# Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia*

# Health Reform and Reconfiguration of the Trajectory of Access to Health Services from the Experience of Users in Medellin, Colombia

# Reforma ao Sistema de Saúde e reconfiguração da trajetória do acesso a serviços de saúde desde a experiência dos utentes em Medellín, Colômbia

Fecha de recepción: 16-10-10 Fecha de aceptación: 14-04-11

María Esperanza Echeverry-López**

* Artículo de investigación basado en la tesis doctoral "El derecho a la salud en Medellín, Colombia desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de la reforma 1990-2006", financiada por el Fondo de Investigación Docente –código INV 213-05– de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Presentado en el Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud, realizado en la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 24-26 de noviembre de 2010.

** Enfermera. Magíster en Salud Pública y en Ciencia Política. Ph.D en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México D.F. Profesora Titular, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: esperanzaecheverry@yahoo.com.mx.

## Resumen

Esta es una investigación cualitativa, realizada entre 2005 y 2007 en Medellín, Colombia, que reconstruye, en el contexto de la reforma, la trayectoria de acceso a los servicios de salud y las estrategias para enfrentar obstáculos de ese proceso, desde la experiencia de asegurados –regímenes subsidiado y contributivo– y no asegurados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El modelo de Aday y Andersen es referente teórico para organizar la información empírica. Las barreras transversales en la búsqueda de servicios son la exclusión del seguro, la insuficiencia de la red pública y las barreras económicas. En la utilización están constituidas por la negación y/o aplazamiento de atención especializada, tratamientos incompletos, atención fragmentada y falta de dinero. El SGSSS privilegia la rentabilidad económica sobre la resolución de necesidades en salud, reconfigurando trayectorias de acceso, generando nuevas barreras y profundizando otras instauradas antes de la reforma. Esto deviene en inequidades en salud, porque los obstáculos del proceso de acceso son mayores para el régimen subsidiado y para los no afiliados, precisamente los que menos tienen y menos reciben. Se recomiendan algunos indicadores cualitativos que podrían utilizarse en estudios de acceso a los servicios.



**Palabras clave:** derecho a la salud, acceso a servicios, inequidades en salud, reforma a la salud

**Palabras clave descriptor:** Accesibilidad a los servicios de salud, derecho a la salud, disparidades en atención de salud, Medellín (Colombia)



## Abstract

The following article is the result of qualitative research carried out between 2005 and 2007 in Medellín, Colombia. In a context of reform to the healthcare sector, it analyses the trajectories of access to healthcare of insured (subsidized and contributive regime) and non-insured individuals within the General Social Security Health System (SGSSS in Spanish). The model developed by Aday and Andersen constitutes an analytical framework for the empirical data. The most significant obstacles faced by individuals seeking adequate health services are: exclusion from insurance, insufficiency in the public services network and financial shortcomings. As users they face refusal or deferral of specialized treatment, incomplete or fragmented treatment and insufficient resources. The SGSSS privileges economic return over health needs resulting in the reconfiguration of trajectories of access, generating new healthcare barriers and deepening those that existed before the reforms. This results in acute inequalities in healthcare as the obstacles are greater for non-insured and subsidized regime users, precisely those who have less and receive less. Qualitative indicators that may be used in the study of access to services are recommended.



**Key words:** Rights to health, access to services, health inequalities, health reform

**Key words plus:** social security, health assistance, health regime, accesibility, life insurance companies



## Resumo

Esta é uma pesquisa qualitativa, realizada entre 2005 e 2007, em Medellín, Colômbia. A partir da reforma do sistema de saúde realizada no país, a pesquisa reconstrói a trajetória no acesso aos serviços de saúde e as estratégias para superar os obstáculos, desde o ponto de vista da experiência dos segurados ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS), tanto no regime subsidiado quanto no contributivo, e dos não segurados. O modelo de Aday e Andersen é o referente teórico para organizar os dados empíricos. Os obstáculos transversais na busca dos serviços são: exclusão do sistema, insuficiência da rede pública, e empeci¬lhos econômicos. Por sua vez, os entraves na utilização dos serviços são: negação e/ou adiamento da atenção especializada, tratamentos incompletos, atenção fragmentada e falta de dinheiro. O Sistema Geral de Saúde privilegia a rentabilidade econômica sobre a resolução das necessidades de saúde, redefinindo trajetórias de acesso, gerando novos obstáculos, ou aprofundando algumas outras instauradas antes da reforma. Como conseqüência, aparecem desigualdades no sistema de saúde, já que as bar¬reiras no acesso são maiores para os segurados do regime subsidiado e para os não afiliados, ou seja, justamente aqueles que menos têm e que menos recebem. Sugerem-se alguns indicadores qualitativos que podem ser utilizados em pesquisas sobre acesso aos serviços.



