

Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias

Access to health services in six Colombian cities: limitations and consequences

Julián Vargas J¹; Gloria Molina M².

¹ Médico especialista en gerencia de la salud pública y en gerencia de la calidad y auditoría en salud, Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia. Correo electrónico: jvargas@guajiros.udea.edu.co

² Enfermera, doctora en administración en salud, Universidad de Birmingham. Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia. Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 31 de octubre de 2008. Aprobado: 16 de julio de 2009

Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009;27(2): 121-130.

Resumen

Objetivo: comprender las características del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), desde la perspectiva de los médicos, enfermeras, administradores y usuarios. **Metodología:** bajo la teoría fundada se presenta un estudio realizado en seis ciudades de Colombia: Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá, Leticia, Medellín y Pasto, para la cual se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales de la salud vinculados en la prestación de servicios y grupos focales con usuarios de los servicios. **Resultados:** los hallazgos señalan que el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al sgsss no garantiza el acceso efectivo a los servicios. El predominio del mercado, la rentabilidad fi-

nanciera de las aseguradoras, impone mecanismos de contención de costos por encima del derecho a la salud. Hay limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Adicionalmente, se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, que sumados a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, hacen que se limite aún más el acceso a los servicios de salud.

-----**Palabras clave:** decisiones en salud, acceso a servicios de salud, determinantes de la salud, derecho a la salud

Abstract

Objective: To understand the characteristics of access to the General System of Social Security in health (SGSS), from the perspective of doctors, nurses, administrators and users. **Methodology:** based on the grounded theory we present a study in six cities in Colombia: Barranquilla, Bucaramanga, Bogota, Leticia, Medellín and Pasto, for which interviews were conducted in-depth with health professionals involved in service delivery and focus groups with service users. **Results:** The findings indicate that insurance has become an end in itself, and being affiliated to SGSSS does not guarantee effective access to services. The dominance of the market, the

financial profitability of insurers, imposed cost-containment mechanisms over the right to health. There are limitations from the rules, benefit plans that create geographical, economic and cultural barriers from the various actors involved in the chain of decisions. Additionally, display individual and institutional ethical shortcomings, clientelism and corruption in the management of resources, coupled with poverty and geographical dispersion of communities, mean that further limiting access to health services.

-----**Key words:** Decision making in health, access to health services, health determinants, right to health

Introducción

La Constitución de 1991 sembró en Colombia una renovada esperanza por una sociedad justa e igualitaria, en donde la población, incluidos los más pobres y vulnerables, pudiera encontrar salidas a la problemática social y tener acceso real y efectivo a los servicios de salud. Los resultados contrastan con las metas esperadas, sin una explicación satisfactoria a esta nueva situación en la que los servidores de la salud y los usuarios emergen como los más afectados en el conflicto de intereses dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sen¹ expresa que la salud y la enfermedad deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social. Wagstraff² afirma que la pobreza y la mala salud se interrelacionan, con tendencia a presentar peores resultados sanitarios en los países pobres y donde existe un círculo vicioso con peores consecuencias para los más pobres.

La meta de “Salud para todos en el año 2000” condujo a reformas sectoriales orientadas por organismos multilaterales, buscando asegurar el acceso a la salud a todos sus habitantes. Así, el Sistema Nacional de Salud en Colombia desde 1974 hasta 1993, generó un impacto importante en el mejoramiento de la salud pública, pero se quedó corto en cobertura.³

Con la Ley 100 de 1993 se inició en Colombia un proceso de cambios en la prestación de los servicios de salud, conducidos hasta entonces mediante un esquema monopólico y desarticulado, en el que existía un sistema de seguridad social para el sector formal, con cerca del 22%, paralelo al sistema público, teóricamente di-

rigido al resto de la población, que apenas alcanzaba a cubrir al 40%.⁴ Cerca del 25% de los habitantes no tenía acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación propia.⁵

Buscando superar las limitaciones en cobertura, la Ley 100 planteó el aseguramiento como medio para garantizar acceso a los servicios, y cambió el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. No obstante, las metas de cobertura no se han logrado. Estudios realizados en Colombia, así lo expresan: para el Ministerio de Salud entre 1993 y 1997, la cobertura en afiliaciones aumentó de 23% a 57%, con mayor incremento entre los más pobres, sugiriendo un impacto positivo del sgss sobre las inequidades en el acceso, pero sin evidenciar un impacto claro sobre la equidad en la utilización final de servicios.⁶ Entre el año 2000 y el 2006 se visualiza un incremento en el aseguramiento de la población (tabla 1).⁷

Las coberturas en aseguramiento al sgss por regímenes entre los años 2000 a 2005 se observan en la tabla 2.

Estos datos expresan una situación similar a la descrita para 1993 cuando se tenía un 25% de la población sin acceso a los servicios de salud. Casi un tercio del incremento en afiliación al régimen subsidiado se alcanzó a expensas de los subsidios parciales, sin garantizar los propósitos de equidad y universalidad.

En el acceso a los servicios de salud se dan matices importantes. Según Mejía y otros,⁸ ante la necesidad de buscar atención, no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí con los no afiliados; las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para acceder a servicios de

Tabla 1. Porcentaje de población no asegurada en Colombia 2000-2007

| Indicador | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Porcentaje de población no asegurada | 43,99 | 43,34 | 43,86 | 42,42 | 32,91 | 25,9 | 20,73 |

Fuente: Ministerio de la Protección Social y DANE, citado por el informe “Así vamos en salud”, 2007.

