

Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín-Colombia, 2008-2009*

Maternity Care within a Health Market Environment, Medellin-Colombia, 2008-2009

Atendimento maternal em um ambiente de mercado de serviços de saúde, Medellín, Colômbia 2008-2009

Fecha de recepción: 12-03-10 Fecha de aprobación: 25-10-10

Gloria Molina-Marín

Gilma Stella Vargas-Peña

Alina Shaw

* Artículo producto de la investigación titulada “Mecanismos de mercado y competencia y su relación con el acceso y la calidad del los servicio materno, en el Contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Medellín, Colombia, 2008-2009”, financiada por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Fecha de inicio: junio 2008; fecha de finalización: julio 2009.



Resumen

OBJETIVO: analizar el acceso a los servicios para maternas en Medellín, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **METODOLOGÍA:** se optó por un estudio cualitativo, se realizaron 23 entrevistas en profundidad a médicos y enfermeras, vinculados directamente a la atención materna y/o a la toma de decisiones gerenciales, y tres grupos focales con maternas. Las entrevistas se analizaron mediante el proceso de codificación y categorización propuesto en la Teoría Fundada. **HALLAZGOS:** a pesar de que la atención materno-infantil es una prioridad, las maternas experimentan dificultades con los servicios, dada la problemática del aseguramiento, la fragmentación de servicios en la contratación —ligada a la competencia por bajos precios—, y la posición dominante de las aseguradoras.

Palabras clave autor: acceso, servicios de salud, reformas sistema de salud, privatización, salud pública.

Palabras clave descriptor: Salud pública, (Medellín, Colombia), 2008-2009, Servicios de salud, Reforma de la atención de salud.

Abstract

OBJECTIVE: To analyze accessibility to maternity care services in the city of Medellín, within the context of the Colombian Social Security System for Health. **METHODOLOGY:** A qualitative approach was used; 23 in-depth interviews were conducted to medical doctors and nurses who provide health care to mothers and/or manage health institutions. Also, three focus groups with mothers were carried out. A coding and categorizing process was used to analyze information following Grounded Theory process. **FINDINGS:** In spite of the fact that maternal-child care is a priority issue, mothers experiment difficulties to access to health services, given by the insurance system, fragmentation of services in contracting out process between insurer and hospitals –linked with competence based on lower prices- and the dominant status of private health insurers.

Key words author: accessibility, health services, health sector reform, privatization, public health.

Key words plus: Public health, Health services, (Medellín, Colombia), 2008-2009, Health care reform.

Resumo

OBJETIVO: analisar o acesso aos serviços para mães em Medellín, dentro do contexto do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde. **METODOLOGIA:** optou-se por um estudo qualitativo, foram realizadas 23 entrevistas com médicos e enfermeiras, vinculados diretamente ao atendimento materno e/ou à tomada de decisões gerenciais, e três grupos focais com mães. As entrevistas foram analisadas mediante o processo de codificação e categorização proposto na Teoria Fundada. **DESCOBRIMENTOS:** apesar de que o atendimento materno-infantil é uma prioridade, as mães experimentam dificuldades com os serviços, devido a problemática da afiliação, a fragmentação dos serviços – ocasionada pelo modelo de contratação que se baseia nos preços baixos, e a posição dominante das seguradoras.

Palavras chave autor: acesso, serviços de saúde, reformas do sistema de saúde, privatização, saúde pública.

Palavras chave autor: acesso, serviços de saúde, reformas do sistema de saúde, privatização, saúde pública.