**Palavras-chave:** direito à saúde, acesso aos serviços, desigualdades em saúde, reforma da saúde

**Palavras-chave descritores:** segurança social, atenção em saúde, regime de saúde, acessibilidade, instituições asseguradoras

## 1. Introducción

La reforma a la salud colombiana es un proceso puesto en marcha con la descentralización en la década de los ochenta; sin embargo, con la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la nueva estructura institucional, que concreta una de las primeras experiencias de instauración de un mercado regulado en salud en América Latina. Con base en los lineamientos del Banco Mundial, Frenk y Londoño (1) propusieron un modelo de *pluralismo estructurado*, eje del SGSSS, introduciendo la concurrencia plural –pública y privada– de aseguradores y prestadores de servicios de salud que compiten en el mercado, teóricamente bajo las reglas de juego del Estado, para equilibrar los intereses de los diferentes actores y separar las funciones de prestación de servicios, aseguramiento y dirección del sistema.

Esa propuesta se basa en *la teoría neoclásica de bienes*, la cual concibe los servicios curativos como bienes privados, diferenciados, individuales, por los cuales el usuario está dispuesto a pagar, y sujetos a la competencia pública y privada. Los servicios de salud pública, como no excluyen a nadie, generan beneficios o externalidades colectivas –por eso no son mercancías–, y deben ser prestados por el Estado; son considerados bienes públicos (2).

Esos fundamentos se traducen en un SGSSS basado en el aseguramiento con *dos regímenes*: *el subsidiado*, para la población más pobre –seleccionada por focalización–, financiado por el Estado y por los trabajadores cotizantes de más altos ingresos; y *el contributivo*, para la población trabajadora con capacidad de pago y su familia. En ambos regímenes, los usuarios –según su clasificación económica y la frecuencia de uso– realizan *copagos* por la utilización de servicios, para contribuir a la racionalidad y la sostenibilidad financiera del sistema. *El Plan Obligatorio de Salud* (POS), amparado por el seguro, cubre servicios curativos con criterio costo-eficiente y servicios individuales de promoción y prevención. Las acciones de salud pública son obligatorias, universales, gratuitas y a cargo del Estado. Las aseguradoras reciben un pago anual por cada afiliado y actúan como intermediarias porque contratan los servicios POS con las instituciones prestadoras.

En estos diecisiete años –entre 1994 y 2010–, la puesta en marcha del modelo ha sido objeto de amplios debates: los defensores aducen como logro el incremento del aseguramiento, mientras que diversas investigaciones documentan, entre otros efectos, deterioro en el acceso y la calidad de los servicios de salud, mayor segmentación –representada en población aún no afiliada y en POS diferenciales con menos servicios para la población subsidiada–, desmantelamiento de la red pública de servicios, debilitamiento de la autoridad sanitaria, profundización de barreras económicas, y retroceso en indicadores de salud pública (3,4,5,6,7). Los ajustes legislativos[1] han mantenido el modelo y los efectos descritos. El aseguramiento universal no ha resuelto los problemas de baja cobertura, inequidad y barreras económicas que históricamente han caracterizado a los sistemas de salud colombianos. Por eso, este trabajo mantiene su vigencia, aun cuando la información fue recolectada entre 2005 y 2007.

1 Los ajustes son: la Ley 1122 de 2007, la sentencia de tutela 760 de 2008 de la Corte Constitucional –que declaró a la salud como derecho fundamental– y la fallida emergencia social propuesta por el Gobierno Nacional en diciembre de 2009. Actualmente, el Gobierno tramita ante el Congreso otro proyecto de ley para una nueva reforma al sistema de salud, la cual preserva la orientación mercantilista aquí descrita.

En ese contexto, esta investigación tomó como referente teórico el modelo de Aday y Andersen (8). Este modelo, aunque propuesto en los ochenta para sistemas territoriales, es considerado el más integral en la literatura y fue adaptado en otro estudio para el SGSSS colombiano (9:32). De acuerdo con el referido modelo, *el acceso potencial* es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios y las características de la población, y *el acceso real* viene a ser el uso efectivo de servicios y la percepción de la resolución de la necesidad en salud. Tal acercamiento es pertinente para comprender las percepciones y experiencias de los usuarios en relación con el acceso como componente del derecho a la salud, asunto que concreta el interés de esta investigación.

## 2. Objetivo

Comprender el proceso de acceso a los servicios de salud en Medellín como uno de los elementos del derecho a la salud en los tres grupos de población usuaria conformados con la implantación de la reforma a la salud.[2]

## 3. Metodología

Para la recolección de la información se conformaron grupos focales[3] integrados por asegurados subsidiados y contributivos y por no asegurados, hasta lograr, rápidamente, la saturación teórica,[4] por la transversalidad y la consistencia de la información; los participantes provenían de toda la ciudad. Esta técnica se fundamenta en que el diálogo y la interacción colectiva propician y/o enriquecen ideas y opiniones, en la reconstrucción de experiencias, y en la valoración de los fenómenos sociales; es decir, lo que Carey denomina el "re-encuadre cognitivo" (10: 275-76). La técnica es utilizada en la investigación social y de salud para abordar fenómenos complejos, para la valoración de necesidades y la incorporación de la dimensión cultural y de la heterogeneidad del asunto estudiado (10,11).