Tabla 2. Aseguramiento en Colombia por regímenes de afiliación

| Indicadores | Cobertura en afiliación al SGSS | | | | | |
|--|---------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Cobertura del Régimen Contributivo | 33,5 | 31 | 30 | 31 | 32,8 | 33,7 |
| Cobertura del Régimen Subsidiado | 22,47 | 25,7 | 26,11 | 26,62 | 34,3 | 40,36 |
| %de subsidios parciales sobre el total de afiliaciones al Régimen Subsidiado | | | | | 11,69 | 11,13 |
| %Total Afiliados | 55,97 | 56,7 | 56,11 | 57,62 | 67,1 | 74,06 |

Fuente: Ministerio de Protección Social y DANE citado por el informe “Así vamos en salud”, 2006.

salud para los más pobres; el acceso a servicios preventivos favorece a los de mejor situación económica.

Una investigación de la Universidad Javeriana y la Universidad Católica de Manizales⁹ sobre las razones de no uso de los servicios, resalta que el 64,7% de los casos adujeron “razones” asociadas con problemas en calidad y acceso. Destacan las geográficas, económicas y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”).

Echeverri¹⁰ y Vega,¹¹ sustentan que la puesta en marcha de la Ley 100 no solo profundizó las inequidades, sino que generó nuevas desigualdades injustas y regresivas. Proponen avanzar en una tarea política: la construcción colectiva de la salud como un asunto de interés público, condición necesaria para la refundación del sistema de salud, en una perspectiva incluyente y equitativa. Vega,¹¹ expresa además que las relaciones de mercado y los valores comerciales que orientan la racionalidad política del sistema penetran el conjunto de este y sus organizaciones y la relación entre médicos y pacientes, perjudicando la salud de los pacientes y su libertad. Por su parte, Hernández¹² manifiesta que en Colombia se ha acumulado una frustración colectiva en la garantía del derecho a la salud. Las limitaciones del Sistema Nacional de Salud en términos de la capacidad de pago de las personas, atención a los pobres, trabajadores formales y ricos, y los problemas de oportunidad y calidad, no se superaron con el sgsss. Por el contrario, en el sistema la fragmentación es estructural, y la confianza depositada en que el mercado podría distribuir de la mejor manera los servicios en salud, fracasó.

Se presenta el análisis de lo expresado sobre el acceso a los servicios de salud, por los participantes en la investigación Decisiones en la atención en salud en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en seis ciudades de Colombia 2007-2008.¹³

Fundamentados en el marco conceptual relacionado, se pretende abordar el aseguramiento y su relación con el acceso, los aspectos que favorecen o limitan el acceso a los servicios de salud, las consecuencias de los problemas de acceso y las acciones que emprenden los actores para superarlos.

Los hallazgos interesan a las instancias de planificación y dirección del sgsss para la definición de políticas de atención; a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los profesionales, para comprender las dinámicas del acceso y plantear acciones que lo faciliten; a los usuarios, para comprender sus deberes y derechos e impulsar las acciones legales hacia el acceso efectivo a los servicios; y a las entidades de control para implementar mecanismos efectivos que faciliten las garantías del derecho fundamental a la salud.

Métodos

Se empleó un enfoque cualitativo de estudio de casos,¹⁴ que permitió recolectar, procesar y analizar información para la comprensión del objeto de estudio en espacios del sector salud y contextos culturales diferentes. Se utilizó como metodología de recolección y análisis del proceso de codificación abierta, axial y selectiva propuesto por Glaser y Strauss,¹⁵ Strauss y Corbin¹⁶ en la teoría fundada (TF).

La investigación se desarrolló en Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia, buscando incluir las distintas regiones del país, con identidades de contexto cultural y de desarrollo en el sgsss. Se pretendió tomar cada ciudad como un caso independiente,¹⁷ comparadas con el fin de encontrar características importantes que las diferenciaran. Tras el proceso de análisis, las categorías o subcategorías que emergieron no permitieron visualizar claras diferencias entre las ciudades, salvo en lo relacionado con la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud y las barreras geográficas para el acceso.

La información se recolectó mediante entrevistas individuales en profundidad, semiestructuradas^{18, 19} y grupos focales²⁰⁻²² con profesionales médicos, enfermeras y administradores vinculados a instituciones prestadoras de servicios de salud, entes territoriales, entidades administradoras de planes de beneficios y a asociaciones de usuarios, así como a usuarios individuales. Se consideró que los entrevistados tuvieran más de 10 años de experiencia en el sector. Su participación fue libre, con consentimiento informado.

Se realizaron 174 entrevistas (29 por ciudad), en dos etapas de recolección. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se analizó el texto, siguiendo la metodología de la teoría fundada. Luego se procedió a su codificación y análisis en forma separada, con el fin de obtener las categorías descriptivas. Estas se analizaron permitiendo la emergencia de las categorías analíticas. Se generaron 11.976 códigos, de los cuales se configuran 74 subcategorías descriptivas, con la aparición de 13 categorías analíticas. La categoría relacionada con el acceso a los servicios de salud es la que se aborda en el presente artículo. Para la comprensión de los hallazgos se construyeron mapas conceptuales que permitieran la conexión de los conceptos emergentes.