1. Introducción

La prioridad universal de la salud materna fue consumada en 1976, cuando entró en vigor el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado por todas las naciones pertenecientes a la ONU. Este pacto contempla las medidas que deberán adoptar los Estados miembros encaminadas a la reducción de la mortalidad (1). Seguidamente, la meta de salud para todos en el año 2000, establecida en Alma Ata en 1978 (2), ha llevado a la adopción de reformas sectoriales en los países de América Latina y el Caribe, buscando asegurar el acceso a la salud de todos los habitantes. Según la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, emitida en el año 2000, las medidas se refieren principalmente al mejoramiento y la optimización de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información especializada (3). La prioridad internacional a la atención materna se reforzó con la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, uno de cuyos objetivos es la reducción en tres cuartas partes de las tasas de mortalidad materna entre los años 1991 y 2015 (4). Siguiendo esta directriz, el gobierno colombiano define las metas de Desarrollo del Milenio para Colombia, consignadas en el documento Conpes 91 de 2005 (5).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Colombia operó desde 1974 hasta 1993, basado en los principios del modelo de Estado benefactor, con un direccionamiento centralizado, organizado por niveles de atención, y logró una cobertura de aproximadamente 75% de la población; en este sistema se dio gran impulso a los programas preventivos, lo cual generó un impacto importante

en el mejoramiento de la salud pública (6,7). El Ministerio de Salud dirigía un programa centralizado de control prenatal, el cual operaba a través de los centros de salud y los hospitales públicos, con lo cual la mortalidad materna (MM) se redujo progresivamente de 310 por 100.000 nacidos vivos en 1956 (8) a 86,3 por 100.000 nacidos vivos en 1985, y 68,2 por 100.000 nacidos vivos en 1993 (9). Pero con la implementación de la Ley 100 de 1993, las tasas de MM empezaron a incrementarse, y llegaron en el 2000 a 103,1 en 100.000 nacidos vivos (8).

Bajo la orientación de organismos internacionales, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la Ley 100 de 1993, cuyo propósito fue avanzar más en cobertura, acceso, calidad y sostenibilidad financiera. Esta ley estableció el aseguramiento como medio para garantizar el acceso a los servicios; cambió el subsidio de la oferta por el subsidio de la demanda; aumentó la privatización; impulsó los mecanismos de mercado y competencia entre instituciones públicas y privadas; y estimuló la generación de mecanismos de eficiencia y rentabilidad financiera (10). Con esta ley creció el número de actores en el aseguramiento y en la prestación de servicios, y los recursos en salud como porcentaje del PIB aumentaron desde 1,9 en 2000 a 3,4 en el 2006 (11); sin embargo, la disponibilidad de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad decrecieron, dado que este tipo de servicios no genera ganancias financieras en un modelo de competencia que privilegia la búsqueda de beneficio económico. En consecuencia, los indicadores de salud pública retrocedieron, con persistencia o incremento de la problemática de la MM (12-16).

En el departamento de Antioquia la MM fue de 69,9 por 100.000 nacidos vivos en el año 2002, de 68,5 por 100.000 nacidos vivos



en 2003 (17), y en los años 2004 y 2005 de 59,6 y 60 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente (18).

Aunque en Medellín la MM es más baja que en el resto del país —42 por 100.000 nacidos vivos en el 2005—, la mayoría de las causas de muerte son evitables, y las MM constituye la primera causa de muerte en mujeres (19). Las principales causas de MM están relacionadas con las condiciones socioeconómicas, la baja calidad de los servicios de salud, la falta de conocimiento de las madres para identificar los signos de alarma, entre otros. Se reconoce que la morbilidad materna es más alta que la mortalidad y es a su vez un inductor de ésta.

Para impactar la MM se han realizado acciones en todos los niveles. A nivel nacional se tiene implementada la Política de Salud Sexual y Reproductiva (20). En este contexto, las autoridades de salud de Antioquia han fortalecido el liderazgo del Comité de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna y Perinatal a partir del 2007, y en la ciudad de Medellín, con el ánimo de mejorar la accesibilidad y la calidad en la atención y reducir la morbimortalidad materna, el bajo peso al nacer y la sífilis congénita, se ha puesto en marcha la política de “Maternidad segura y sin barreras”, con las siguientes estrategias: a) la contratación del Grupo Nacer,¹ y b) el apoyo económico para el mejoramiento de la infraestructura de los servicios de obstetricia en la ESE Metrosalud.

