de la persona, no es entonces concebible que unas personas gocen de vida digna y otras no. Las calidades esenciales de la existencia no sabrían ser contingentes. Simplemente, si son esenciales, se predicen de todas las personas.

Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

El problema de lograr la universalidad en el sistema de seguridad social en salud es inicialmente un problema legal ya resuelto en la constitución del 91. Pero realmente ya es un problema técnico, organizacional y político.

INTEGRALIDAD

Consiste en ampliar la cobertura del sistema a todas las contingencias que afectan la salud (el saneamiento ambiental, la educación, la nutrición, el comportamiento individual y social, etc.), la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas.

SOLIDARIDAD

Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del "más fuerte hacia el más débil", que se materializa institucionalmente en la puesta de mecanismos como lo son el régimen subsidiado en salud y fondo de solidaridad pensional, los aportes solidarios de los sistemas de pensiones y salud, la garantía de una pensión mínima, a su vez que con límites máximos, la cobertura familiar del sistema de salud, entre otros mecanismos (Arenas, 2011).(12)

los deberes que se desprenden del principio de la solidaridad son considerablemente más exigentes, urgentes y relevantes cuando se trata de asistir o salvaguardar los derechos de aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta. (Corte Constitucional, Sentencia T-154 de 2014)

EFICIENCIA

El principio de eficiencia se plasma en la Ley 100 de 1993, en el literal (a) del artículo 2 señalando sobre la misma que esta es; “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”, extendida ésta a la atención oportuna y eficaz que debe darse para los usuarios, y que es materializable en la medida que la gestión de los recursos se dé de manera óptima. De otra parte, en el desarrollo jurisprudencial también se denota como en el mismo se incluye la celeridad en el desarrollo de los trámites y procesos adelantados por los usuarios, afirmando la Corte al respecto que hay eficiencia en la medida que; “los trámites administrativos a los que está sujeto el paciente sean razonables, no demoren excesivamente el acceso y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir. (10)

SISTEMA EN SALUD

Según la OMS un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (12)

SEGUIRIDAD SOCIAL

Es un sistema que integra todo lo relacionado con la protección social, para garantizar el acceso y la cobertura integral de las necesidades socialmente reconocidas. En Colombia se encuentran enmarcadas dentro de la ley 100 de 1993.

EPS

Entidad promotora de salud: Son empresas del sistema de salud en Colombia, las cuales no prestan servicios médicos, sino que promueven dichos servicios a usuarios en el esquema de aseguramiento.

IPS

institutos prestadores de servicios: son todos los centros clínicos y hospitales donde se prestan los servicios médicos. Ya sean de urgencias o consultas.

POS

El plan obligatorio de salud, (pos) es el conjunto de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia.

SALUD PUBLICA

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.(11)

CUOTAS MODERADORAS

De conformidad con lo definido por el artículo 1º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS en el Régimen contributivo; se crean con el fin de que los

usuarios del Régimen Contributivo, no desborden los servicios de salud y moderen la utilización de estos.(11)

CUOTAS MODERADORAS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior tal y como lo establece el párrafo del artículo 8º de la norma en comento. Con relación a la fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, la cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas. Respecto a exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, la cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas. (11)

COPAGOS

De otra parte, los copagos, a que están obligados los beneficiarios en el régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, de conformidad con el artículo 2º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS. Estos, según artículo 7º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, se aplican a. (11)

1. Los servicios y procedimientos no quirúrgicos del POS que no tengan que ver con acciones de promoción y prevención, programas de atención materno infantil, programas de control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias, consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada,

consulta externa por médico especialista, fórmula de medicamentos para tratamiento ambulatorio, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, y exámenes de diagnóstico por imagenología ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.(11)

2. Los servicios del POS de atención hospitalaria y los procedimientos de cirugía que no tengan que ver con acciones de promoción y prevención, programas de atención materno infantil, programas de control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastrófica- 85 CONCEPTOS DE LA OFICINA JURÍDICA DE LA SNS Superintendencia Nacional de Salud Número 2 cas o de alto costo, la atención inicial de urgencias. (11)
3. Las imágenes diagnósticas invasivas tales como el procedimiento de endoscopia, rectoscopia y medios de contraste.