Los hallazgos se discutieron y validaron en un foro en cada ciudad, convocando a profesionales de la salud y líderes comunitarios de las entidades públicas y privadas del sector salud y representantes de los entes territoriales, incluyendo los entrevistados. Se presentaron los resultados, realizando un trabajo de grupo con el fin de recoger las opiniones y sugerencias de los participantes acerca de los hallazgos, y teniendo en cuenta los aportes

de los participantes. En todo el proceso se garantizó un manejo confidencial de las personas e instituciones que participaron en las entrevistas y en los foros de validación de los hallazgos.

Resultados

Los entrevistados manifestaron que el nuevo modelo de aseguramiento dio la oportunidad a las personas de escasos recursos económicos de acceder a algunos servicios que antes no tenían, especialmente a aquellos que implican la utilización de alta tecnología para la atención de enfermedades de alto costo. Asimismo, se ha ampliado la oferta de servicios, especialmente privada, en los municipios de mayor tamaño y en las capitales de departamentos. A pesar de ello, se enfatizó en la falta de accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, con serias consecuencias para todos los actores del sistema (figura 1).

Los conceptos expuestos en la figura 1 se ilustran con afirmaciones de los entrevistados: “Muchas veces lo que el médico ordena basado en conocimientos éticos, la EPS/ARS no lo autoriza” (clínico63-5); “Para los afiliados del régimen subsidiado nunca hay cama” (clínico-04-5); “Las EPS ofrecen los servicios al otro lado de la ciudad en relación al sitio de vivienda del usuario” (usuarios-67-8).

Los hallazgos se concentran en las siguientes cuatro afirmaciones:

- el aseguramiento en sí mismo no garantiza el acceso a los servicios;
- hay limitaciones y barreras en la cadena de las decisiones en salud;
- las consecuencias de los problemas de acceso recaen sobre diferentes actores: los pacientes y sus familias, los prestadores del servicio y el Estado;
- algunos actores realizan esfuerzos, aunque insuficientes, para mejorar el acceso.

El aseguramiento en sí mismo no garantiza el acceso a los servicios

El aseguramiento adoptado por la Ley 100, reconoce al afiliado el derecho a ser atendido mediante un paquete de servicios cuando lo requiera. Sin embargo, en la práctica, la población enfrenta múltiples barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta para acceder a los servicios. Los entrevistados expresaron que la pretensión de mostrar a la opinión pública que el incremento de las coberturas en el aseguramiento es la respuesta que requiere el país frente al derecho a la salud, desconoce la verdadera realidad del acceso.

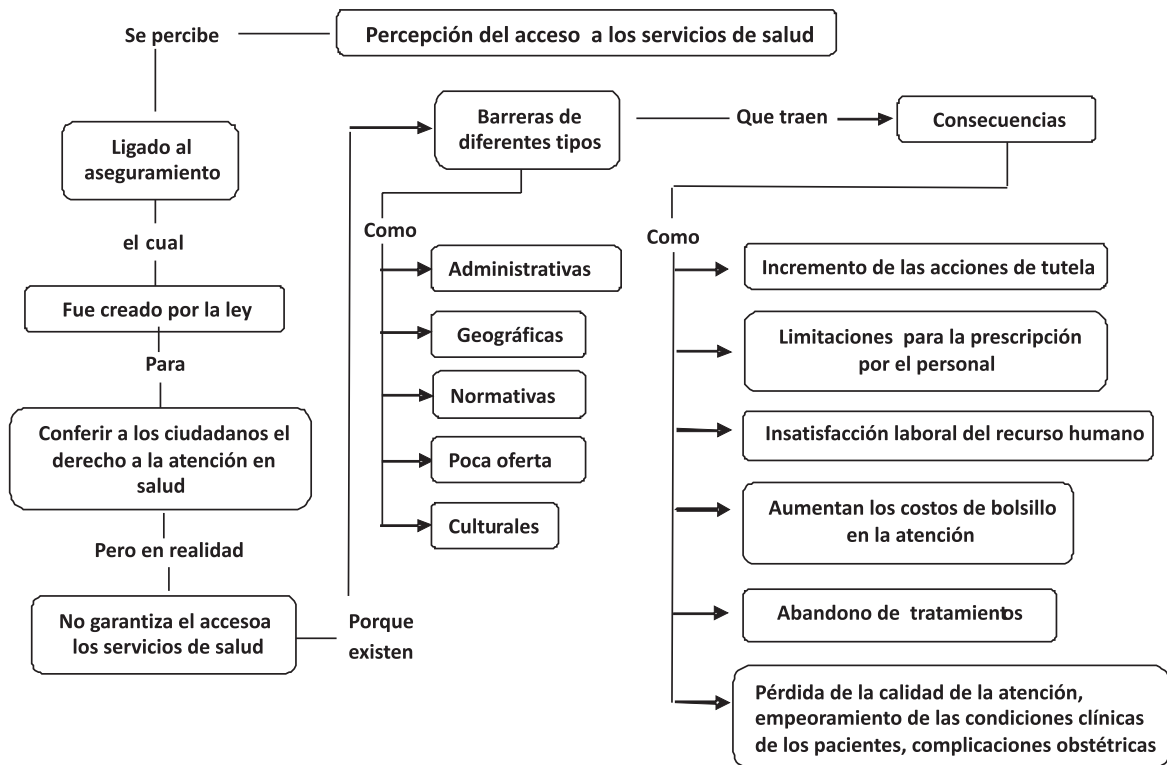


Figura 1. Aspectos relevantes en la percepción del acceso a los servicios de salud