1 Nacer es un grupo de trabajo para la salud reproductiva, del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia; fue centro asociado al CLAP de Montevideo desde 2003 y hasta 2007; luego se conformó como grupo de investigación, docencia y extensión de la Universidad de Antioquia. Realiza capacitación, asesoría y asistencia técnica sobre maternidad, al personal de las instituciones de salud públicas y privadas; también lleva a cabo auditoría a los servicios de salud reproductiva de las IPS y de las EPS, así como actividades de vigilancia epidemiológica a los casos de morbilidad severa, a las muertes maternas y de menores de cinco años.

Desde 1993, con el SGSSS, muchas instituciones públicas y privadas han estado involucradas en los programas dirigidos a la atención materno-infantil. Paralelamente, se ha dado el proceso de descentralización, sobre la cual, estudios realizados señalan una baja capacidad de gestión del sector salud en los municipios, relacionado esto con la baja capacidad del talento humano vinculado a las direcciones locales de salud (21-23).

Accesibilidad - acceso a los servicios de salud

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU, la accesibilidad, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad constituyen cuatro elementos fundamentales del Derecho a la Salud. El CDESC (párrafo 12 de la Observación General 14 de 2000) considera que la accesibilidad a los servicios de salud implica que “Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte” (1). Para este Comité, la accesibilidad a los servicios de salud cuenta con cuatro dimensiones fundamentales: a) no discriminación; b) accesibilidad geográfica y física; c) accesibilidad económica o asequibilidad; y d) acceso a la información. Para Frenk (24), la accesibilidad es un concepto que involucra las características del sistema de salud y las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales de las comunidades, lo que condiciona el acceso de las personas a los servicios que necesitan. Según algunos autores, el acceso a los servicios de salud se puede afectar por factores o barreras derivados de diversas fuentes (25-28):

- Barreras derivadas de los aspectos sociales y culturales particulares de las personas y de las comunidades, relacionados con su

percepción y sus significados de la salud-enfermedad.

- Barreras ecológicas o geográficas relacionadas con la localización de la institución de salud que ofrece la atención que las personas y/o comunidades requieren.
- Barreras económicas relacionadas con los costos o gastos que implica para las personas y las comunidades el acceso al servicio.
- Barreras institucionales relacionadas con las políticas institucionales de prestación de servicios, las formas de organización de la atención, los trámites administrativos y los requisitos que condicional el acceso al servicio.
- Barreras por falta de conocimiento de los derechos y deberes ciudadanos constitucionales y de información oportuna, clara y completa que facilite el acceso a los servicios cuando éstos se requieren.
- Barreras políticas que se refieren al contenido y la intencionalidad de la política de salud, de modo que favorezca o no el acceso equitativo a la atención en salud.

Bienes preferentes y bienes meritorios

Según Gracia y Caicedo (29) los bienes meritorios se confunden a veces con los bienes preferentes. Estos últimos son aquellos cuyo consumo no está orientado por la soberanía del consumidor, quien en determinadas situaciones no necesariamente actúa en función de su propio interés, y es el Estado el agente más apropiado para determinar el bienestar de las personas. Por lo tanto, éste puede valerse de diferentes mecanismos, como las leyes, para influir en la conducta de las personas a fin asegurar bienes considerados preferentes. Ejemplo de ello es la obligatoriedad de utilizar el cinturón de seguridad, la vacunación, o los controles prenatales. Los *bienes meritorios* son aquellos

que merecen las personas por ser titulares de derechos fundamentales y es deber del Estado, y de la sociedad en su conjunto, garantizar estos bienes y servicios a quienes no están en condición de adquirirlos en el mercado. Sin el acceso a estos bienes meritorios las personas se encuentran seriamente limitadas para asegurar su supervivencia y desarrollar sus capacidades.

2. Metodología

El abordaje del problema de investigación planteado se hizo con un enfoque metodológico cualitativo (30). Dentro éste se utilizó como metodología de recolección y análisis de información, el proceso de codificación y categorización propuesto por Glaser y Strauss (31), Strauss y Corbin (32), Miles y Huberman (33), lo que implica un análisis sistemático de la información recolectada, a fin de garantizar la validez y la confiabilidad de los resultados. Como técnicas de recolección se utilizaron la entrevista individual en profundidad (30) y la entrevista grupal o grupo focal.