La sistematización y el análisis de la información se realizaron con base en cuatro procesos cognitivos comunes a toda investigación cualitativa, descritos por Janice Morse (12): *comprehender, sintetizar, teorizar y recontextualizar*. El primero se refiere al trabajo de campo y a los grupos focales; el segundo, al proceso de codificación, la emergencia de categorías y el análisis de contenido; y los otros dos, a cómo se construyen conceptos con mayor capacidad explicativa y sus relaciones con el contexto. Así, las *barreras de acceso, las estrategias para enfrentarlas* y los *sentimientos* generados en ese proceso *son categorías emergentes*, a partir del trabajo descrito con la información empírica, y el referente teórico

2 Éste no fue un objetivo predeterminado, fue tomando forma a partir del trabajo cualitativo con la información obtenida en los grupos focales. Los ajustes son: la Ley 1122 de 2007, la sentencia de tutela 760 de 2008 de la Corte Constitucional –que declaró a la salud como derecho fundamental–, la fallida emergencia social propuesta por el Gobierno Nacional en diciembre de 2009, y la Ley 1438 de 2011. En todos ellos –con algunos matices– prevalece como tendencia general la orientación mercantilista aquí descrita.

3 Con los grupos focales se propusieron cinco aspectos para la discusión: 1) Comenten acerca de las necesidades en salud y cómo las resuelven; 2) Qué hacen cuando no pueden resolver una necesidad en salud; 3) Comenten acerca de sus derechos en salud; 4) Cómo eran esos derechos antes de la Ley 100 y cómo son ahora, después de la Ley 100; y 5) Qué propuestas harían respecto a la situación de salud y en relación con el derecho a la salud. De allí emergió amplia información, de la cual en este artículo sólo se presenta la referente al tema de acceso a los servicios de salud.

4 Se realizaron diez grupos focales en total: tres con afiliados al régimen subsidiado, tres con población no afilada y cuatro con afiliados al régimen contributivo. Con ese número se obtuvo saturación teórica, un concepto de la investigación cualitativa que se refiere al momento en el cual las fuentes primarias –en este caso los grupos focales– ya no aportan información nueva.

–modelo de Aday y Andersen– es utilizado solamente para clasificar los datos.

## 4. Resultados

En el análisis del proceso de acceso, según el referente teórico propuesto, convergen *las características de la oferta y la demanda* relacionadas con la organización y operación del sistema de salud y con los condicionantes percibidos o experimentados por la población. Esas características se expresan en *la búsqueda de servicios –acceso potencial–*, que comprende: del lado de la oferta, la disponibilidad y la estructura de los servicios y las facilidades de ingreso al sistema, y del lado de la demanda, la necesidad, las dotaciones y la predisposición para utilizar servicios. El *acceso real* se refiere a las oportunidades de uso y la capacidad resolutiva de la oferta, a su adecuación a las necesidades poblacionales, y a la percepción de satisfacción y resolución de necesidades por parte de la demanda. Aquí se presentan las barreras transversales –comunes a los tres tipos de población estudiada– y específicas –para asegurados subsidiados y contributivos y no asegurados– en el acceso potencial y real.

## 5. Acceso potencial

### 5.1. Obstáculos transversales: conteniendo la posibilidad de utilizar servicios

El proceso de búsqueda de servicios muestra cómo en el diseño y la puesta en marcha del SGSSS emergen cuatro obstáculos que reducen la posibilidad de utilizar efectivamente los servicios: las carencias e insuficiencias en la disponibilidad de la red pública de servicios –especialmente de odontología, salud mental y nutrición–, las barreras económicas, el diseño del seguro, y el aplazamiento de la atención especializada. Del lado poblacional, el desconocimiento del SGSSS es la mayor barrera.

### 5.2. Obstáculos por grupo poblacional: inequitativa posibilidad de atención

En el *régimen contributivo* el aplazamiento de la atención especializada y la insuficiencia de la red pública, en el caso de los afiliados al Seguro Social, son las principales barreras descritas. Los afiliados al *régimen subsidiado*, por su parte, describen una clasificación injusta en la focalización, porque los consideran menos pobres de lo que son. *Los no asegurados,* a su vez, hablan de falta de dinero para buscar servicios, exclusión del seguro subsidiado e insuficiencia de servicios (por ejemplo, de salud pública). Algunos de los obstáculos descritos se evidencian en los siguientes testimonios:

> La mayoría de los afiliados nuestros que piden una cita o no la consiguen o tienen que esperar meses o cuando se las dan, empieza el calvario con los exámenes de laboratorio y los medicamentos. Actualmente la situación es tan crítica que no se consiguen citas, ni atención especializada, ni ayudas diagnósticas ni exámenes de laboratorio y cada vez se agudiza más esta situación
>
> (…)
>
> ha habido y hay pacientes hospitalizados hasta 6 u 8 meses esperando un examen costoso o una intervención quirúrgica, la gente se aguanta eso porque teme un deterioro mayor en su situación de salud o irse a morir a la casa. En junio de este año denunciamos la muerte de un paciente esperando una solución quirúrgica, todo esto lo hemos escrito en cartas al gerente pero no nos paran bolas, ni siquiera nos responden, le hemos dicho que cuesta más mantener un paciente así que ordenar la atención. (Asociación de Usuarios de la EPS Seguro Social)