Limitaciones y barreras en la cadena de las decisiones en salud

Se identificaron condicionantes que incluyen elementos del contexto geográfico, social, político y económico así como de asuntos relacionados con el sistema y sus normas, la gestión de los actores institucionales (EPS e IPS) y dificultades atribuibles a profesionales y usuarios, que inciden en que el acceso efectivo a los servicios de salud, bajo los criterios de universalidad y equidad, no se cumpla totalmente. Las barreras relacionadas con los diferentes tipos de contexto fueron relacionadas por los participantes en el estudio:

Contexto geográfico

La dispersión geográfica y las grandes distancias que debe recorrer la población rural para acceder a los servicios de salud, en donde una gran proporción de personas no demanda la atención e incluso pasa años sin acudir, se ve potenciada por la situación que padecen los habitantes urbanos, para los cuales los grandes desplazamientos de una IPS a otra, para la complementación diagnóstica y terapéutica, se convierten en una barrera de acceso por la carga económica adicional que conllevan, muchas veces imposible de asumir: “Los padres de los niños con cáncer tienen que atravesar varias veces la ciudad”. En atención obstétrica, “las pacientes viven en Bosa y les toca ir hasta Simón Bolívar” (clínico-66-5).

Contexto social y cultural

La diversidad cultural de las ciudades estudiadas y las diferentes concepciones del proceso salud enfermedad no parecen haber sido consultadas para el diseño de los planes de beneficios; adicionalmente, la asimetría en la información que sobre derechos, deberes y acciones en salud tienen las personas, se convierte en barrera cultural para el acceso. Al respecto dijeron: “Los servicios de salud no están diseñados para hacer un diálogo intercultural y para facilitar el acceso de las comunidades indígenas” (usuario-185-15).

Contexto político

Los entrevistados adujeron que la precaria cultura política de los colombianos genera una condición de vulnerabilidad frente a la potestad del ejercicio adecuado de los derechos ciudadanos y facilita la inoperancia de los burócratas que, pretendiendo representar los intereses populares, permanecen en el incumplimiento de la formulación de una auténtica política sanitaria que ajustada al perfil epidemiológico colombiano. Este vacío de política genera ineficiencia del sistema y como consecuencia una débil asunción de responsabilidades por parte de los involucrados en la cadena de las decisiones

y por ende un agravamiento de la situación de salud y el incremento de las muertes atribuibles a la falta de acceso oportuno. Los participantes afirmaron: “el desconocimiento de la Constitución y los derechos en salud favorece su vulneración” (clínico-108-13); “La primera barrera de acceso es la ausencia de una política sanitaria” (clínico-116-10); “¿Cuántos muertos tenemos y cuántos vamos a seguir teniendo, no solamente en Amazonas, a costa de la negligencia: política, administrativa y la de los mismos médicos?” (clínico-155-19).

Contexto económico

Muchas referencias al contexto económico fueron señaladas como auténticas limitaciones para el acceso a la salud. El sometimiento a las fuerzas del mercado ha creado dificultades para la financiación de los servicios para los pobres, entre las cuales se destacan las siguientes:

- carencia de empleo y vivir en el nivel 4;
- altos costos de la atención y falta de recursos para pagar las contribuciones;
- períodos de carencia;
- barreras económicas para la población más vulnerable;
- altos costos en transporte en las regiones marginadas.

Los participantes dijeron: “los pobres no tienen cómo desplazarse para recibir atención en salud y, cuando lleguen, la atención no se da cuando la necesitan [...] deben esperar varios días” (usuario-171-5); “En la mercantilización del servicio está la médula de las dificultades de acceso” (usuario-105-13); “Hay medicina de segunda para gente de segunda” (administrador-015-10).

Limitaciones desde el sistema, sus normas e instituciones

El sistema establece otras limitaciones al acceso determinadas entre otros por barreras administrativas para la afiliación, períodos de carencia, atención solo de urgencias en el primer mes, esperas prolongadas para procedimientos no POS, inequidad entre los regímenes, interpretación a conveniencia por las EPS de los planes de beneficios, retrasos en las autorizaciones y barreras para acceder a medicamentos.

Desde la perspectiva institucional, los entrevistados observaron situaciones atribuibles a los responsables del aseguramiento y a los prestadores de servicios de salud de todos los niveles, que pasan por la excesiva demanda en puestos de salud, largas filas para la asignación de citas, restricciones para los procedimientos electivos, insuficiente oferta de especialistas, hasta las mayores barreras para acceder al segundo y tercer nivel, que atraviesan a toda la red pública y privada. Afirmaron:

“Ni la secretaria de salud ni las EPS tienen voluntad para facilitar el acceso a los servicios en el Amazonas” (usua-

rio-185-4); “La gente se nos está muriendo por falta de una ecografía, de una endoscopia o de los exámenes más elementales, que en la humanidad actual, hoy son lo más ‘morrongo’ del mundo” (clínico-161-12); “En la red pública se están muriendo las personas por falta de remisiones oportunas al tercer nivel” (clínico-116-19); “El paseo de la muerte en Barranquilla ha sido una realidad muy trágica” (usuario-105-2).