COPAGOS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Los copagos en el régimen contributivo se pagarán según el ingreso base de cotización del afiliado cotizante teniendo en cuenta el valor de las tarifas pactadas por la EPS con los PSS, de esta manera, el valor por concepto de copagos para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes será el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, y para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS.(11)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.4.1. METODOLOGIA

Tipo de investigación:

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estuvo constituida por (54 pacientes) activos inscritos en las Clínicas Integrales del Adulto del sistema de archivos de la Clínica Odontológica Cartagena de Indias en el primer periodo de 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos los pacientes mayores de 18 años activos, tratados por estudiantes de sexto a decimo semestre del área de la clínica integral del adulto, en la Clínica Odontológica Cartagena de Indias en el primer periodo de 2018.
- Historia totalmente diligenciada y firmada con el anexo de la cédula de ciudadanía.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes activos mayores de 18 años que no firmen el consentimiento informado de la investigación.
- Pacientes mayores de 18 años que no presenten historia registrada en la Clínica Odontológica Cartagena de Indias.

TIPO DE MUESTREO

Se realizará mediante un muestreo de tipo censal.

VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Naturaleza de la variable	Nivel de medición	Indicador
Edad	Número de años que una persona ha vivido	Cuantitativa	Nominal	Años Meses
Estrato	Forma de estratificación social basada en las remuneraciones que reciben o los impuestos que pagan las personas.	Cuantitativo	Ordinal	Estrato 0 Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y les asigna una función específica en la generación	Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino
Semestre del operador	Nivel de semestre en el que son atendidos (Dependiente)	Cuantitativo	Ordinal	Sexto Séptimo Octavo Noveno Decimo
Percepción /Aceptación	La percepción es un proceso activo- constructivo, en el que el perceptor antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo participatorio, que le permite aceptarlo o rechazarlo, según se adecue o no a lo propuesto por el esquema.	cualitativo		

TECNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

INSTRUMENTO

Se realizó una encuesta comprendida por diferentes partes esenciales en todo trabajo de investigación; entre las cuales se encuentra el consentimiento informado, el cual es de suma importancia puesto que los participantes aceptaran las condiciones del estudio, mediante la autorización al equipo conformado por docentes y estudiantes y en el cual confirma su participación.

A su vez, tiene incluida una parte donde se podrán diligenciar los datos de identificación de los respectivos participantes en el estudio. Como también, preguntas que evalúan el conocimiento que tienen dichos participantes sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, su función, beneficios, procedimientos incluidos dentro del POS, derechos que les otorga dicho sistema, entre otros.

El cuestionario fue dirigido a los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad del Sinú Seccional Cartagena. Las preguntas fueron validadas por un calibrado experto.

Se evaluó los conocimientos que tienen los pacientes sobre cómo funciona el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la frecuencia de uso del mismo, beneficios del Sisbén, beneficios del POS, servicios odontológicos incluidos en el POS, etc.

Además, se evaluó, qué tanto conocen los participantes sobre la cuota moderadora, quienes deben pagar dicha cuota, copago, entre otros conceptos que se manejan dentro del SGSSS.

La encuesta está compuesta por 19 preguntas de selección múltiple, a fin de identificar mediante las respuestas obtenidas en cada una, el conocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información que se obtuvo en la presente investigación y su correspondiente análisis se realizó mediante:

- Recolección de información en diferentes bases de datos
- Aplicación de una tabla matriz en Excel 2010
- Tabulación de datos obtenidos mediante la encuesta
- pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú en el 2018
- Cruce de variables en el programa Stata 11.0

PRUEBA PILOTO

Posteriormente, se analizarán cada una de las respuestas obtenidas del muestreo basándonos en las necesidades de información detectadas y objetivos planteados.

Esta metodología posibilita determinar el nivel de conocimiento de los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad del Sinú Seccional Cartagena, sobre la seguridad social en salud de Colombia.

Se realizó la encuesta determinada a cinco pacientes pertenecientes en su atención a clínica del adulto en la Clínica Odontológica Cartagena de Indias de la Universidad del Sinú Seccional Cartagena, en el segundo periodo del 2017.

Finalmente, con base a ello se realizaron las modificaciones correspondientes para la aplicación de la encuesta a los pacientes este semestre, que serían muestra de nuestro estudio.