Se identificaron las instituciones de salud públicas y privadas más relevantes en la atención materna en la ciudad de Medellín: 18 IPS de primero, segundo y/o tercer nivel de complejidad, seis EPS, los dos entes territoriales –municipal y departamental– y una institución académica vinculada directamente con los servicios maternos. De estas instituciones se contactaron médicos y enfermeras con amplia experiencia en atención materna y que durante el período del estudio estaban atendiendo directamente estos servicios o que estuvieran involucrados en los procesos de gestión de las IPS, de las EPS, o en los entes territoriales. A ellos se les solicitó su consentimiento para la entrevista. Igualmente, se realizaron tres grupos focales con 17 mujeres, seleccionadas con base



en los siguientes criterios: que estuvieran embarazadas o con menos de seis meses de posparto; que hubieran vivido la experiencia de atención prenatal, parto y/o posparto; que hubieran sido o estuvieran siendo atendidas en las IPS a las que pertenecían los profesionales entrevistados; y que dieran su consentimiento para participar en los grupos focales. Estas maternas estaban afiliadas al régimen contributivo o al subsidiado de diferentes Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), o no tenían afiliación. No se tuvieron en cuenta variables sociales, económicas o demográficas ni el lugar de vivienda de las maternas como criterios de selección.

Para las entrevistas individuales y grupales se elaboró un guión de preguntas basado en los siguientes ejes temáticos que orientan el estudio: experiencias vividas en el proceso de atención en el control prenatal, en el parto, en el posparto, en la referencia y en la contrarreferencia, aspectos que han influido en el acceso a los servicios, así como en la posibilidad de obtener información y conocimiento sobre derechos y deberes en salud, sugerencias para mejorar la atención materna. Este primer guión se sometió a prueba piloto y se fue variando según las categorías que surgían en cada una de las etapas del proceso de análisis de la información. También se elaboró el consentimiento informado, el cual incluyó aspectos éticos y técnicos del proceso como el objetivo del estudio, el anuncio previo de la entrevista, la solicitud de autorización para registro en cinta de audio, la garantía de privacidad, confidencialidad y anonimato, y los derechos del entrevistado.

Las entrevistas, tanto las individuales como los grupales, se realizaron en tres etapas cada una, seguidas de su respectivo análisis; éstas se grabaron, se transcribieron y se analizaron mediante un proceso progresivo y

sistemático de codificación y categorización, triangulando la información de las diferentes entrevistas individuales y grupales, lo que permitió la cualificación y la saturación de las categorías que emergieron con relación al acceso a la atención materna.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio se centran en el hecho de que por ser un estudio no permite generalizar los hallazgos a otras ciudades del país, a pesar de que las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud son similares en las diferentes regiones.

3. Resultados

Según las experiencias, las vivencias y los conceptos de los entrevistados, se encuentra que el acceso a los servicios de salud maternos está relacionado con varios aspectos que se presentan a continuación:

3.1. Aspectos político-administrativos de la estructura y el funcionamiento del SGSSS

3.1.1. Limitaciones de la afiliación al SGSSS

Dentro de los aspectos del proceso de afiliación que afectan el acceso a la atención materna se destacan:

a) La falta de depuración de las bases de datos de afiliación al SGSSS. Hay reportes de doble afiliación, inconsistencias en la clasificación en el SISBEN y en las condiciones de empleo de las maternas y de sus esposos o compañeros, lo que puede llevar a que sean rechazadas para ser atendidas, como lo ilustra el siguiente relato:

Tuvimos el caso reciente de muerte materna relacionada con la barrera de acceso derivada del aseguramiento. La señora fue a consulta y se encontró en la base de datos con doble afiliación. Aparece como si tuviera SISBEN, pobre no afiliada, y casualmente también aparecía afiliada al Seguro Social, aunque ella nunca ha estado afiliada y la rechazan por su doble afiliación. Por esa situación la han devuelto a que solucione su problema de afiliación con la aseguradora. Por tal circunstancia, la materna no vuelve al servicio porque no tiene los diez mil pesos que le cobraban por la consulta de médico general. Luego la materna vuelve a pedir el servicio porque tiene una infección urinaria; la atienden, pero no le entregan los medicamentos porque sigue con su doble afiliación. Entonces ella no se hace el tratamiento, se queda en su casa para atender el parto porque ella dice “pues si me cobraron diez mil pesos por la consulta y no me dieron los medicamentos, ¿cuánto me cobrarán por el parto?”. Se queda en su tugurio atendiendo su propio parto. Tiene una hemorragia postparto y desafortunadamente la mamá muere, se nos fue de las manos porque cuando logró llegar a la unidad de salud ya era demasiado tarde (E.20).²

b) El vaivén de la afiliación, subsidiado-contributivo-subsidiado, o sin afiliación, generado por cierres de EPS del régimen subsidiado, cambios de régimen y traslados, generalmente inducidos por las EPS. Hay casos complejos y costosos, en los cuales se deja a las gestantes desprotegidas de la afiliación y la atención por períodos que llegan a los tres meses, hasta aclarar la situación de afiliación.

Hay maternas que no están afiliadas al régimen subsidiado, después de haberlo estado, porque consiguieron un empleo por tres meses y pasaron al Régimen Contributivo;

al perder el empleo, no logran afiliación nuevamente al Régimen Subsidiado. (O19)

Yo tuve problemas para acceder al control prenatal por dificultades con el SISBEN; no me atendían porque antes estaba afiliada al Seguro Social, pero ya el Seguro se me había vencido. Me exigieron que tenía que organizar eso; yo lo organizaba y nada, no me atendían. Cuando pude acceder a los controles prenatales ya tenía cinco meses de gestación. (M37)

Cuando la empresa del cotizante se retrasan en los pagos, la materna cotizante o beneficiaria queda totalmente desprotegida, por tanto se frena el proceso de atención y la paciente no vuelve al control. Cuando vuelve ya han pasado tres a cuatro meses. (M07)

c) La afiliación de los recién nacidos al SGSSS y el acceso a la atención dependen de la afiliación de la madre, así como del reconocimiento legal de los bebés por parte de sus padres, quienes pueden estar o no afiliados al régimen contributivo, y quienes pueden ser inducidos al no reconocimiento de sus hijos.

Se han visto casos de recién nacidos que son hijos de hombres afiliados al contributivo, quienes no tienen una relación marital estable con la mamá del bebe. En algunas IPS le dicen a las mamás de estos niños: “dígame al papá que no reconozca el niño para obviar problemas, porque así la EPS subsidiada nos paga la atención inicial o todo lo que necesite”. Pero cuando al niño le dan de alta de la UCI neonatal entonces llaman al papá para que lo reconozca para que cambie al régimen de afiliación. Esto que les estoy diciendo, viene desde tres-cuatro años y aunque el Ministerio tiene todos los elementos para resolverlo, no lo ha resuelto. (O19)

d) Falta de claridad en la normatividad en cuanto los derechos de afiliación de

² E20, O19, M07, etc., corresponden a un código de la numeración de las entrevistas.



madres adolescentes y sus bebés, por lo cual se generan conflictos entre actores del aseguramiento; no es claro quién asume la responsabilidad de la atención de la gestante beneficiaria complicada y/o su bebé, y ante estos casos el ente territorial ordena la afiliación al régimen subsidiado o se le exige a la familia el pago de una UPC adicional, si la madre es hija de un afiliado cotizante, lo que afecta la economía familiar.

Los nietos de un afiliado cotizante, según la normatividad, están por fuera de la cobertura. Si son de mujeres que todavía hacen parte del núcleo familiar, se exige al abuelo cotizante que pague una cotización adicional; es decir, pagar la afiliación individual de ese nieto. Eso es lo que se exige aquí. (M24)

e) Las personas deciden no hacer la gestión para afiliarse al régimen subsidiado, dado que prefieren mantenerse como no afiliadas porque en esa condición acceden más fácilmente a los servicios y se evitan los trámites del régimen subsidiado. Igualmente, se presentan problemas de evasión, elusión y aplicación indebida de períodos de carencia.