Los servidores de la salud y los usuarios

En la cadena de las decisiones, los servidores y los usuarios asumen las consecuencias de los determinantes, más como reacción que como acción generadora de los problemas de acceso, lo que contribuye a su deterioro, como relatan los entrevistados:

“Los promotores no tienen la dotación suficiente para hacer la búsqueda activa y remisión oportuna de pacientes de alto riesgo epidemiológico” (clínico-180-13); “La inadecuada gestión de los profesionales para las referencias, genera barreras de acceso” (clínico-119-7); “A los usuarios les falta una mejor educación en salud y generar consciencia sobre la enfermedad para un atención oportuna” (clínico-111-8); “La pasividad de los usuarios facilita la negación del acceso” (administrador-016-4).

La tramitomanía como estrategia de contención de costos atraviesa el sistema y adquiere connotaciones variadas en los actores institucionales, en lo cual se destacan los excesivos controles de las EPS para autorizar servicios, la fragmentación de la responsabilidad frente al pago, las trabas en contratación y la transferencia del riesgo financiero a los prestadores.

Finalmente, la infraestructura hospitalaria mostró características diversas en las ciudades abordadas, que sin agotar una comprensión suficiente de sus características por no ser su objeto, fueron identificadas por los participantes de la siguiente forma: en Bogotá y Medellín se informó que a pesar de la existencia de una relativa suficiencia de la red, esta no alcanza a satisfacer la demanda. Para Barranquilla se resaltó el deterioro creciente de la red pública paralelo al crecimiento rápido de la privada. En Bucaramanga se enunció la presencia de una deficiente capacidad instalada. En Pasto, se caracterizó el colapso de la red pública y privada y la saturación consecuente del hospital departamental de tercer nivel. Y en Leticia, se manifestó que la red pública ha sido saqueada a la vez que disminuye cada vez más su capacidad resolutoria, mientras concomitantemente crece la oferta privada, sin oferta de un hospital de tercer nivel.

Consecuencias de los problemas de acceso

Las limitaciones para el acceso anteriormente enunciadas denotaron consecuencias en la atención en salud, sobre los distintos actores, a saber:

Los pacientes sufren la cronicidad y complicaciones de las patologías, el abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y obstétrica por barreras económicas de acceso ante la inoperancia de las entidades de control: “Han muerto indígenas por negación de la remisión oportuna y los entes de control no actúan” (usuario-175-12); “Cuando llegan las pacientes obstétricas complicadas al tercer nivel ya no hay nada que hacer” (clínico-66-6).

Se generan gastos adicionales para los hogares, así como el incremento en las complicaciones por falta de medicamentos: “Hay muchas cosas, muchísimas, que entregan incompletas; los medicamentos, que aunque son POS, no los tenemos” (usuaria-69-17); “La demora en la atención genera gastos de sustento a pacientes y a sus familias que viajan a Leticia” (usuario-185-4).

Se estimó que la automedicación y la formulación por personas no competentes adquieren relevancia entre la población, como lo afirma un profesional:

[...] en una droguería de la 93, había dos chicas españolas. Una creía estar enferma y le dijo al farmacéuta: “Mire, creo que tengo una infección urinaria”. Entonces él le vendió una fórmula; y me fijé qué le vendió y le dije: “Oiga, señor, ¿usted sabe cuales son los efectos adversos de esa droga que le acaba de dar a esa niña?” El tipo se molestó y no me atendió; y digo yo: “Si esto pasa en el parque de la 93, ¿qué pasará en sitios periféricos?, ¡no!” (clínico-66-12).

Las IPS reciben el impacto de los problemas de acceso al ver congestionados sus servicios de urgencias como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas y la tramitomanía para acceder a consulta externa. Adicionalmente se informó sobre el insuficiente recurso humano para atender la demanda de urgencias: “Realmente porque hay mucha gente esperando, pero mi familia prefiere siempre entrar por urgencias. Tienen que estar con una fiebre alta, con un dolor de oído intenso como para meternos todos. Por urgencias es rápida la atención, es mucho más rápido que separar una cita y esperar hasta la semana que viene” (usuario-162-2).

Hay pérdida de calidad en la atención, dado que los profesionales asumen responsabilidades superiores a sus capacidades y recursos, lo cual lleva a disminuir la calidad del acto médico y genera desconcierto laboral entre los servidores de la salud: “En esta zona es un poco complicado. Lo que sufrimos aquí los médicos –y el paciente sobretodo– es la cuestión de la referencia, porque la vía de acceso es muy difícil. Muchas veces hemos tenido problemas con los vuelos: no llegan cuando el paciente está complicado o cuando llovió mucho” (clínico-156-1).

En otras ocasiones se ven obligados a hacerle el juego a las estrategias administrativas con retardo de la so-

lución a los problemas de salud: “[...] siempre y cuando la patología no interfiera en la vida de las pacientes, diferimos un poco los procedimientos de pacientes que tienen carné subsidiado, o carné que no tiene un buen cubrimiento acá” (clínico-130-5).

Finalmente, se dijo que todo este escenario trae consigo elevados gastos en salud para el Estado, manifestados por el incremento en los costos por los problemas de red y el incremento de las acciones de tutela: “Los mismos especialistas le aconsejaban a los usuarios que pongan tutela” (usuario-131-16); “Las acciones de tutela están causando gastos excesivos en salud, afectando la equidad y la solidaridad del sistema” (administrador-121-7).