RESULTADOS ESTADÍSTICO

El análisis se realizó con el programa estadístico StatAdvisor creando una base de datos que será ingresada y posteriormente tabulada y examinada, utilizando evaluación de pruebas diagnósticas para determinar diferencias significativas entre las categorías de cruce, a través de la prueba chi cuadrado.

RESULTADOS

Tabla 2. Variables sociodemográficas

Variables	Frecuencias	Porcentajes
Sexo		
Femenino	40	74,07%
Masculino	14	25,93%
Nivel socioeconómico		
1	42	77,78%
2	6	11,11%
3	6	11,11%
4		
5		
6		

De acuerdo con los datos arrojados el sexo que mas prevalece es el femenino con 74.07%. Se encontró que la población encuestada tuvo mayor prevalencia con el nivel socioeconómico 1 con un porcentaje de 77.78%; teniendo los niveles 2 y 3 igual porcentaje (11.11%).

Tabla 3. Variables alusivas al SGSSS

Tipo de régimen de salud	Frecuencias	Porcentajes
REGIMEN CONTRIBUTIVO	9	16,67%
REGIMEN SUBSIDIADO VINCULADO	38	70,37%
NO TIENE	4	7,41%
	3	5,56%
Tipo de Afiliacion		
Cotizante	44	86,27%
Beneficiario	7	13,73%

Nivel de sisben

1	43	82,69%
2	6	11,54%
3	2	3,85%
4	1	1,92%

Se encontró que el régimen subsidiado alcanza el mayor porcentaje de la población encuestada con un 70.37%. Siendo de menor prevalencia la población perteneciente al régimen vinculado, con un 7.41%. Se identificó que el 86.27% de la población encuestada están afiliados como beneficiarios, siendo éste un resultado significativo. Por otro lado, la población cotizante alcanza un 13.73%. El 82.69% de la población encuestada pertenece al sisben 1. El 11.54% pertenece al sisben 2; La población con menor prevalencia fueron los niveles del sisben 3 y 4, con 3.85% y 1.92% respectivamente.

Tabla 4. Variables correspondientes a conocimientos del SGSSS

Beneficios del SGSSS	Frecuencias	Porcentajes
NO	21	38,89 %
SI	33	61,11 %
Beneficios del POS		
NO	21	38,89 %
SI	33	61,11 %
Conocimiento sobre los Servicios Odontológicos incluidos dentro del POS		
NO	32	59,26 %
SI	22	40,74 %
Conocimiento sobre el Sistema de Seguridad Social en salud		
NO	30	55,56 %
SI	24	44,44 %
prótesis totales en el POS		
SI	10	18,52%
NO	21	38,89 %
NO SABE	23	42,59 %

Exodoncias de terceros molares en el POS		
SI	12	22,22%
NO	16	29,63 %
NO SABE	26	48,15 %
Endodoncias en el POS		
SI	23	42,59%
NO	9	16,67 %
NO SABE	22	40,74 %
Eliminación de cálculos dentales en el POS		
SI	32	59,26%
NO	1	1,85 %
NO SABE	21	38,89 %
Procedimientos preventivos en el POS		
NO	28	51,85 %
SI	26	48,15 %
Derecho a obturaciones dentales(Calzas blancas) en el POS		
SI	23	42,59%
NO	11	20,37 %
NO SABE	20	37,04 %
Conocimiento acerca de Cuota Moderadora		
NO	30	55,56 %
SI	24	44,44 %
Quienes pagan cuota moderadora		
COTIZANTE	15	27,78%
BENEFICIARIO	27	50,00%
AMBOS	12	22,22 %

Conocimiento acerca de Copago		
NO	23	42,59 %
SI	31	57,41 %
pago de cuota moderadora en caso de pertenecer a régimen subsidiado		
NO	45	83,33 %
SI	9	16,67 %

