



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Marín O, Yuly A.; Chávez, Blanca M
Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 62-70
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12029652007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas

Inconsistencies in the affiliation of the Colombian health system: an administrative barrier to the comprehensive treatment of medical emergencies

Yuly A. Marín O¹; Blanca M. Chávez G².

¹ Médica, Magíster en Salud Pública, Docente Ocasional Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo Electrónico: yulymarin@gmail.com.

² Enfermera, Doctora y Magíster en Salud Pública, Docente Titular Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: myro@saludpublica.udea.edu.co

Recibido: 22 de octubre de 2012. Aprobado: 08 de agosto de 2013.

Marín YA, Chávez BM. Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 32(1): 62-70

Resumen

Objetivo: explorar la atención de las urgencias médicas de los pacientes con inconsistencias en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), en diferentes IPS de Medellín en el año 2012. **Metodología:** Se realizó una investigación cualitativa aplicando la Teoría Fundamentada; se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas al personal de salud que laboraba en los servicios de urgencias y a pacientes con inconsistencias en la afiliación al sgsss. **Resultados:** existe incumplimiento de la normatividad que regula la prestación de los servicios de urgencias, convirtiendo los procesos administrativos en barreras para el acceso y la

atención de las urgencias médicas, lo que deriva en atenciones carentes de integralidad. **Conclusión:** es necesario que los organismos de vigilancia del sgsss garanticen el cumplimiento de la normatividad vigente; además se requiere de un cambio en la legislación que supere los vacíos normativos, y una transformación en la forma de vinculación de los ciudadanos al sistema de salud que garantice el acceso universal y la atención integral de manera independiente de la estabilidad de las relaciones laborales.

-----*Palabras Clave:* urgencias médicas, servicios de salud, atención integral, legislación sanitaria, sistema de salud.

Abstract

Objective: to explore the healthcare provided for medical emergencies to patients with inconsistencies in their affiliation with the General System of Social Health Security (GSSHS) in various Health Providing Institutions (HPI) of Medellin in

2012. **Methodology:** we conducted a qualitative study using Grounded Theory. Twenty semi-structured interviews were applied to healthcare professionals working at emergency departments and to patients with inconsistencies in their

gsshs affiliation. **Results:** there is non-compliance with the regulations governing the provision of emergency services, which turns the administrative processes into barriers preventing access to the system and for providing healthcare in medical emergencies; this ultimately results in a lack of comprehensive healthcare. **Conclusion:** It is therefore necessary that the gsshs monitoring organizations ensure compliance with the current regulations. Likewise, a change

in the legislation is required to bridge the legal gaps as well as a transformation in the way in which the citizens affiliate with the health system. Such transformation should also guarantee universal access and comprehensive care and must be independent from the stability of work relationships.

-----**Key words:** Emergencies, health services, comprehensive health care, health legislation, health systems

Introducción

Las urgencias médicas como situaciones que amenazan la salud y la vida de la personas de manera inminente, requieren una atención oportuna e integral por parte de los servicios de salud para evitar complicaciones, secuelas y muertes prevenibles [1]. En Colombia la prestación de estos servicios está regulada por la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social (sgsss), el cual adoptó la estrategia de aseguramiento como forma de vincularse al sistema, esto implicó para la población vinculada al sistema laboral la obligatoriedad de afiliarse al régimen contributivo; para esta población, el acceso al plan de beneficios está determinado por el pago realizado a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) por parte del ciudadano o su empleador; de tal manera que las fluctuaciones en la contratación que se derivan de la inestabilidad laboral y de la mala calidad del empleo, generan alteraciones en la afiliación al sistema de salud [2], con las consecuentes inconsistencias en la afiliación. Estos pacientes solo pueden acceder al servicio de urgencias, y la prestación de los servicios para este grupo poblacional está determinada por lo que normativamente se define como *atención inicial de urgencias* [3], que cubre la estabilización de los signos vitales, la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino de la persona con la patología urgente; concepto que resulta insuficiente para abordar integralmente los problemas de salud.

La reforma del sistema de salud generó problemas en la prestación de los servicios de salud que afectaron igualmente los servicios de urgencias, como las barreras para el acceso [4] y fragmentación en la atención [5, 6], y las barreras de tipo administrativo relacionadas con la legislación como períodos mínimos de cotización y atención solo de urgencias en el primer mes; o con el uso de la norma como interpretación a conveniencia por las EPS de los planes de beneficios y demoras en las autorizaciones [4]. La negación de la atención por los servicios de urgencias está asociada además con las restricciones que establece la red de prestadores de las EPS para la atención de sus afiliados [7]. Los problemas de acceso a los servicios de salud en Colombia [4, 8] ha sido una variable ya abordada, asimismo se ha descrito la categoría

barrera administrativa en los servicios de urgencias [7], pero no se encontraron estudios que exploraran de manera específica la atención de urgencias de los pacientes con inconsistencias en la afiliación.