Los esfuerzos de algunos actores para mejorar el acceso son insuficientes

Se apreciaron acciones desarrolladas por los actores con el fin de mejorar la posibilidad del acceso a los servicios. Entre ellas se destacan: algunos entes territoriales acuden a funcionarios “puente”, nombrando a representantes de las asociaciones de usuarios que orientan a las personas de zonas rurales y urbanas marginadas sobre los trámites para acceder a los servicios. Se evidenció como relevante la misión cumplida por promotores de salud en Leticia y Pasto, quienes acompañan a los miembros de las comunidades que representan, hasta encontrar los medios de desplazamiento y la asignación de citas. Al respecto, señalaba una usuaria:

Desde un tiempo, acá con la formación de la Junta de Usuarios en el Hospital, hay varios municipios que mandan a una persona, como en el caso mío, que hacemos el acompañamiento, canalizamos a los pacientes, hacemos seguimiento de la patología y les apoyamos en la consecución de los medios de diagnóstico (usuaria-131-22).

Algunas IPS diseñan estrategias facilitadoras del acceso, como incrementar el número de médicos y ofrecer horarios extendidos. En otros casos el hospital atiende al usuario sin afiliación, aunque no tenga la certeza de que este servicio va a ser pagado y lo deba cubrir con recursos del hospital: “El hospital subsidia, con recursos propios, costos de pacientes pobres sin seguridad social” (clínico-06-9); “Por orden del director de la IPS no devolvemos ningún paciente en urgencias. Se atiende la urgencia y luego vemos quien paga” (administrador100-5).

La interconsulta con quienes tienen vínculos de amistad es utilizada para la priorización de pacientes urgentes como lo refleja el testimonio de un médico, cuyo sentido solidario centra su atención en el respeto a la vida y en el derecho a la salud como premisa fundamental: “[...] el Centro Regulador de Urgencias se demora a veces mucho porque ellos dicen que tienen que preguntar si en este o aquel hospital hay cama; no sé si será verdad o no. Más bien uno opta por los amigos que

tiene trabajando en urgencias en los hospitales universitarios y los llama y les manda los pacientes directo” (clínico-125-7).

El estímulo a la atención privada es una salida a las limitaciones de acceso. Sin embargo, a pesar de resolver la necesidad puntual de los usuarios, en definitiva, incrementa los gastos para ellos y sus familias. En otros casos, la población acude a la medicina tradicional como medio para mantener y mejorar su salud:

[...] mi mamá, que en paz descansa, también murió por cáncer en la matriz. Ella iba para el hospital y los médicos lo único que le formulaban eran pastas y más pastas. [...] me decía que no le hacían efecto [...] que los médicos no sabían nada; hasta que un día, ya de tantas pastas, mi papá le había preparado unos vegetales, que ya le estaban haciendo efecto” (usuario-185-6); “Quiero decirle con esto que el derecho del acceso de salud como persona, como pueblo, nosotros hemos visto la gran importancia que tiene la medicina tradicional” (usuario-185-18).

Adicionalmente, la población mantiene a los promotores de salud y a las organizaciones comunitarias como sus aliados inmediatos: “Los promotores de salud organizan la comunidad para desplazarse a Leticia con las gestantes a los controles” (usuario-185-3); “Los promotores sacrifican parte de sus ingresos para lograr trasladar a los pacientes” (usuario-171-7).

La utilización de mecanismos legales es cada vez más frecuente, y se acude al derecho de petición y la acción de tutela como herramientas efectivas para lograr el acceso. Son ejemplos de esto: “Para lograr el acceso a servicios algunos pacientes acuden a derechos de petición y/o la tutela” (clínico-141-4); “A los pacientes que ponen tutela, cuando llegan, toca por obligación atenderlos... ¡y rápido!” (administrador-45-5).

Discusión

El aseguramiento no es garantía de acceso a los servicios de salud. Detrás de las afirmaciones por parte de los actores entrevistados en relación con el rol de las entidades responsables del aseguramiento, subyace un escenario donde hay un entramado de relaciones complejas, en las cuales, el valor predominante es el de las fuerzas de un mercado que se impone al derecho a la salud de la población, afectando el acceso a los servicios.

Aunque se percibe que el nuevo modelo de aseguramiento dio la oportunidad a los pobres para acceder a algunos servicios que antes no tenían, especialmente a aquellos con utilización de tecnología de alto costo, son muchas las voces que hablan de la falta de accesibilidad real, oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

De lo manifestado por los entrevistados se puede concluir que el aseguramiento como estrategia para re-

conocer los derechos de la atención en salud, fue convertido por las aseguradoras en un fin en sí mismo y perdiendo su función de medio para el acceso y privilegiando sus intereses económicos sobre la obligación de promover, recuperar y mantener la salud de sus afiliados entregada por el SGSSS.

Además, el incremento en coberturas en afiliación está atravesado por fenómenos como:

- segmentación de la población por esquemas de aseguramiento;
- planes de beneficios diferenciales por tipo de afiliación que perpetúan la inequidad;
- fragmentación de dichos planes por las EPS en los procesos de contratación;
- *multiafiliación* a la que recurre la población, que subsecuentemente, margina de las posibilidades de acceso a otros pobres.