> ¿Cómo es posible que haciendo unas encuestas ellos retiren a un niño que realmente tiene que tener una atención fundamental? porque como lo han dicho los médicos que lo han tratado puede quedar ciego cuando llegué a los seis años (…) Yo me preguntaba hoy, ¿bueno y con qué, cuál es el criterio y a dónde hay que ir a entutelar? para poder decir quién es el que tiene el azadón por el mango: es a Comfenalco, es al Cóndor, es allí a la EPS de Prado [nombres de aseguradoras] en fin. Les hacen los diagnósticos, pero a la hora de decir que le van hacer una cirugía, entonces, resulta que: no, usted ya no está en el régimen, ya no está en el SISBEN. Entonces, así uno mira que hay muchas personas que están con ese problema. (Grupo Focal Régimen Subsidiado)

Los obstáculos descritos develan: en la oferta, crisis de la red pública donde se atiende a una proporción de afiliados al régimen subsidiado y de afiliados al régimen contributivo con menores ingresos y focalización insuficiente respecto a las cifras de pobreza; y del lado de la demanda, persistencia y/o profundización de barreras económicas e inequidades, porque los no asegurados y los más pobres son quienes menos posibilidades de atención tienen, considerando que enfrentan más obstáculos desde la búsqueda de servicios.

## 6. Acceso real

### 6.1. Obstáculos transversales: cuidando la rentabilidad

Del lado de la oferta, todos los usuarios enfrentan cinco barreras en la utilización de servicios: atención parcial o discontinua; rechazo o demora en la atención especializada; entrega incompleta de tratamientos; fragmentación de la atención; y cobros excesivos. Del otro lado, han experimentado un seguro de salud insuficiente y/o excluyente, minimización de sus necesidades en salud por parte de los trabajadores de salud, insatisfacción con la calidad de atención, y con frecuencia, no resolución del problema de salud. Estos obstáculos tienen como trasfondo la contención de costos y la primacía de la mercantilización en el proceso de atención; así lo sintetiza un líder de salud de la ciudad:

> A la gente le niegan la atención, en este país es primero la plata y los papeles que la salud y ni Metrosalud [la red pública más grande de la ciudad] ni las instituciones entienden el dolor humano, aquí sólo vale la plata, hay unos funcionarios no tentados por la plata que han entendido el dolor humano y pasando por encima de las normas, atienden a la gente aunque no llene los requisitos, aunque algunas veces sea por presión de los grupos armados. (Líder de salud en un grupo focal)

### 6.2. Obstáculos por grupo poblacional: quien menos tiene menos recibe

En *el régimen subsidiado* sobresalen: el rechazo porque el afiliado no aparece en la base de datos de la EPS y/o solicita servicios no incluidos en el POS y la falta de dinero para estos u otros pagos obligatorios. Los *afiliados al régimen contributivo* expresan inconformidad con los medicamentos del POS y entrega incompleta e ineficacia de los tratamientos, debido a aplazamientos en la atención. *Los no asegurados* se perciben "sin derechos" y carecen de dinero para utilizar servicios. La contención de costos, eje de la utilización de servicios, representa profundización de inequidades: los afiliados subsidiados con un POS menor al del régimen contributivo no cuentan con dinero suficiente para realizar copagos y los no asegurados son y se sienten excluidos, aunque también son pobres, como lo relata la siguiente experiencia:

> Los que no tienen nada tienen que pagar particular, y si no, no puede tener acceso a la atención en salud. Yo no sé los adultos para la atención en odontología, tiene que ser una urgencia y sí no es urgencia, no hay atención. La promoción y prevención no es sino para los niños allá en Santa Cruz, y es un solo día: van y hacen una cola de por ahí tres o cuatro cuadras para darles cita para odontología en un mes (…) Los que caminaban fuimos hasta allá, pero no pudimos porque no alcanzaron, simplemente no alcanzaron las vacunas. Entonces, la gente cada rato me reclama, contando que les llegó un regalo muy rico; no nos tocó nada, a nosotros nunca nos toca nada. Y como por allá es tan poca la presencia del Estado en eso. Yo les digo: yo cumplo con venir a difundirles lo que me dicen en la mesa de salud, pero no nos tocó nada, no nos tocó a ninguno. (Líder de salud en un grupo focal con población vinculada)

Las barreras de acceso tienen, en algunos casos, un desenlace fatal, porque las instituciones evaden la atención de la población que no tiene dinero o que no está asegurada: las personas que hacen parte de ésta, en lugar de ser atendida, son enviadas de institución en institución, y en ese itinerario fallecen, sin recibir servicios, situación conocida como "el paseo de la muerte" y que, a juicio de los participantes en la investigación, afecta a los más pobres:

> Lo otro, en el famoso paseo de la muerte, que es que un paciente llega a la unidad intermedia [Institución pública de segundo nivel] lo pasan de hospital en hospital, mejor dicho se recorre todo Medellín y ahí está el problema porque el paciente se muere; si es un parto muchas veces han tenido el bebé en la ambulancia, total que es un servicio pésimo. Ha pasado mucho eso, el famoso paseo de la muerte, llegan allá y a ver pues, si no tienen con qué pagar siguen andando y siguen andando. Entonces, total que no, mala, mala la calidad con la famosa Ley 100. (Grupo focal régimen subsidiado)