Las dificultades para la atención médica que afrontan los pacientes con inconsistencias en la afiliación, develan en primer lugar las consecuencias de vincular la población al sistema de salud según su capacidad de pago y relación laboral en contextos sociales de desempleo, subempleo, informalidad y pobreza; una falla estructural que deja expuesto a este grupo poblacional aún en situaciones de inminente riesgo. En segundo plano generan la necesidad de reflexionar sobre la integralidad en la prestación de los servicios de salud en modelos como el nuestro, que propician la fragmentación en la atención.

El presente estudio pretendió explorar la atención de urgencias de los pacientes con inconsistencias en la afiliación al sgsss, conocer los procesos administrativos y asistenciales que realizan los pacientes para ser atendidos, las limitaciones y consecuencias que implican las inconsistencias en la afiliación, e identificar las estrategias a las que recurren los diferentes actores implicados en la atención.

Metodología

La investigación se realizó desde un abordaje cualitativo, usando la metodología planteada por la Teoría Fundamentada [9]. Se identificó personal de salud de diferentes áreas (médicos, jefes de enfermería, coordinadores de urgencias, auditores y personal de admisiones) y pacientes que hubieran ingresado a los servicios de urgencias con inconsistencias en la afiliación al sgsss, definidas como: afiliaciones recientes, mora, suspensión, desafiliación, afiliación múltiple y protección laboral. El personal de salud entrevistado provenía de seis unidades de urgencias, y los pacientes, de dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ips) de carácter privado y público y de diferente nivel de complejidad, ubicadas fuera de la ciudad de Medellín. El número de entrevistados se determinó haciendo uso del concepto de muestreo y saturación teórica [10]. Se brindó información de los propósitos de la investigación mediante consentimiento informado. Como método de recolección se aplicó la entrevista semiestructurada [11], realizando un total de

20 entrevistas (12 a personal de salud y 8 a pacientes), entre diciembre de 2011 y junio de 2012. Las entrevistas y diarios de campo fueron grabados en audio y posteriormente transcritos. Se realizó el análisis de los datos, iniciando por la codificación abierta, que generó un total de 425 códigos, posteriormente la codificación axial obteniéndose 8 categorías y 29 subcategorías; finalmente con la codificación selectiva se refinaron las categorías utilizando diagramas y mapas conceptuales. Los resultados de la investigación fueron validados en un segundo contacto con los entrevistados. Se guardó confidencialmente la información, evitando que los participantes y sus relaciones con las IPS fueran identificados.

Resultados

Las categorías y subcategorías resultantes del análisis de las entrevistas evidencian que la atención de las urgencias médicas implica procesos administrativos y asistenciales que se particularizan por las variaciones que ofrecen el tipo de régimen, aseguradora, estado de la afiliación, tipos de IPS y nivel de complejidad. La atención de urgencias para el paciente con inconsistencias en la afiliación representa limitaciones para el acceso efectivo a los servicios de salud, generando consecuencias tanto a nivel clínico como económico. Los actores involucrados en la atención de los pacientes con inconsistencias, desarrollan diversas estrategias y observan el fenómeno desde diferentes ópticas, generando un amplio número de actitudes y percepciones. Los hallazgos mostraron además que las dificultades en la atención del paciente con inconsistencias en la afiliación son un resultado de los problemas generados por el modelo actual de sistema de salud. A continuación se describen los hallazgos más relevantes.

Procesos administrativos para la atención de urgencias

Dentro de la dinámica de funcionamiento del SSSS, los procesos administrativos han sido descritos como una barrera para el acceso a los servicios de salud; se evidenció que los pacientes que solicitan atención médica de urgencias, deben sortear varios procesos, como la identificación del afiliado, la verificación “de derechos” y la solicitud de autorizaciones, que tienen como objetivo caracterizar al paciente según el régimen, aseguradora y estado de la afiliación, para identificar el “pagador” de la atención. Estos procesos se realizan tomando en cuenta la información contenida en las bases de datos que fueron descritas como ineficientes, tanto por la multiplicidad de las fuentes e incongruencia de los datos, como por la demora en la actualización de los mismos. Sin embargo a pesar de esta dificultad, ésta información junto con los códigos de autorización condicionan el acceso y atención de los pacientes en los servicios de urgencias.

Los procesos administrativos están presentes durante toda la asistencia clínica y son similares en las unidades de urgencias evaluadas; sin embargo se encontró que los pacientes que ingresan a las IPS públicas con inestabilidad clínica, este tipo de procesos es posterior a la atención y estabilización del paciente; por el contrario, el paciente urgente estable que ingresa a las IPS privadas, lo administrativo antecede lo asistencial:

“Inmediatamente se hace triage y se le dice a la secretaría que hay que atender al paciente, ella llama a esos números pidiendo un número de autorización, previa a la atención, al llamar ellos tiene un call center, donde le dicen si sí pueden atender el paciente o no” (PS2-2).

“La verificación de afiliación y de derechos es inmediata con el usuario, en caso de que el paciente no tenga derechos, inmediatamente se le avisa al médico” (PS11-12).

“Generalmente lo que hace la secretaría es que les dice a los familiares que la EPS niega la autorización, se trata de decirle al paciente que se le está atendiendo pero que debe cancelar particular” (PS2-4).