La gestión del aseguramiento centrada en la rentabilidad conduce a la afiliación de población con perfil de baja siniestralidad, la imposición de mecanismos de contención de costos en detrimento de la calidad de la atención y a la transferencia del riesgo financiero a los prestadores.

Similares hallazgos fueron obtenidos por Vega²³ quien afirma que “la actual reforma del sistema de salud tuvo como uno de sus objetivos establecer las condiciones para la intervención de las fuerzas del mercado en el sector [...] He sostenido también que estas fuerzas han legitimado un sistema que, a largo plazo, parece generar nuevas desigualdades, y coartar el desarrollo de la libertad de las comunidades y de los individuos”.²³

El modelo de atención que sustenta el SGSSS, desatiende a las particularidades de contexto geográfico, social y cultural de los colombianos, desnuda la carencia de políticas públicas sólidas que atiendan a las peculiaridades regionales y viola lo establecido por la Corte Constitucional que consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida,²⁴⁻²⁶ incurriendo de manera sistemática en la negación la posibilidad de un acceso real a los servicios de salud.

La pobreza estructural a la que está sometida buena parte de la población, sumada a las barreras institucionales que desarrollan los agentes del mercado que administran el aseguramiento, generan mayores inequidades y la prolongación a las barreras de acceso.

Las IPS inmersas en la trampa del mercado, debatiéndose entre las alternativas de la supervivencia y la gestión centrada en brindar servicios con calidad como garante de un derecho ciudadano, se convierten simultáneamente en víctimas y victimarias, cuando subordinan la oferta de servicios de salud a las condiciones de contratación y a las estrategias de pago impuestas por las aseguradoras.

Servidores de la salud y usuarios, eslabones finales de la cadena de las decisiones en el entramado del acceso a los servicios de salud, son quienes deben cargar las consecuencias de los problemas de acceso y quienes se enfrentan a los traumatismos generados por la tramitomanía impuesta por las normas y por los actores responsables del aseguramiento.

Las carencias en infraestructura que atraviesan las redes de prestadores se constituyen en un obstáculo adicional que agravan el escenario de trámites, normativo e institucional que precede al momento de la atención en salud. Lo expresado confirma lo dicho por Hernández¹² en el sentido de que “el mercado solo logra otorgar un derecho contractual que resulta insuficiente para el derecho a la salud, en su acepción más amplia” y lo señalado por Echeverri:¹⁰ “la puesta en marcha de la Ley 100/93, no solo ha profundizado las inequidades, sino que ha generado nuevas desigualdades injustas y regresivas”. De igual manera, los hallazgos refrendan las conclusiones de Mejía, Sánchez y Tamayo⁸ al formular que “las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud para los más pobres”.

Las limitaciones para el acceso plantean un panorama en el que la población se ve sometida a la prolongación y agravamiento de su enfermedad, se incrementa el riesgo de mortalidad y se marca un deterioro en la salud pública. A todo esto, la población responde inadecuadamente mediante la automedicación y la *urgentización* de los servicios; se ve obligada al incremento de las acciones de tutela como instrumento para ejercer sus derechos constitucionales a la salud, a la vida, a la integridad personal y a la seguridad social; los profesionales de la salud asumen responsabilidades que trascienden a sus competencias y recursos, y finalmente, se genera un efecto refractario sobre la eficiencia del sistema de salud al incrementarse los costos finales de la atención, por los efectos que, sobre la equidad y la solidaridad del sistema, pueden ocasionar las erogaciones que se realizan por vía de las acciones de tutela y de los costos derivados de los problemas de red.

A la luz de los hallazgos, es posible afirmar que a pesar de los esfuerzos de algunos actores por mejorar el acceso a los servicios de salud, estos han resultado insuficientes frente a la negación sistemática y prolongada del acceso efectivo a los servicios de salud, por las fuerzas del mercado que profundizan las inequidades. Lo anterior nos aboca a pensar que detrás de las dificultades de acceso expresadas en estos hallazgos, subyace el reto de asumir la tarea señalada por Sen²⁷ cuando invita a pensar que “la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención

al papel de la salud en la vida y la libertad humanas”. Se impone por lo tanto, un compromiso social que desborda el esfuerzo sectorial e implica la participación de muchos actores sociales para abordar las implicaciones que sobre la dignidad humana y el bienestar individual y colectivo, trae consigo esta incapacidad del sistema para brindar la protección social a los derechos a la salud y a la seguridad social consagrados en la Constitución de 1991 y en los tratados internacionales asumidos por Colombia. Mahatma Gandhi en alguna ocasión expresó que “los fines y los medios no son separables. No se pueden tener altos ideales y ruines métodos, porque estos se terminarán tragando a los fines”.

Conclusiones

El incremento de la cobertura en salud mediante la estrategia del aseguramiento de la población no ha logrado ser garantía de acceso a los servicios de salud en Colombia.

Aunque la población de menores recursos ha logrado acceder a servicios que no tenía, el acceso a los servicios de salud está lleno de barreras económicas, culturales, administrativas y políticas que impiden el goce efectivo del derecho a la salud.

El modelo de atención impuesto desconoce las identidades regionales y las particularidades geográficas, sociales y culturales, violando el derecho a la salud de muchos.

A la segmentación inequitativa de la población establecida por los planes de beneficios, se agrega la fragmentación de la atención por los intermediarios del sistema. Convertir el aseguramiento en fin, más allá del medio, ha propiciado que los nuevos actores del mercado, buscando favorecer sus intereses, nieguen sistemáticamente el acceso efectivo a los servicios mediante la implementación de barreras administrativas.