## 7. Las estrategias de los usuarios

Los tres grupos perciben que los obstáculos para el acceso, derivados de la operación del SGSSS, buscan desestimular la utilización de servicios y maximizar la rentabilidad de las aseguradoras; a éstas se les atribuye la responsabilidad por muertes evitables y deterioro del estado de salud. Frente a esto, los usuarios del sistema despliegan cinco estrategias: consecución de dinero; resolución no institucional de necesidades; ayuda de organizaciones de usuarios y líderes; exigibilidad jurídica del derecho a la salud; y protestas colectivas. No obstante, el proceso de acceso está atravesado por sentimientos de "rabia" "impotencia", humillación" e "ineficacia del sistema"; por eso, algunos desisten de utilizarlo o lo limitan a las urgencias o necesidades inaplazables. A continuación se describen, en las voces de los participantes, algunas de las estrategias descritas:

> Porque así es en toda parte, si usted no tiene nada, a usted no lo pueden atender, vaya consiga, vaya empeñe, mire a ver qué va a hacer. O uno va y no tiene SISBEN para que lo atiendan, entonces el familiar se tiene que quedar ahí, el paciente se queda y un familiar se queda empeñado esperando a que otro familiar al que él llamó por teléfono venga con plata, porque es que a mí me ha tocado ver eso y vivir eso. Entonces, uno dice: ay, en qué estamos, cuando se derrocha tanta plata, tanta plata en tantas y tantas y tantas cosas, estamos muy mal en salud. Para mí estamos muy mal en salud (…) Cuando de pronto da una gripita, hay que buscarse unas hierbitas que eso no cuesta mucho, porque para un médico no hay forma. Y vaya al SISBEN, métale dos o tres días, le van a decir que si a usted en su casa no le llenaron una hoja, que

lleve la fotocopia, muchas veces uno no sabe ni a dónde reclamarla, que vaya a un CERCA [oficina descentralizada del gobierno municipal] del Cerca lo mandan para otro CERCA o para Planeación Municipal y no encuentra nada. (Grupo Focal población vinculada)

Hay descontento y preocupación por la nueva clasificación en la encuesta del SISBEN, hemos estado pendientes de este proceso y creemos que se ha logrado más confiabilidad de la base de datos, pero la gente hace varias cosas: mentir por ejemplo, respecto a la escolaridad de los hijos o a la posesión de electrodomésticos, hacerse encuestar en otra zona de más baja clasificación socioeconómica para lograr ser incluido o tener al tiempo las dos afiliaciones, otros prefieren seguir como vinculados porque la atención tiene menos trámite. En fin, la gente ya ha aprendido. (Líder de salud en un grupo focal del régimen subsidiado)

## 8. Discusión

Esta investigación encuentra que algunos logros del SGSSS descritos en la literatura, como el aumento del gasto público en salud, el avance de la afiliación al aseguramiento y de la contribución de los afiliados para la solidaridad, y una focalización más eficiente (7,13,14), han sido opacados y sobrepasados por la persistencia de inequidades y la aparición de nuevas barreras de acceso, coincidentes –aunque este estudio es local– con diversos trabajos nacionales; lo cual habla de causas estructurales y/o transversales, más allá de las variaciones territoriales. Con base en la revisión de estudios de acceso antes y después de la actual reforma, en un trabajo anterior (15) planteé como hipótesis la profundización de inequidades en el acceso con la puesta en marcha del SGSSS; esta investigación aporta resultados que confirman esa hipótesis.

Los hallazgos coincidentes con otras investigaciones son: el seguro no remueve las inequidades, no sólo por la diferencia en los planes de beneficios y el aumento de la segmentación,[5] en la cual las barreras de acceso afectan más a la población no asegurada, sino porque dentro de los asegurados, los obstáculos son mayores para los afiliados al régimen subsidiado, y éstos –lo que también muestra la investigación de Yepes y Ramírez (7)– sufren más rechazo en la atención; es decir, los más pobres son los que menos reciben y los que menos oportunidad tienen de usar servicios. Así lo han documentado las encuestas de calidad de vida (16) y varios estudios nacionales y/o locales reseñados en la rigurosa revisión realizada por Yepes y colaboradores (7:34-42).

La fragmentación de la atención en varias instituciones, la separación entre los componentes preventivo y curativo, la falta de continuidad en los tratamientos, la entrega incompleta de medicamentos y terapias, así como las fallas en calidad de atención, son barreras descritas en la revisión mencionada y corroboradas aquí por las experiencias de la población en Medellín. El sentimiento de injusticia expresado por los afiliados al régimen subsidiado, producto de la clasificación en la focalización, coincide con lo reportado por Barajas en un estudio en Bogotá (7:54). Adicionalmente, este trabajo encontró percepción de exclusión en los no asegurados.

Los resultados difieren en cuanto al gasto de bolsillo en salud –GBS–:[6] Barón (7) reporta

5 La segmentación se refiere a la configuración de franjas de población que reciben servicios diferenciales, en este caso según la capacidad de pago. Esa situación, considerada por algunos investigadores como característica histórica del sistema de salud colombiano, se ha profundizado con la reforma por las diferencias injustas en los planes de beneficios.