Atención médica en el paciente con inconsistencias en la afiliación

Desde el punto de vista clínico los pacientes pasan por tres procesos asistenciales que comprenden: el triage, la atención inicial de urgencias y, la conducta. El triage tiene como finalidad clasificar el paciente desde el punto de vista clínico para dar priorización en la atención. El personal de salud entrevistado mencionó que el conocimiento previo de la inconsistencia en la afiliación del paciente afecta en un doble sentido, la clasificación asignada, generando conductas más rígidas encaminadas a restringir el acceso del paciente, o por el contrario actitudes más laxas, que favorecen el acceso a la atención. Dos de los pacientes entrevistados mencionaron que en algunas IPS se les negó el proceso de triage.

Con respecto a la atención inicial de urgencias, los hallazgos mostraron que ésta es prestada a todos los pacientes inestables independientemente del tipo de IPS, sin embargo en las privadas, la atención en el paciente urgente estable está supeditada a los códigos de autorización generados por las EPS. Se evidenció además que la conducta médica posterior a la atención inicial de urgencias depende del tipo de IPS y las autorizaciones de las EPS. En las IPS públicas se da continuidad con la atención aún sin recibir los códigos de autorización; y en las privadas, los códigos determinan la conducta que se toma con el paciente:

“Sí la afecta (el triage), porque lamentablemente cuando no tienen derechos, si bien a uno como médico no le debe importar la parte administrativa, ni la parte de dineros o de recobro, uno sí piensa que eso le va a generar un problema posterior administrativo al ingreso de ese paciente, entonces se es más drástico como con la clasificación para evitar posiblemente el ingreso” (PS10-24).

“Si el paciente está en un estado crítico a uno no le importa nada, simplemente atiende el paciente de la misma manera que atendería a cualquier otro” (PS11-22).

“A veces nos vemos atados de manos, como por ejemplo: se acabó el período de urgencias, lo estabilizamos o no lo estabilizamos, a partir de este momento usted es particular y el paciente te dice no, yo no tengo plata, firmo el alta voluntaria, me voy a morir a la casa” (PS11-98).

Limitaciones en la prestación de los servicios médicos

Los participantes identificaron los trámites administrativos como procesos que buscan determinar el responsable de pagar por la atención del paciente; en algunas IPS estos trámites son indispensables para dar continuidad con la atención y facilitar la movilidad del paciente a través de la red de IPS. Se describieron diferentes tipos de trámites como pago de cotizaciones en mora, presentación de recibos de pago en IPS y EPS, solicitud de cartas de retiro de EPS, consecución de planillas de afiliación, solicitud de encuesta de Sisbén, afiliaciones a EPS del régimen subsidiado y/o contributivo, etc.

Las limitaciones en la prestación de los servicios de salud variaron según el tipo de servicio que requiriera el paciente, el nivel de complejidad y el tipo de IPS. En cuanto los servicios intrahospitalarios, se encontró que el suministro de medicamentos, ayudas diagnósticas, interconsultas y procedimientos, se prestan con menor restricción a los pacientes con inconsistencias, sobre todo si el paciente ingresa a IPS públicas y en niveles de mayor complejidad. La hospitalización del paciente con inconsistencias es uno de los servicios que presenta mayores dificultades, en las IPS privadas está supeditado a las autorizaciones de las EPS, y los pacientes se quedan en el servicio de urgencias hasta solucionar su problema administrativo.

Los datos revelan que para este grupo el proceso de remisión es más complejo, principalmente en el paciente estable, puesto que las IPS receptoras no reciben este tipo de pacientes por las dificultades para recaudar el costo de la atención prestada. La mayor dificultad para estos pacientes es la limitación que se presenta para el acceso a servicios ambulatorios; los medicamentos, procedimientos, interconsultas, citas de control y programas de prevención son negados hasta que se solucione la inconsistencia en la afiliación.

“No hablemos de hospitalarios porque cuando tiene inconsistencias, el paciente nunca lo hospitalizan y no sube a piso, siempre queda en urgencias, hasta que se pueda solucionar el problema, se pueda remitir o tome otra decisión” (PS2-4).

“Uno se daba cuenta, no hay cama, no hay cama, pero si el paciente decía tengo 3 millones de pesos, tengo 5 millones, recíbame, sí lo recibían” (PS11-40).

“Ese es el problema que tengo ahora, porque lo poquito que consigo es para comprarle cualquier cosa, porque él

en este momento está sin seguro, sin EPS, y sin Sisbén, he estado volteando porque el ya no tiene medicamentos, y si no se toma los medicamentos se le pierde el riñón” (P5-32).

Consecuencias de la atención médica fragmentada

Las consecuencias descritas fueron agrupadas en dos subcategorías: económicas y clínicas. El paciente con inconsistencias debe hacer un mayor gasto de bolsillo. En algunas IPS privadas, si no se obtiene código de autorización de la EPS, el paciente ingresa como particular desde el inicio de la atención o después de las primeras 24 horas del ingreso, y debe firmar un pagaré, lo que implica adquirir una deuda con la IPS. Los trámites para la solución de la inconsistencia y los servicios ambulatorios negados también requieren la consecución de recursos por parte de los pacientes y sus familias.