- El 61.11% del total de la población encuestada tiene conocimiento sobre los beneficios del SGSSS; Por su parte, el 38.89% de dicha población, no tiene conocimientos sobre los beneficios del mismo.
- De acuerdo con los resultados, se encontró que el 61.11% de la población de estudio conocen los beneficios del POS y el 38.89% no tienen conocimiento sobre el POS.
- Según los resultados, se pudo notar que el 59.26% de la población encuestada no conoce los servicios odontológicos que se encuentran incluidos dentro del POS, por su parte el 40.74% de la población de estudio, si tiene conocimientos sobre dichos servicios.
- Se identificó que la mayor parte de la población encuestada que representa el 55.56% no tiene conocimientos sobre el SGSSS y el 44.44% si conoce sobre dicho sistema.
- Se encontró que el 42.59% de la población encuestada no sabe si las prótesis totales están incluidas dentro del POS, por su parte el 38.89% consideran que las prótesis totales no están incluidas dentro del POS; y el 18.52% consideran que las prótesis totales si están incluidas dentro del POS.
- El 48.15% de la población de estudio, no sabe si los procedimientos de exodoncia de terceros molares están incluidos dentro del POS. El 29.63% considera que dichos procedimientos no están incluidos dentro del POS, y el 22.22% afirman que estos procedimientos si están incluidos dentro del POS.

- Se encontró que el 42.59% de la población objeto de estudio considera que los procedimientos de endodoncia si están incluidos dentro del POS. Por su parte el 40.74% de la población no sabe que los procedimientos de endodoncia están incluidos dentro del POS. Y finalmente, el 16.67% de la población afirma que dichos procedimientos no están incluidos dentro del POS.
- El 59.26% de la población encuestada consideran que los procedimientos de eliminación de cálculos dentales si están incluidos dentro del POS. El 38.89% no sabe si dichos procedimientos están incluidos dentro del POS. Y el 1.85% afirma que estos procedimientos no están incluidos dentro del POS.
- Se pudo identificar que la mayor parte de la población encuestada, que corresponde al 51.85% no tiene conocimientos sobre los procedimientos preventivos en el POS. Por su parte el 48.15% de la población no conoce los procedimientos preventivos que están incluidos dentro del POS.
- Se encontró que el 42.59% de la población de estudio, considera que el derecho a obturaciones dentales de resina de fotocurado (calzas blancas) si están incluidas en el POS. El 37.04% de la población no sabe si el derecho a obturaciones está incluido en el POS. Y el 20.37% de la población afirma que este derecho no esta incluido dentro del POS.
- El 55.56% de la población objeto de estudio no tiene conocimiento sobre la cuota moderadora. Por su parte, el 44.44% de la población si conoce sobre la cuota moderadora.
- De acuerdo con los resultados se encontró que el 50% de la población afirma que quienes pagan la cuota moderadora son los beneficiarios. El 27.78% de la población de estudio, considera que quienes pagan dicha cuota son los cotizantes y por su parte, el 22.22% de la población afirmo que ambos debían pagar la cuota moderadora.
- El 57.41% de la población de estudio si tiene conocimiento sobre copago, y el 42.59% de la población no conocen el copago.

- Se pudo identificar que el 83.33% de la población encuestada no tienen conocimiento sobre el pago de cuota moderadora en caso de pertenecer a régimen subsidiado. Por otro lado, el 16.67% si conocen sobre lo mencionado anteriormente.

DISCUSIÓN

Mediante este estudio, se identificó el nivel de conocimiento que tienen los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad del Sinú, en una muestra representativa de 54 participantes objeto de estudio.

Ahora bien, al comparar los resultados obtenidos de esta investigación, con otros estudios similares, se identifica que el desconocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud prevalece en la mayor parte de la población encuestada. Según Delgado M, en su estudio realizado en el 2013, describe los resultados mediante un análisis comparativo entre las encuestas del año 2000 y 2010 y se pudo observar en los resultados de ambas encuestas un bajo nivel de conocimiento acerca del SGSSS, de las EPS, IPS y de las normas de participación en salud. En el 2000, aproximadamente el 12% de los entrevistados mostraron conocer el sistema; mientras en el 2010 solamente el 8%. Lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en nuestro estudio puesto que se identificó que la mayor parte de la población encuestada que representa el 55.56% no tiene conocimientos sobre el SGSSS y el 44.44% si conoce sobre dicho sistema (22).