Es importante anotar algunas estrategias que se utilizan para facilitar el acceso a la materna: concentración de población afiliadas en un menor número de EPS; algunas IPS aplican la encuesta del Sisben a usuarias que carecen de clasificación; se brinda atención sin previa identificación del pagador; no se exige el documento de afiliación previa a la atención de urgencias y éste trámite se hace posterior a la atención; afiliación a medicina prepagada para lograr acceso directo al obstetra y otros servicios de salud privados.

3.1.2. Características de la contratación de servicios

Entre la afiliación y el acceso a los servicios media la contratación de servicios entre

EAPB e IPS, en cuya dinámica se identifican algunos aspectos que afectan el acceso de las maternas a la atención como, por ejemplo:

a). *Desequilibrio de poder entre actores.* Dada la posición dominante de las EPS frente a las IPS, donde las primeras trasladan el riesgo a las segundas, les imponen bajas tarifas y formas de pago desventajosas. Además, las tarifas no son reguladas de tal manera que se beneficien todos los actores, lo cual desestimula la atención del parto normal y de los casos de amenazas de partos prematuros, porque no son rentables para las instituciones. Esto incentiva las atenciones cobradas por evento, la realización de cesáreas innecesarias, y las altas tempranas para aumentar la productividad (de tres a cuatro maternas por cama por día).

b). *Sometimiento y pérdida de autonomía de las IPS.* Dadas las presiones de la EPS, las IPS se ven forzadas a comprometerse en asegurar las ganancias financieras de las EPS, con el ánimo de no perder la contratación, aun en detrimento y riesgo de su propia sostenibilidad financiera y de la calidad en la atención.

c). *Falta de red de servicios de las EPS y ente territorial.* Este aspecto limita la oferta, la libertad de escogencia, el acceso y la calidad de los servicios. La falta de contrato de las EPS con las IPS del área de influencia de las maternas dificulta la referencia de las usuarias. Igualmente, la politiquería y el clientelismo obstaculizan la contratación con las Empresas Sociales del Estado, y esto afecta el acceso al control prenatal, pues en localidades diferentes a Medellín sólo es posible brindar atención urgente para el parto:

En un municipio, por problemas políticos, no hay contrato entre la dirección local de salud y la IPS pública para atender a las mujeres gestantes que no tienen seguridad social,

solamente las atienden como una urgencia en el momento del parto; son cosas que no deberían suceder. (E21)

d). Tensión en las modalidades de contratación. La contratación por capitación estimula la creación de barreras de acceso y la falta de calidad en la atención, para disminuir costos. Por ello algunas EPS han decidido cambiar la forma de contratación de capitación a la de evento, con el fin disminuir complicaciones por la no atención y evitar remisiones al tercer nivel. Con ese fin, la EPS Comfama asumió la atención de las gestantes con su propia red de servicios y con IPS privadas, e inició este proceso con las gestantes de alto riesgo, que representan entre el 28 y el 30%, con lo cual se espera mejorar el acceso y calidad de la atención.

e). La retención de los recursos con ánimo de lucro. Algunas EAPB, especialmente EPS, retardan lo pagos a las IPS, y el difícil recaudo de la cartera afecta la prestación de los servicios y genera tensiones en las relaciones interinstitucionales, poniendo en peligro las nuevas contrataciones.

f). El calvario de las autorizaciones de los servicios. Las IPS tienen que acudir a las centrales de autorizaciones y de referencia de la EPS y de los entes territoriales para solicitar autorizaciones previas a la prestación de los servicios de salud a las usuarias. Algunas instituciones asumen la realización directa de este trámite, el cual requiere la presentación de los documentos de afiliación de la materna. Son comunes las siguientes dificultades: a) el colapso de los conmutadores de la EPS, lo que impide la comunicación; b) registro inapropiado de afiliaciones e inconsistencias en la base de datos de afiliación al SGSSS; c) falta de soportes físicos de afiliación y obsesión por la afiliación como requisito de atención; d) demora en la emisión de autorizaciones, por más de

ocho días; e) desconocimiento de algunos funcionarios del trámite de autorizaciones y referencias; f) rigidez de los programas de cómputo, los cuales no permiten repetir órdenes que se han extraviado, lo que deja a discreción del funcionario o del médico la atención de esta materna; ante esto algunos profesionales comprometidos con la salud de la materna crean sus propios mecanismos para atenderla:

La comunicación con la EPS para las autorizaciones es demorada, porque el sistema telefónico está colapsado; nos dejan en espera, nos dicen que están pendientes de avisarnos cuando haya alguna cama disponible o una incubadora. Para una autorización tenemos que esperar que la pasen vía FAX. Entonces, eso hace que se trastorne la atención. (E02)

Yo tuve muchísimos problemas. Empecé a hacer los controles prenatales cuando tenía cinco meses, porque como no tenía seguro. Acá en el Sisben me decían que era obligatorio que me atendieran porque estaba en embarazo; sin embargo, no lo hicieron; tuve que ir hasta la Alpujarra y allá me dieron un orden y que con eso me tenían que atender. Nunca me pude hacer una ecografía por el Sisben, porque me ponían un problema grandísimo. Me tocó pagar las ecografías particulares. (M37)

Viene una paciente y se le da la orden del examen, pero se le pierde. Ella regresa y pide que se le dé otra orden, pero el sistema no deja imprimir eso. Como no permiten ordenes manuales, entonces la paciente se pierde. Ante esto, yo les digo que se entren por un ladito y las atiendo en consulta. Pero no las hago registrar, porque sé que no las van a autorizar y mas bien les hago una historia nueva y les mando los exámenes [...] Yo las atiendo por un ladito para revisarles los exámenes y poder tomar una conducta por



que en su mayoría necesitan tratamientos remisiones una cosa y la otra. (M07)

Los rechazos o las demoras en las autorizaciones tienen consecuencias como: a) no inicio oportuno del control prenatal; b) acceso diferencial a la atención; c) inoportunidad en la atención ambulatoria y de urgencias; d) desinterés para continuar en los controles prenatales y pérdida de usuarias.

3.1.3. *Limitada oferta de servicios de salud*

a). *Falta de recurso humano.* Aunque se ha tratado de dar solución a los diversos problemas relacionados con el talento humano que afectan la prestación del servicio materno en la ciudad, se observan problemas como la falta de médicos generales, de especialistas y de enfermeras, tanto en IPS públicas como en privadas, lo que limita la oferta de servicios las 24 horas del día y la oportunidad en las citas ambulatorias, y además genera sobrecarga laboral.

Por falta del talento humano los controles prenatales se hacen más cortos y con mayor tiempo de espera. La cita de una materna esta a veinte o más días porque no hay cupo, pues ya las agendas médicas están llenas. (M09)

b). *El Plan Obligatorio de Salud es insuficiente.* Esto no permite garantizar una atención integral a la materna; se limita el acceso a servicios como nutrición, pruebas serológicas, ecografías y medicamentos; no se aprueba el tratamiento con penicilina a los compañeros sexuales de gestantes afiliadas, con el fin de prevenir infecciones en ellas y en sus recién nacidos. En escasas ocasiones, algunas instituciones más comprometidas con la salud materna brindan beneficios no estipulados en la norma, con el fin de asegurar buena atención y evitar sobre costos por complicaciones.

Es ilógico que un prestador de servicios le niegue una penicilina al compañero de una embarazada para evitar esa sífilis gestacional y neonatal, y es también ilógico e inaceptable que la EPS diga que no le paga esa penicilina al compañero de su afiliada gestante porque él no es afiliado a su EPS. Entonces, eso es un tema que no debería ocurrir y que cualquiera de los dos actores debería asumirlo o que pudiera llegar a decirse “asumámoslo entre los dos”. (O19)

3.1.4. *Falta posicionamiento de los derechos y deberes en salud*

En el municipio de Medellín, a través de varias secretarías e instituciones de salud, se han desarrollado programas de difusión y capacitación y campañas sobre los derechos en salud de las maternas, utilizando diferentes metodologías. Esta capacitación ha incluido temas como: a) el reconocimiento de las maternas como grupo prioritario para la atención; b) información sobre la red de instituciones a las que pueden acudir y los servicios que están contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS); c) el derecho de sus bebés a ser incluidos en los programas de salud; d) el acceso a los servicios de salud de las personas según el tipo de afiliación; e) la orientación para que las maternas inicien la consulta prenatal oportunamente y sepan identificar los riesgos que afectan su salud.