Desde el ámbito clínico, se encontró que los pacientes con inconsistencias reingresan a los servicios de urgencias después de haber sido dados de alta, con mayor deterioro de su estado clínico, sin haber accedido a servicios ya ordenados. Tienen además mayor tendencia a complicarse, principalmente si ingresan a unidades de atención básica, y requieren servicios de alta complejidad; la demora que tienen los procesos administrativos, la negación de las autorizaciones y dificultad para ubicar al paciente en niveles superiores, generan que los pacientes con un estado de salud crítica sean manejados con escasos recursos y tecnología básica, de tal manera que las patologías se complejizan presentándose complicaciones y secuelas prevenibles y en casos más extremos la muerte. Finalmente los participantes identificaron como efecto acumulado de la negación y la fragmentación en la atención, la agudización y rápida progresión de patologías crónicas.

“Ahí quedé con la deuda, me llegó ayer que tenía que pagar, entonces me fui a hablar en recaudo, a decir que yo cómo les podía pagar, porque yo no trabajaba, que yo me comprometía, mínimo a dar diez mil pesos mensuales, y eso haciendo mucho esfuerzo” (P5-22).

“Entonces son los pacientes que uno vuelve y ve, que están en consulta por lo mismo, se están deteriorando y vuelven por urgencias” (PS5-3).

“...son muchos años trabajando en urgencias, obviamente en algún momento se han complicado... donde trabajé alguna vez, antes me tocó ver morir un paciente esperando que se solucionara, porque tenía un infarto, no lo recibían en ninguna parte” (PS11-50).

Estrategias usadas por los diferentes actores

Se identificó que los pacientes y sus familiares ante las barreras para el acceso y la atención médica hacen uso de la queja verbal o escrita, la gestión de trámites, solicitud de apoyo a entes estatales como Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, mecanismos como la Acción

de Tutela, firma de altas voluntarias o acuden a la red pública. El personal asistencial describió estrategias como la educación sobre aseguramiento y funcionamiento del SGSSS como una medida necesaria para evitar las inconsistencias en la afiliación; una vez las personas consultan con esta dificultad, el traslado primario y posturas firmes frente a los servicios prescritos, negándose a cambiar de conductas, fueron estrategias descritas. Se encontró que algunas IPS hacen uso de las estancias prolongadas en urgencias, dilatación para la prestación de servicios en pacientes estables y la firma de acuerdos de pago o pagare por parte del paciente o sus familiares, para presionar al paciente a dar solución al problema administrativo y a las EPS para generar las autorizaciones. La afiliación en el contexto de una atención urgente, los funcionarios que se encargan de acompañar las gestiones de tipo administrativo y el traslado a la red pública, fueron también descritos como vías para sortear las dificultades generadas por las inconsistencias. Con respecto a las EPS se mencionó el uso de relaciones entre directivos de IPS y EPS para gestionar autorizaciones y remisiones; sin embargo se percibe por parte de los entrevistados que las EPS evaden el problema.

“Yo puse una acción de tutela, y me la negaron, en la tutela decía que porque no había presentado todas las pruebas de por qué yo no podía pagar la deuda” (P5-16).

“Yo sé que esa presión puede suceder en algunas instituciones, pero eso depende mucho del médico, he visto hoy en día que el médico dice necesita esto, y no es mi problema la parte administrativa, un médico no puede solucionar esos problemas, un médico no se hizo para eso” (PS2-13).

“Cirugía, tiene que ser que se requiera ya! porque si no se opera se muere el paciente, de resto se dilata hasta última hora, lo mismo UCI, se dilata hasta lo que más se pueda” (PS2-6).

Pacientes: vulnerabilidades, percepciones y actitudes

Los participantes describieron la población afectada como un grupo de bajo nivel socio económico, caracterizada por el desconocimiento de la normatividad y del estado de su afiliación antes de solicitar la atención médica, con pocas estrategias para la realización de trámites. El empleo de baja calidad en términos de estabilidad y prestaciones sociales fue señalado como factor común, asociado a la evasión del pago de las prestaciones sociales por parte de los empleadores.

Ante la negación, dilatación o demora de los servicios, los pacientes y sus familias asumen actitudes que pueden ir desde la pasividad que termina en el abandono de los servicios de salud, y el conflicto con el personal de salud, hasta actitudes proactivas, en búsqueda de diferentes salidas al problema. Los pacientes relataron percepciones negativas de los servicios de salud y del recurso humano, sintiendo que existe primacía de lo económico, negligencia y poca autonomía del personal de salud.

“...casi siempre, independientes o de gente de estrato dos, estrato uno que trabaja en empresas pequeñas que no pagan a tiempo, y lo otro es que la gente no la educan para conocer el sistema” (PS11-52).

“A mí me desgastaron, porque tanto tocar puertas, tanto ir de un sitio al otro, y que nadie te dé una razón clara de porque no te atienden” (P6-94).

“El sistema de salud en general me parece que son inhumanos, no le comunican a uno nada, lo que viví fue horrible” (P2-137).

Recurso Humano: Actitudes y percepciones

En el personal de salud se detectaron actitudes de apatía, trato excluyente y participación en la negación y en la prestación de atenciones incompletas. En contraste se destacan las actitudes de apersonamiento por el problema del paciente, la persistencia para que el paciente reciba la atención y la defensa de los derechos de los pacientes.