6 El GBS representa los pagos que los hogares realizan directamente a los proveedores de servicios de salud, sin incluir los aportes obligatorios al sistema de salud. En la literatura es considerado uno de los

una disminución de 2,7 puntos del PIB en 1993 a 0,6 en 2003, y un estudio de impacto del SGSSS realizado por Santamaría en 2008 (17) muestra reducción del GBS en medicamentos y hospitalización para afiliados al régimen subsidiado. En contraste, Peñalosa (18), utilizando la misma fuente, concluye que en Colombia el GBS promedio para consulta médica es igual en asegurados y en no asegurados; estos últimos son quienes menos consultan, debido a barreras económicas, y sólo se hospitalizan en momentos críticos de gran avance de la enfermedad. En la presente investigación los usuarios relatan incremento de costos para buscar y obtener servicios –comparativamente con el período anterior a la reforma–, en razón de mayores gastos en transporte y trámites ocasionados por fragmentación y trámites para la atención, compra parcial o total de medicamentos y pagos particulares de servicios –en ambos casos por falta de oportunidad y/o integralidad en el tratamiento–, copagos y cuotas moderadoras, y gastos derivados de la exigibilidad jurídica vía tutela.

Aunque resultados contradictorios sostienen la pregunta por el GBS, las investigaciones sobre el tema deberán considerar el contexto y otras evidencias de inequidades en salud: la persistencia de la pobreza por ingresos por encima del 55% en las dos últimas décadas en Medellín y el aumento de la desigualdad, con un incremento del coeficiente Gini de siete puntos entre 1990 y 2005 (19:46-47), confirman la escasa o nula capacidad para asumir los copagos y los otros gastos derivados de la atención. También, el gran volumen de tutelas[7]en salud por negación de servicios cubiertos por el seguro, así como el incremento de la protesta social por las reformas sociales y de salud (20), apoyan la tesis de profundización de las inequidades en salud y en el acceso a los servicios.

Las evidencias en varios estudios citados y las de esta investigación demuestran que la creciente vulneración del derecho a la salud y la profundización de inequidades socio-sanitarias son asuntos estructurales, producto de la lógica mercantilista en salud. En estos años de reforma se invirtió el escenario macroeconómico previsto en el diseño del SGSSS: la pobreza por ingresos afecta a más de la mitad de la población (21) y el desempleo, el subempleo y la informalidad se han convertido en problemas estructurales (22); por eso, los ajustes legislativos basados en medidas regulatorias son insuficientes.

## 9. Conclusiones

- *Acceso a los servicios: es el componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población*, porque aun cuando en la legislación internacional el derecho a la salud abarca otros contenidos asociados a la calidad de vida, más allá de la atención asistencial, dicho derecho está ligado a la resolución concreta de una necesidad cuando se requiera. Aunque la fundamentación del sistema de salud haya cambiado, los modelos teóricos para comprender todo el proceso de acceso –analizando la oferta y la demanda–, la búsqueda, la utilización de servicios y la resolución de la necesidad mantienen vigencia como indicadores de inequidades en el derecho a la salud y permiten superar la homologación del acceso con el aseguramiento en salud.

mecanismos más inequitativos de financiación de un sistema de salud.

7 La tutela es un mecanismo para solicitar ante los jueces la protección o el amparo ante la vulneración de un derecho fundamental. En Colombia, aunque el carácter de la salud como derecho fundamental es restringido, la tutela ha sido utilizada crecientemente desde la implantación de la Ley 100 de 1993 y los jueces han mantenido una tendencia garantista, concediendo la mayoría de estas solicitudes de amparo ante la vulneración del derecho a la salud por parte de las diferentes instancias del SGSSS.

- *Reconfiguración de las trayectorias de acceso a los servicios*: la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 ha generado nuevas barreras de acceso: segmentación en el derecho a la salud, por planes de beneficios diferenciales en servicios; copagos en cada régimen de aseguramiento; persistencia, pese al incremento en la afiliación, de una franja de población no asegurada; rechazo y/o aplazamiento en la atención especializada; mayores costos y menores resultados en salud por fragmentación y pérdida de integralidad en la atención; entrega incompleta de medicamentos y tratamientos; y profundización de barreras económicas.

- *Todo esto ha reconfigurado las trayectorias de acceso hacia la profundización de inequidades en salud*, porque estas barreras afectan más a los no asegurados y a los afiliados al régimen subsidiado, los dos grupos más pobres y que menos servicios reciben, y porque la falta de dinero y de cobertura significan persistencia de desigualdades estructurales no resueltas en la construcción histórica del sistema de salud colombiano. La reconfiguración evidencia problemas transversales del SGSSS como crisis de la red pública, insuficiencia y exclusión de la focalización y del seguro subsidiado, búsqueda de rentabilidad por los aseguradores como criterio central de acceso, e insatisfacción de los usuarios con la calidad de atención.

- *Barreras, estrategias y sentimientos en el proceso de acceso:* en todo el proceso hay barreras económicas y gran desconocimiento del SGSSS. En la búsqueda de servicios –acceso potencial– tales barreras pretenden desestimular la utilización de aquéllos, y entre ellas se destacan la falta de dinero para gastos de transporte y las limitaciones del seguro subsidiado, que afectan más a los no asegurados y a los asegurados pobres, pero son los primeros los que más desisten de continuar el proceso. En la utilización de servicios –acceso real– las barreras buscan la contención de costos aplicada por las aseguradoras; así, sobresalen el rechazo y/o aplazamiento de la atención especializada, la entrega incompleta de medicamentos y tratamientos, y la percepción de minimización de necesidades de quienes consultan, por parte de los trabajadores de la salud. Los usuarios despliegan estrategias para enfrentar todas esas barreras: consecución de dinero, consulta y/o pagos particulares, tutela y protesta social, las cuales, generalmente, representan más erogaciones económicas, pero las trayectorias de acceso y las estrategias implican sentimientos de "rabia", "impotencia", "humillación" y "discriminación".