Por otra parte, según Cristo P, en su estudio sobre el SGSSS, pudo identificar que un 53,3% conoce la existencia del régimen contributivo y subsidiado, y un 46,7% no los conoce. Con respecto a la pregunta sobre los planes de beneficios ofrecidos por el sistema a sus afiliados, se observó que un 50% respondió de forma incorrecta y tan solo un 1,7% correspondiente a un encuestado respondió correctamente sobre lo que consiste; en lo relacionado con el Plan Obligatorio de Salud (POS) un 68,3% lo desconoce y un 31,7% conoce de este plan. Por otro lado, en nuestro estudio, se

encontró que el 61.11% de la población de estudio conocen los beneficios del POS y el 38.89% no tienen conocimiento sobre el POS; sin embargo, al preguntar sobre los procedimientos odontológicos incluidos dentro del POS, se pudo notar que el 59.26% de la población encuestada no conoce los servicios odontológicos que se encuentran incluidos dentro del mismo. Por su parte el 40.74% de la población de estudio, si tiene conocimientos sobre dichos servicios (23).

En relación a la investigación realizada por Cristo P, también se evaluó la posición crítica de los encuestados frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de dos interrogantes acerca de las ventajas y desventajas del mismo; los resultados mostraron que un 48,3% respondió que no tiene ninguna ventaja y el 18,3% respondió que su principal desventaja fue la disminución de la consulta privada, alta competencia y menores ingresos corroborando así los estudios anteriormente mencionados. Lo cual nos reafirma que el desconocimiento sobre dicho sistema, puede ser un limitante para alcanzar los objetivos del mismo y disminuye la accesibilidad a los servicios prestados (24).

Por su parte, Mauren T, Sepúlveda G, y Rojas O, en su estudio “conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el SGSSS, hospital san José de Buga, 2011”; Se encontró que dichos usuarios, poseen un mediano conocimiento sobre la existencia de una carta o listado de deberes y derechos en salud, y según el 84.2% de encuestados consideran importante que exista dicha carta (25).

De acuerdo con lo anterior, la Institución Hospital San José consideró importante reevaluar la forma en que ha socializada su carta de derechos y deberes, ya que se observaba que los volantes y las carteleras no son muy efectivo. La institución tiene claridad que en el momento de acceder a los servicios, los pacientes deben conocer cuáles son los deberes y derechos que se deben cumplir; es imprescindible que las personas que intervienen en el sistema de atención de la institución conozcan la carta que los define, se apropien de ella y la difundan claramente (25).

En similitud con el estudio mencionado anteriormente, los pacientes tienen bajo nivel de conocimiento sobre los procedimientos a los cuales tienen derecho de manera obligatoria, pues se encontró que el 42.59% de la población de estudio, considera que el derecho a obturaciones dentales si están incluidas en el POS. El 37.04% de la población no sabe si el derecho a obturaciones está incluido. Y el 20.37% de la población afirma que este derecho no está incluido dentro del mismo. Por otro lado, el 59.26% de la población encuestada consideran que los procedimientos de eliminación de cálculos dentales si están incluidos dentro del POS. El 38.89% no sabe si dichos procedimientos están incluidos. Y el 1.85% afirma que estos procedimientos no están incluidos dentro del POS.

Así mismo, Alvis N; Alvis L; y Orozco J, en su investigación sobre “Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios, 2005”; consideraron que el desconocimiento y la falta de información se hacen evidentes en las respuestas. Se encontró que dos tercios de los encuestados manifestaron no estar en la capacidad de afirmar con qué frecuencia se publican las listas municipales de priorizados mientras que el 15 % afirma que nunca se publican dichas listas. Resultados similares se encontraron al interrogar a los usuarios acerca de la verificación de las listas censales. Entre los pocos usuarios que opinan en torno a la participación ciudadana en la validación de las listas publicadas más de la mitad de ellos tiende a creer que fueron ignorados en el levantamiento de las listas del SISBEN. De igual modo, desconocen casi por completo la existencia de los listados censales en el municipio

Así mismo, el conocimiento de la existencia de los listados censales en el municipio es casi nulo debido a que al parecer la Dirección Local de Salud no los divulga. En el mismo sentido, el 94 % de los encuestados dice no conocer ningún mecanismo de verificación (26).