El personal de salud, principalmente el que labora en las IPS privadas, percibe presión de tipo administrativo, tensión en las relaciones con los auditores, colegas y sensación de impotencia para el manejo de los problemas de salud de los pacientes con inconsistencias en la afiliación. Y al igual que los pacientes, el recurso humano observa una primacía de los intereses económicos y traslado del problema administrativo a los pacientes.

“Satanizamos a los usuarios; entonces yo creo que un paciente inconsistente es un chicharrón en los servicios de salud... y jah! ¿Usted por qué no se afilió?, jah! ¿Usted por qué no se retiró?, jah! ¿Usted por qué no hizo tal cosa?, como que se culpa al usuario de no haber hecho lo que no le hemos enseñado a hacer” (PS12-106).

“Si el paciente no está crítico, si hay un temor, a que si lo atiendo, hasta dónde puedo pedir, qué puedo hacer, hasta dónde le puedo mandar, qué exámenes le pido, que tanto gasto, porque es que es distinto el paciente crítico a un paciente urgente en que se pueden diferir cosas” (PS11-22).

“Ni el estrés económico debería existir ni para el paciente ni para el médico, porque es indudable que uno siente estrés frente a esa situación” (PS11-108).

Los servicios de urgencias: componentes de un sistema

Las causas del problema fueron identificadas por los participantes en la rectoría del sistema de salud, que es percibida como responsable de la problemática y con poco interés por generar soluciones. Frente a la legislación los entrevistados relatan que hay evasión de la normatividad vigente principalmente por parte de las EPS, la cual es usada para argumentar la negación de los servicios resultando insuficiente para respaldar la solución del problema. La primacía de los intereses económicos se relacionó con la necesidad de las IPS de encontrar el “pagador” de la atención, la importancia de la facturación sobre la aten-

ción, la centralización de la prestación de los servicios y la preocupación por la estabilidad financiera de las ips. Las instituciones de carácter público fueron descritas en varias ocasiones como receptoras del problema.

La relación que existe entre los servicios de urgencias de diferentes niveles de complejidad con los otros servicios del sistema de salud, emerge de los datos y es descrita en dos vías: en primer lugar el servicio de urgencias se comporta como receptor de lo no resuelto en los servicios de consulta externa, por la falta de oportunidad en la atención, las deficiencias en los programas prevención, las dificultades de acceso y la negación de servicios; generando un uso inadecuado y saturación de los servicios de urgencias. Por otro lado la negación de la atención y la dificultad para movilizar el paciente en la red de prestadores, genera manejo inadecuado de las patologías que incrementa la necesidad de controles ambulatorios.

Discusión

La normatividad que regula la prestación de los servicios de urgencias tiene algunos elementos claros, que usados de manera adecuada por prestadores, aseguradoras y pacientes, contribuirían al cuidado de la salud de las personas con condiciones urgentes; sin embargo los resultados develan que algunas de éstas normas son incumplidas por prestadores y aseguradoras, lo que incrementa la vulnerabilidad de pacientes que cursan con condiciones clínicas desfavorables.

Hechos como negación del triage, la verificación de “derechos” antes de realizar el triage, la supeditación de la atención del paciente urgente estable a las autorizaciones que generen las aseguradoras y la realización de trámites administrativos en situaciones urgentes, nos dejan ver que aun lo que normativamente está regulado y sin ambigüedades, no está siendo cumplido por los prestadores.

Los procesos de tipo administrativo implementados en los servicios de urgencias para el acceso y la atención se comportan como barreras para el paciente con inconsistencias en la afiliación [4, 7], van más allá de identificarlo dentro del sistema de salud y están determinados por el interés económico de la ips de identificar el pagador de la atención; circunstancia que afecta las decisiones del personal médico y muestra de qué manera los procesos administrativos han permeado la asistencia médica hasta el punto de direccionarla.

Las dificultades con la aplicación de la legislación en salud en Colombia han sido encontradas en otros estudios donde se evidencian fragmentación, contradicciones y multiplicidad normativa [12]; además los problemas de control y regulación del sistema de salud han propiciado que los intereses económicos entren en conflicto con la aplicación de la normatividad, en palabras de Muñoz: “las principales problemáticas frente

a la legislación que reglamenta el sistema plantean un panorama en que la regulación en salud pierde legitimidad y aplicabilidad para los actores, con lo cual se allana el terreno para la ilegalidad y la búsqueda del beneficio particular sobre el colectivo” [12].

La legislación en salud debe contribuir al logro de la equidad y crear medios a través de los cuales se favorezca el cumplimiento de la norma, lo cual se hace más necesario en sistemas de salud donde participan agentes privados [13]. En este sentido, en nuestro país algunos aspectos del cuerpo normativo que se permiten garantizar el derecho a la salud en el contexto de las urgencias médicas resulta adecuado; sin embargo éste se incumple por los prestadores de servicios de salud, con el agravante de que los órganos de vigilancia y control destinados a regular, han perdido protagonismo y efectividad, hecho percibido por el personal de salud entrevistado e identificado en otros estudios [14, 15].