Esta investigación reconstruye las trayectorias de búsqueda y utilización de servicios, mostrando la configuración de nuevas inequidades en el acceso y la profundización en la mentalidad colectiva del derecho a la salud ligado a la capacidad de pago. Algunos resultados coinciden con otros estudios nacionales y locales; hay diferencias en cuanto al GBS, porque aquí los usuarios consideran que éste ha aumentado con la implantación del SGSSS.

## 10. Recomendaciones

- *Indicadores de acceso basados en la experiencia de la población:* esta investigación propone incorporar, para otros estudios, en *el análisis de la oferta*: a) los tipos de servicios más reclamados, más negados y menos disponibles según nivel de atención; b) la caracterización de la fragmentación –es decir, de la necesidad de recurrir a varias instancias y/o la separación entre los componentes preventivo, educativo y asistencial para atender un solo problema de salud– y, c) las fortalezas

y debilidades en la capacidad de respuesta de la oferta pública y privada según tipo de servicios; en *el análisis de la demanda*: a) caracterización de barreras económicas en todo el proceso, desde la búsqueda hasta la utilización de servicios; b) problemas durante la utilización de servicios; c) valoración de la calidad; d) valoración de la satisfacción; y e) valoración de la resolución de la necesidad en salud, desde la perspectiva de la población usuaria. *Estos indicadores deberán analizarse considerando la situación de pobreza por ingresos y de concentración de la riqueza*, por tres razones: ambos son determinantes de la situación de salud; en el sistema colombiano, basado en la capacidad de pago, los ingresos condicionan el acceso a los servicios; y una reforma estructural hoy deberá considerar eventualmente políticas redistributivas de la riqueza. Tales indicadores demostrarían por qué en el SGSSS el aseguramiento no representa acceso, y por qué o cuándo la utilización de servicios no siempre significa resolución de la necesidad; precisarían, así mismo, dónde están los obstáculos; y enriquecerían el conocimiento de las inequidades en el componente asistencial del derecho a la salud. Además, develarían aspectos del proceso de acceso que permanecen ocultos con los análisis cuantitativos.

Las investigaciones cualitativas que visibilizan la voz de los usuarios y/o de los actores con menos poder en el SGSSS contribuyen a construir una perspectiva más igualitaria y democrática en el debate público en salud y a crear conciencia sobre el sufrimiento causado a los grupos más desfavorecidos de la población, en nombre de los cuales gobiernos y tecnócratas implantan y promueven las reformas.

**Gráfico 1. Reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios para la población vinculada –no asegurada– y del régimen subsidiado en el SGSSS, Medellín**

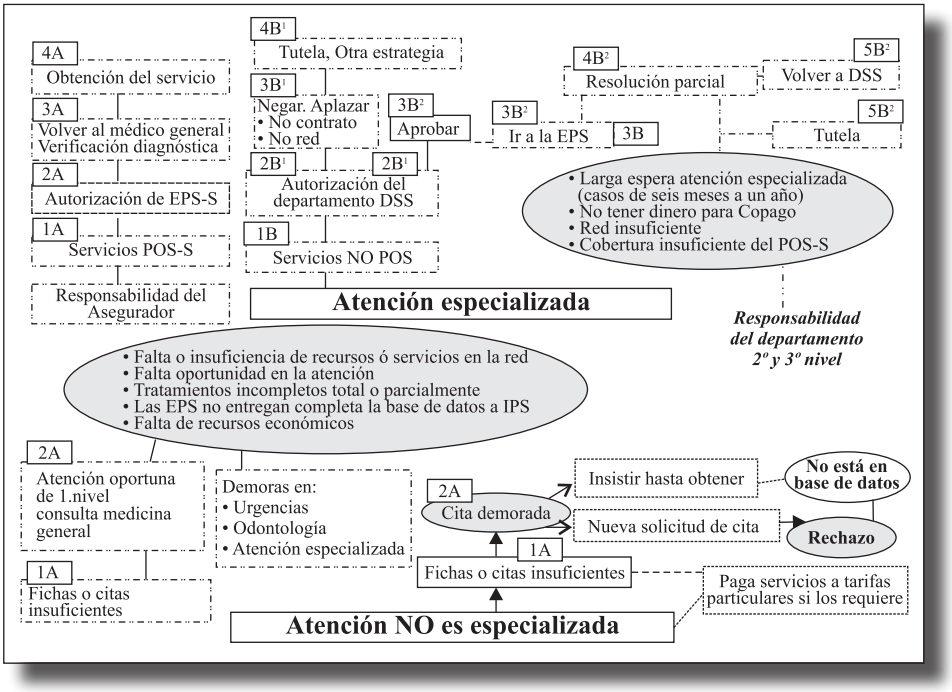
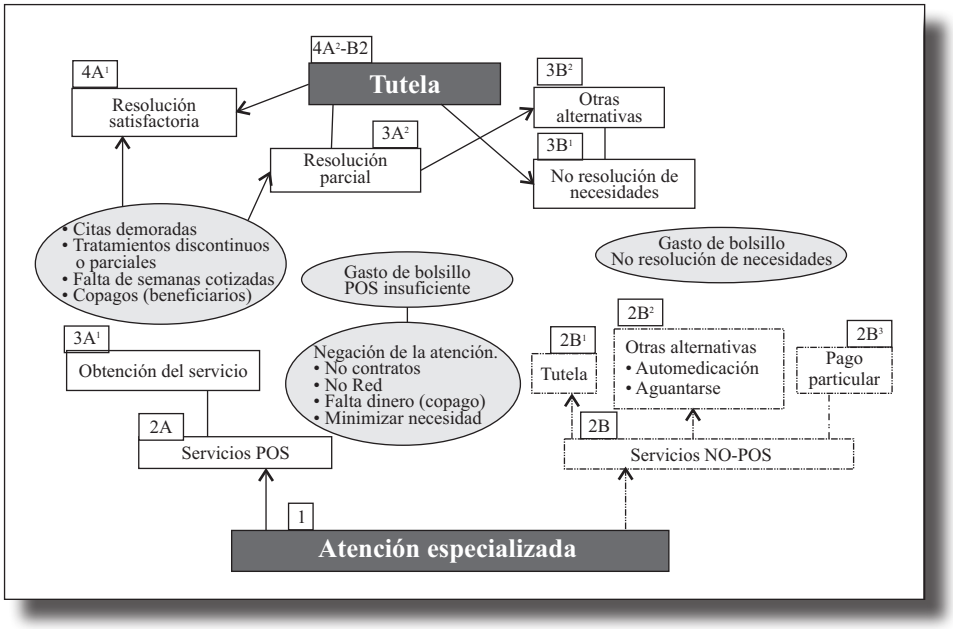