En nuestro estudio, se identificó que el 61.11% del total de la población encuestada tiene conocimiento sobre los beneficios del Sisbén; Por su parte, el 38.89% de dicha población, no tiene conocimientos sobre los beneficios de este.

En lo cual se revela, que aún hay un alto porcentaje de usuarios que desconocen los beneficios de este, y en general de cómo funciona el SGSSS.

CONCLUSIÓN

Los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú, desconocen muchos aspectos que definen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como sus derechos, beneficios, entre otros. Se identificó que son altos los porcentajes de la población que no conoce sobre los procedimientos que están incluidos en el POS, en qué consisten las cuotas moderadoras, cómo funciona el SGSSS, etc.

Cuyos resultados nos permiten concluir, que el desconocimiento es uno de los principales factores causales para que no se lleve a cabo adecuadamente el proceso del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y se puede considerar como una barrera, pues limita que los objetivos de dicho sistema se lleven a cabo, y haya una mayor accesibilidad, equidad y calidad de los servicios prestados.

Bibliografía

1. Ministerio de la protección Social. Sistema de Seguridad Social en Salud. 2004. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
2. Gobernación de Antioquia. Deberes y derechos de los afiliados al SGSSS. 21 Abril 2017. Disponible en:
https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=1630-deberes-y-derechos-de-los-afiliados-al-sgsss&category_slug=normatividad-2&Itemid=208
3. Constitución Nacional Republica de Colombia.1991. Artículo 49. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>
4. Organización internacional del trabajo (OIT). Hechos concretos sobre la seguridad social. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
5. EPSSura. La seguridad social, responsabilidad de todos. Disponible en: <https://www.epssura.com/historial-de-noticias/1412-la-seguridad-social-responsabilidad-de-todos>
6. Ministerio de la protección social. Sistema de seguridad social en salud. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
7. Merlano C. Gorbanev I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. (2013). Disponible en:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6093>
8. Organización internacional del trabajo (OIT). Un reto universal: seguridad social para el mundo. Disponible en:
http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081404/lang--es/index.htm
9. Gómez C. (2014, Abril 11). Análisis de la seguridad social en México y el mundo. Disponible en: [https://www.gestiopolis.com/analisis-de-la-seguridad-social-en-mexico-y-el-mundo/LEY 100 DE 1993](https://www.gestiopolis.com/analisis-de-la-seguridad-social-en-mexico-y-el-mundo/LEY%20100%20DE%201993)
10. Vélez, M. (2016). La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Colombia: Penguin Random House.
11. Guerrero, R.; Gallego, A.; Becerril, V.; & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud en Colombia. Salud Pública de México, 53(2), S144-S155.
12. Arenas, G. (2011). El derecho colombiano de la Seguridad Social. Bogotá: Legis.

13. Ministerio de salud y protección social. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>
14. Organización mundial de salud. Disponible en : <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
15. Ministerio de salud y protección social. Regimen subsidiado. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
16. Ministerio de salud y protección social. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>
17. Vargas I., Vázquez L. y Mogollón A. Acceso a la atención en salud en Colombia.2010. disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>
18. 16. 1. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Salud y Gerencia. 1987; (15): 6-28. 2. Ramírez Moreno J.
19. 17 Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saude Publica 2002;18(4):905-25.
20. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. J Health Polit Policy Law 1988;13(2):305-21.
21. Street A. Purchaser/provider separation and managed competition: reform options for Australia's health system. Australian J Public Health 79 994;18(4):369-79.
22. Van de Ven WP. Market-oriented health care reforms. trends and future options. Social Science & Medicine 1996;43(5):655-66.
23. Delgado M. Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema Social en Salud de Colombia: una comparación entre 2000 y 2010. 2013. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_125907/medg1de1.pdf
24. 24.Cristo P; Revista CES odontología. Impacto económico y laboral del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ejercicio profesional de los Odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano.1991. Publicado en 2005 Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/438>
25. Mauren T; conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el sgsss, hospital san jose de buga, 2011. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/266/Tatiana%20Mauren%20Eraso.pdf;jsessionid=279CB3B35350C4AA74C2F18E9A04B7F7?sequence=1>.

26 Alvis N; Alvis L; y Orozco J. Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano, 2005. Scielo. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2008.v10n3/386-394>