Pasando a un segundo punto y contrastando los hallazgos desde la perspectiva de la integralidad [16], la prestación de servicios de urgencias médicas implicaría la atención de cualquier tipo de urgencia en cualquier momento del ciclo vital y de manera independiente del grado de severidad; este primer atributo de la integralidad está en consonancia con la definición de atención de urgencias contemplada en la legislación colombiana [3], sin embargo en el contexto del paciente que accede con inconsistencias en la afiliación está limitada por dos aspectos: el primero evidenciado en la atención diferencial que recibe el paciente en las ips privadas cuando cursa con estabilidad clínica, encontrándose diferencias en el manejo del paciente urgente estable con respecto al paciente crítico; en segundo lugar la aplicación del concepto de atención inicial de urgencias establece un vacío normativo dado por la ausencia de mecanismos que aseguren que una vez el paciente haya recibido la atención inicial y sea estabilizado, pueda continuarse con la atención médica sin estar limitada por las autorizaciones generadas por las eps.

Con respecto al concepto de *continuidad*, segundo atributo de la integralidad que tiene relación con la prestación de servicios de manera ininterrumpida entre niveles, instituciones y proveedores de servicios de salud, los hallazgos evidencian que los pacientes con inconsistencias en la afiliación tienen mayor dificultad para ser remitidos, hospitalizados y para acceder a servicios ofrecidos por otras ips. Por último, la *longitudinalidad*, tercera condición de la integralidad, implicaría que los pacientes que ingresan por urgencias una vez dados de alta, tuvieran la posibilidad de recibir atención médica ambulatoria con estabilidad a través del tiempo tanto con las ips como con las eps. En este panorama, para los pacientes con inconsistencias en la afiliación, no existen mecanismos en la normatividad para vincularlos a los

servicios ambulatorios mientras persista la inconsistencia. Desde esta perspectiva, la atención de urgencias de pacientes con inconsistencias en la afiliación no presenta ninguno de los atributos de una atención integral.

Las consecuencias de la fragmentación en la prestación de los servicios de salud, han sido identificadas desde el mismo Estado, en la política para la prestación de los servicios de salud donde se reconoce la falta de integralidad y se propone como posible solución las redes de servicios [6]. Algunas investigaciones han evidenciado a su vez, que poblaciones prioritarias como la materno infantil han sido afectadas por las dificultades para el acceso a una atención integral generadas por problemas administrativos, en palabras de Molina: “la fragmentación de servicios, la falta de organización de la red de servicios, la falta de cooperación pública y privada y las barreras político-administrativas afectan el acceso a la atención materna” [17]. Otros servicios de salud afectados por la carencia de integralidad han sido los programas de tuberculosis, en los cuales la fragmentación entre instituciones y empresas, afecta la detección, seguimiento y control [18]. Asimismo el control de cáncer cervicouterino se ha afectado por las dificultades para el seguimiento de los casos positivos, dadas por la fragmentación de la población según su afiliación al sistema [19].

En Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) define en relación con la dimensión técnica de la calidad, que la atención en salud debe tener accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; desde esta perspectiva la atención del paciente con inconsistencias, dista de cumplir con estos requisitos. Por otro lado y en relación con la continuidad, que hace referencia a que los pacientes reciban las intervenciones en una secuencia lógica y racional, basadas en el conocimiento científico, muestra la necesidad de reflexionar si este concepto da cuenta realmente de una atención integral. La carencia de integralidad en la atención del paciente urgente, afecta de manera seria la calidad en la atención, lo que se traduce en complicaciones clínicas, secuelas y muerte; como lo identificaron algunos de los entrevistados. Esta circunstancia ha sido referida por autores como Gañán quien afirma: “no en vano se ha acuñado el término despectivo “muertos de Ley 100”, para designar a las muertes de pacientes que por innumerables factores de tipo normativo o fáctico no recibieron en forma oportuna o eficiente los servicios de salud” [20].

Finalmente los resultados evidencian la relación que existe entre la problemática de los pacientes con inconsistencias en la afiliación y las consecuencias que generó el modelo de sistema de salud adoptado en Colombia desde 1993. La implementación del SGSSS se dio bajo la premisa de que el crecimiento económico generaría aumento del empleo formal con el consecuente incremento de la población afiliada al régimen contributivo [14]. Sin embargo, condiciones laborales como inestabilidad

laboral, informalidad, desempleo, evasión y elusión, y las políticas de flexibilidad laboral, han disminuido la posibilidad planteada como principio, en la solidaridad, en el cual la población trabajadora, subsidiaría la población pobre [21]. Por el contrario estas condiciones laborales son propicias para que se den fluctuaciones en la afiliación al sistema de salud con las consecuentes inconsistencias en el estado de afiliación, hallazgo que confirman los entrevistados al describir como vulnerabilidad de los pacientes, el bajo nivel socioeconómico y mala calidad del empleo. El grupo de pacientes con inconsistencias en la afiliación, aunque estadísticamente puede inflar las cifras de cobertura de régimen contributivo, están en las mismas condiciones que la población pobre no asegurada.