**Gráfico 2. Reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios para la población del régimen contributivo en el SGSSS, Medellín**




## Referencias bibliográficas


1. Frenk J, Londoño JL. El costo de no reformar. Rev Mex Seguridad Social. 1998; (42): 24-37.
2. Hernández ME. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. La Salud está grave, una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Antropos; 2000, pp. 133-64.
3. Paredes N. A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano ¿qué ha pasado con el derecho a la salud? En: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. La salud está grave, una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Antropos: 2000, pp. 165-87.
4. Echeverry ME. El derecho a la salud en Medellín, Colombia, desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de la reforma: 1990-2006. [Tesis Doctoral en Ciencias en Salud Colectiva]. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2008.
5. Abadía CE, Oviedo D. Bureaucratic Itineraries in Colombia: A Theoretical and Methodological Tool to Assess Managed-Care Health Care Systems. Soc Sci Med 2009; 6 (68): 1153-60.
6. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público; 2009.
7. Yepes FJ, Ramírez M, Ramírez ML, Jaramillo Pérez I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud; 2010.
8. Aday LA, Andersen R. Exploring Dimension of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1983; 18 (1): 35-52.
9. Restrepo Zea JH, Echeverri López E, Vásquez Velásquez J, Rodríguez Acosta S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas; 2006.
10. Carey MA. El efecto del grupo en los grupos focales: planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales En: Morse J, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería (Colección Contus); 2003, pp. 260-80.
11. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigacoes sobre abuso de substancias. En: Mercado F, Gastaldo D, Calderón

C, compiladores. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética. México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de Nuevo León; 2002, pp. 71-88.

12. Morse J, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería (Colección Contus); 2003, pp. 29-52.

13. Asociación Colombiana de la Salud –Assalud–, Universidad del Rosario. Pérdidas y ganancias de las reformas en salud. Fascículo 05. Bogotá: Universidad del Rosario, Facultad de Economía; 2007.

14. Grupo de Economía de la Salud (GES). Reforma a la seguridad social en Colombia 1993- 2007. En: Observatorio de la Seguridad Social (Medellín). 2007; 6 (15): 1-16.

15. Echeverry ME. Estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la Ley 100 de 1993 En: Girón Sierra JA, compulador. La salud al derecho. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003, pp. 75-119.

16. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuestas de calidad de vida. Bogotá: DANE, 1997, 2003.

17. Santamaría M, García F, Prada CF, Uribe MJ, Vásquez T. El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma. Coyuntura Social. 2008; (38-39): 41-113.

18. Peñalosa MC. Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos; 2005.

19. Corporación Región, Alcaldía de Medellín, Secretaría de Bienestar Social. Panorama Social de Medellín y evaluación del modelo de intervención de la Secretaría de Bienestar Social. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2006.

20. Centro de Investigación y Educación Popular (Cinep), Equipo de Movimientos Sociales. Luchas sociales en Colombia 2002-2009. En: ¿Continuidad o desembrujo? La seguridad democrática insiste y la esperanza resiste. Siete años de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2009, pp. 221-32.

21. González JI. Desigualdad y pobreza. En: Reelección: el embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2004, pp. 47-51.

22. Sarmiento L. Malestar social y política pública. En: Reelección: el embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2004, pp. 89-97.