Las consecuencias de los problemas de acceso recaen sobre los actores más débiles en la cadena de las decisiones, lo cual favorece la pérdida de la calidad de la atención institucional y del acto médico como tal y el incremento de la morbi-mortalidad y el deterioro en la salud pública.

Los esfuerzos del personal de la salud, superiores a sus responsabilidades y competencias, y especialmente, las acciones emprendidas por la población, centradas en la búsqueda de terapias alternativas, la automedicación, la atención privada y las acciones de tutela, resultan insuficientes para vencer los obstáculos generados por la negación sistemática de los actores del mercado al derecho constitucional a la salud.

Agradecimientos

Se agradece a las instituciones que apoyaron el desarrollo de este estudio: Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Universidad Industrial de Santan-

der, Instituto de Estudios Públicos de la Procuraduría General de la Nación; asimismo se agradece a todos los profesionales de la salud y representantes de organizaciones comunitarias por sus valiosos aportes de información en las entrevistas.

Equipo de investigación

El equipo de investigación estuvo conformado por: Gloria Molina (investigadora principal), Julián Vargas, Iván Felipe Muñoz, Juan José Acosta, Diego Sarasti y Yomaira Higueta de la Universidad de Antioquia; Argiro Berrío, Francisco Arcieri, Blanca Nubia Carvajal, Andrés Ramírez y Gina Hinojosa de la Procuraduría General de la Nación; Flor de María Cáceres de la Universidad Industrial de Santander; asesoría constitucional: José Albeiro Pulgarín de la Universidad Nacional de Colombia; asesoría en participación social: profesora Margarita Quiroz; apoyo logístico: Beatriz Elena Londoño, Natalia Velásquez, María Cristina Márquez, Alejandro Arango y Diana Patricia Muñoz.

Referencias

- 1 Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev. Panam. Salud Publica [revista en internet] mayo-junio 2002 [acceso 30 abril de 2007]; 11(5-6): [1-12] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200200050000.
- 2 Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev. Panam Salud Publica [revista en internet] mayo-junio2002 [acceso 10 julio de 2007]; 11(5-6). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000500007.
- 3 Grupo de Economía de la salud, Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia. Cobertura del seguro en Colombia. En: Observatorio de la seguridad social en salud N° 1, Medellín, junio de 2001. p. 2.
- 4 República de Colombia. Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud: antecedentes y resultados. Tomo 1. Bogotá: El Ministerio; 1994. p.6.
- 5 Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Hogares de 1992. Bogotá: DANE; 1992.
- 6 Céspedes JE, Jaramillo I, Castaño R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad Saúde Pública 2002; 18(4):1003-1024.
- 7 Latorre ML, Merchán JC, Henao EV. Seguimiento al sector salud en Colombia: “Así vamos en salud”: Experiencias valiosas en gestión territorial 2007. Bogotá: Casa Editorial El Tiempo; 2007. p. 31.
- 8 Mejía A, Sánchez AF, Tamayo JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública 2007; 9(1):26-38.
- 9 Velandía F, Ardón N, Cárdenas JM, Jara MI, Pérez N. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Colombia Médica 2001; 32:4-9.
- 10 Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Rev Gerencia y Políticas de Salud 2002; (3):1-19.
- 11 Vega R. Dilemas éticos. Rev Gerencia y Políticas de Salud 2002; (2): 49.

- 12 Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev Salud Pública* 2000; (2): 121-144
- 13 Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Universidad Industrial de Santander. Decisiones en la atención en salud en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en seis ciudades de Colombia 2007-2008. Bogotá: Procuraduría General de la Nación; 2009
- 14 Yin A. RK. *The Case Study Research: designing and Methods*. 2ª ed. London: Sage; 1994.
- 15 Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
- 16 Strauss AL, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage; 1990.
- 17 Yin RK. *Applications of case study research*. London: Sage; 1993.
- 18 Miles M, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis*. London: Sage, 1994.
- 19 Morse MJ. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. London: Sage; 1994.
- 20 Kidd P, Parchall M. Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical rigor in Focus Group Research. *Qual Health Res* 2000; 10(3): 25-35.
- 21 Krueger R. *Focus Groups: To practical guide for applied research*. Newbury Park: Sage; 1988.
- 22 Dreachslin J. Conducting effective Focus Groups in the context of diversity: Theoretical Underpinnings and Practical implications. *Qual Health Res* November 1998; 8(6).
- 23 Vega R. *Op. cit.*, p.1.
- 24 Arbeláez M. Diez años de protección constitucional del derecho a la salud: La jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana (1991-2001). p.35.
- 25 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-571 Expediente 2635 de 1992 M.P. Derecho a la salud. Derecho a la vida. Derecho a la asistencia pública. Tutela transitoria. Hospital Universitario de caldas. Concedida demandante: Darío Álzate. Ponente: Jaime Sanín Greiffenstein. Edición No 39014. (26 de octubre de 1992).
- 26 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 2008, julio 31, por la cual pretende arreglar todas las aflicciones que se presentan con una ausencia de legalidad (omisión legislativa) y de política pública que haga frente a la protección del derecho a la salud de los colombianos. Bogotá: Corte Constitucional; 2008.
- 27 Sen A. *Op. cit.*, p.1.