La asimetría entre prestadores públicos y privados fue mencionada por los entrevistados y ha sido relacionada en otros estudios que mencionan que los prestadores públicos en este panorama llevaron la desventaja en la competencia con los prestadores privados; las incertidumbres en la prestación de servicios, la atención de un grueso de población no asegurada, las dificultades con la gerencia, la corrupción, los problemas de dotación, propiciaron su subsistencia con deterioro de la calidad y llevaron a la quiebra y cierre de muchos hospitales [15]. Los pacientes en quienes las inconsistencias en la afiliación se convierten en barreras administrativas, acuden o son derivados por los mismos prestadores a la red pública, acentuando la asimetría ya descrita.

Pasando a otro punto, la investigación mostró que el problema que afrontan los pacientes con inconsistencias en la afiliación, genera percepciones negativas de los pacientes y del recurso humano frente a los servicios de salud, y relaciones de conflicto y tensión que deberían estar por fuera del acto médico. Este efecto de la reforma ha sido mencionado por investigadores que afirman que la relación entre los proveedores de salud y los pacientes, se deterioró, lo cual se ve reflejado en el ejercicio de la medicina con una actitud defensiva, ante las amenazas y riesgos de demandas; el acto médico se permeó por el tema financiero, lo que genera percepciones negativas tanto del recurso humano como de la comunidad [22, 23]. El incremento en el gasto de bolsillo ha sido otra consecuencia del modelo de aseguramiento adoptado en el país [24], lo cual es compatible con lo encontrado en este trabajo, con la particularidad de que reglamentariamente la atención de urgencias debería ser gratuita; contrastando esta situación con la vulnerabilidad desde el punto de vista social y laboral que caracteriza a esta población, las inconsistencias en la afiliación no solo contribuyen a deteriorar la salud de las personas, sino de manera más amplia la calidad de vida.

En Colombia es claro que el derecho a la salud está ligado a la capacidad de pago de los ciudadanos, lo que acontece a los pacientes con inconsistencias en

la afiliación al SGSSS es una prueba clara y contundente de la ineficacia del sistema para garantizar la asistencia sanitaria aún en situaciones en las cuales la vida está en inminente riesgo. La superación de ésta problemática requeriría además del reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, el cambio de modelo de sistema de salud y el desarrollo de legislación que en coherencia con lo anterior haga realidad principios como la universalidad, la igualdad, la equidad, y muchos otros que retóricamente encabezan las leyes pero que carecen de reglamentación para cumplimiento. El actual SGSSS se convierte para la mayoría de la población en generador de desigualdad social; mientras no se superen la segmentación, la fragmentación y la hegemonía que el mercado ejerce sobre el sector salud, grupos como el abordado en este trabajo seguirán teniendo dificultades para el acceso y la atención integral de sus patologías.

Conclusiones

Existe incumplimiento de la normatividad vigente en la prestación de los servicios médicos de urgencias que ha adquirido carácter de proceso institucional y que se refleja en los procesos administrativos y asistenciales que realiza el paciente con inconsistencias en la afiliación al solicitar los servicios de urgencias.

No existe integralidad en la prestación de los servicios de salud de urgencias en los pacientes con inconsistencias en la afiliación al SGSSS, lo cual está dado por los vacíos normativos que generan la definición de la Atención Inicial de Urgencias, y la carencia de mecanismos para que los pacientes tengan un acceso real a los servicios de salud ambulatorios.

El concepto de integralidad en la prestación de servicios de salud debe ser revisado en la legislación actual, las aproximaciones que hace la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011, y el SOGC, son insuficientes, aún en situaciones de alta vulnerabilidad como las urgencias médicas.

Las dificultades en la atención que plantea el paciente con inconsistencias en la afiliación evidencian fallas ya conocidas del sistema de salud colombiano, como la vinculación al sistema mediada por la capacidad de pago y las relaciones laborales, la asimetría y desventaja de las instituciones públicas frente a las privadas, la rentabilidad financiera como prioridad de aseguradores y prestadores en detrimento de la atención en salud, el deterioro de las relaciones entre pacientes y proveedores de servicios de salud, la necesidad de un funcionamiento armónico de los elementos del sistema de salud, entre niveles de complejidad, servicios de urgencias, hospitalarios y ambulatorios.

Recomendaciones

Se requiere que los órganos de vigilancia y control, realicen una auditoría continua en los servicios de urgencias, con el objetivo de observar cómo se dan los procesos administrativos y asistenciales en la atención de todos los pacientes y en especial en los pacientes que acceden con inconsistencias en la afiliación. Estas auditorías deben realizarse desde una perspectiva preventiva, no solo ante las quejas, sino de manera periódica y sin previo aviso al prestador de servicios de salud.

Se requiere superar los vacíos normativos que propician la negación y fragmentación en los servicios de salud de urgencias para el paciente con inconsistencias en la afiliación, para esto es necesario abolir de la normatividad el concepto de atención inicial de urgencias y reemplazado por el concepto de atención de urgencias que plantea la misma.

El derecho a los planes de beneficios se debe garantizar desde el momento de la afiliación a la EPS, tanto para el trabajador independiente (como actualmente está regulado) como para el trabajador dependiente; es decir, el período de treinta días en los cuales solo se tiene derecho a la atención inicial de urgencias debe desaparecer.

Es necesario reglamentar mecanismos para vincular al paciente con inconsistencias en la afiliación a los servicios ambulatorios. Asimismo se hace necesario determinar desde la legislación quien es el responsable o pagador de la atención de urgencias de los pacientes con inconsistencias en la afiliación.

Se sugiere retomar la integralidad como principio del sistema de salud desde perspectivas amplias como las planteadas por la Organización Mundial de la Salud, posteriormente se debe generar legislación para operacionalizar este principio de manera efectiva; la reglamentación de los sistemas de emergencias médicas y las redes integradas de servicios de salud, ambos aspectos aún pendientes por reglamentar de la Ley 1438 de 2011, podrían ser una oportunidad para tal fin. Finalmente la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios de salud, debe ir en ésta misma línea, lo que implicaría necesariamente una redefinición de herramientas como el SOGC.

La vinculación al sistema de salud debe ser inherente a la condición de ciudadanía, de manera independiente de la capacidad de pago y relaciones laborales de las personas. Lo anterior requiere un cambio estructural en el modelo actual del sistema de salud, que sin abolir la solidaridad como principio, materialice de manera real el acceso universal a los servicios de salud. Este cambio puede realizarse a través de propuestas de Ley Estatutaria y Ordinaria para la reforma del Sistema de Salud, que van en ésta vía y han sido radicadas en el Congreso de la República.

Agradecimientos

Esta publicación es resultado de Investigación realizada con el apoyo financiero de la Estrategia de sostenibilidad 2011-2012 del Comité para el Desarrollo de la Investigación (codi) Universidad de Antioquia.

Referencias

- 1 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994: por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C.: El Ministerio; 1994.
- 2 Organización Internacional del Trabajo. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Estudio sobre la calidad del empleo en Colombia. OIT/Oficina Subregional para los Países Andinos. Organización Internacional del Trabajo [Internet] [Acceso 10 de junio de 2010]. Disponible en: http://search.conduit.com/results.aspx?q=http%3A%2F%2Fwhite.oit.org.pe%2Fosra%2Fdocuments%2Ffarne_dic9.pdf%2C+2003&Sugest=&stype=Results&FollowOn=True&SelfSearch=1&SearchType=SearchWeb&SearchSource=2&cqid=CT2851619&ocid=CT2851619.
- 3 Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 029 de 2011: por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 y se actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Bogotá: CRES; 2011.
- 4 Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en 6 ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(2):121–130.
- 5 Ramírez A. Análisis comparativo jurisprudencial y general sobre urgencias médicas en el régimen contributivo [Internet] [Acceso 10 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.elportaldelasalud.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=110/
- 6 Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prescisión de Servicios de Salud. [Internet] Bogotá; 2005. [Acceso 30 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>.
- 7 González G, Valencia ML, Agudelo NA, Acevedo L, Vallejo IC. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín. Biomédica 2007; 27:180–189.
- 8 Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez Velásquez J, Rodríguez Acosta S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas-Universidad de Antioquia; 2006.
- 9 Strauss A, Corbin J. Base de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2^a ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2012.
- 10 Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondeo Editorial Universidad Eafit; 2004
- 11 Hernández C, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 4^a ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2006
- 12 Muñoz I, Londoño B, Higuita Y, Sarasti D, Molina G. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(2):142–152.
- 13 Bolis M, Legislación y equidad en salud. Rev Panam Salud Pública 2002; 11(5/6).
- 14 Eslava J. Seguridad Social en Salud. Reforma a la reforma. Rev. Salud Pública 1999; 1(2): 105-116.
- 15 Granados R, Gómez M. La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Rev. Salud Pública 2000; 2(2): 97-120.
- 16 Ruales J. Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención en salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004; 22(099): 33-39.
- 17 Molina G, Vargas G, Shaw A. Atención Materna en una ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín, 2008 – 2009. Rev. Gerenc. Polit. Salud 2010; 9 (19): 108-123
- 18 Arbeláez M, Gaviria M, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Control de la tuberculosis y la competencia regulada en Colombia. Int J Health Plann Mgmt 2004; 19: 25 – 43.
- 19 Wiesner C, Murillo H, Piñeros M, Tovar S, Cendales R y Gutiérrez M. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. Rev Panam Salud Pública 2009; 25(1): 1-8.
- 20 Gañán J, Los muertos de la Ley 100, prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud, una razón de su ineficacia caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC). [Tesis laureada para título de Doctor en Derecho]. Medellín, Universidad de Antioquia; 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10495/1437>.
- 21 Hernández M. El derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización. 2000. Rev. Salud Pública. 2 (2): 121 -144, 2000.
- 22 Echeverri O, Mercantilización de los servicios de salud. Rev Panam Salud Pública. 2008; 24(3): 210 – 216.
- 23 Sarasti D, Londoño B, Muñoz I, Higuita Y. Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. La relación entre pacientes y personal de salud: influencias y consecuencias. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público; 2009.
- 24 Céspedes J, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, et al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. Rev. Salud Pública 2000; (2): 145 -164.