En el desarrollo de estas actividades informativas se presentan las siguientes situaciones que afectan tanto a usuarias como al personal de salud: a) el nivel socioeconómico y cultural de las maternas limita la comprensión de sus derechos y deberes; b) el grupo de adolescentes no es objeto de los programas de capacitación sobre derechos y deberes que brindan los diferentes organismos; c) los medios de información y la pedagogía utilizada en los procesos de difusión y capacitación parecen inefectivos.

El desconocimiento de las maternas, y del personal de salud, respecto a sus derechos y deberes, se vincula con los siguientes aspectos: a) falta de cobertura y continuidad en la capacitación del personal de salud, dado que las contrataciones son de corto plazo y generan alta rotación; b) falta de liderazgo de las secretarías de salud y las aseguradoras para difundir los derechos y deberes; c) el escaso empoderamiento de la comunidad y las mujeres. Paralelamente, algunas maternas desconocen sus deberes y por lo tanto demoran la realización de los trámites administrativos para su afiliación, especialmente las adolescentes; incumplen y/o no son puntuales en las citas; se niegan a atender las remisiones a psicología; optan por el parto en casa, desconociendo los riesgos, y evaden el pago de cuotas moderadoras y copagos.

3.1.5. Políticas y estrategias en atención materna puestas en marcha

En el contexto de las políticas nacionales e internacionales para reducir la MM, la Secretaría de Salud de Medellín ha formulado la política local de “Maternidad segura y sin barreras”, con el ánimo de mejorar la accesibilidad y la calidad en la atención y reducir la morbilidad y la MM, el bajo peso al nacer y la sífilis congénita, entre otros. Esta política ha incluido las siguientes estrategias:

- Desarrollo de un convenio cooperativo entre el gobierno municipal y el Grupo Nacer de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, mediante el cual se realizan las siguientes actividades: a) capacitación, asesoría y asistencia técnica al personal de salud de las instituciones de salud públicas y privadas que prestan servicios maternos; b) auditoría a todo el componente de salud reproductiva de las IPS y de las EAPB, con seguimiento a los planes de mejoramiento continuo;

c) implementación de un programa de vigilancia epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita, de la morbilidad obstétrica severa, y de la MM. Estas acciones han generado investigaciones y estrategias de prevención y la intervención oportuna de la hemorragia postparto, como el manejo activo del alumbramiento y la implementación del “código rojo” para disminuir la MM por hemorragia. Igualmente, se ha mejorado y ampliado la infraestructura y la capacidad resolutoria obstétrica de la red de instituciones públicas de la ciudad de Medellín.

- El fortalecimiento del Comité de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna y Perinatal, desde la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, EPS e IPS, a partir del 2004.
- El establecimiento de mecanismos de coordinación interinstitucional.
- Búsqueda activa y permanente de embarazadas, mediante la Prueba Inmunológica de Embarazo (PIE) a las mujeres que presenten alguna novedad.
- Diseño de un proceso de certificación de la calidad en la atención materna de las IPS que prestan estos servicios.

Los entrevistados también señalan algunos aspectos que han limitado el desarrollo efectivo de esta política; entre éstos se encuentran:

- Falta mayor liderazgo de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.
- Falta de mejoramiento en la infraestructura de la red de prestación de servicios de las EPS privadas, cuya estructura de dirección administrativa está centralizada en Bogotá.
- Falta de compromiso en algunas instituciones con la estrategia de maternidad segura.



- La inasistencia de los obstetras a las capacitaciones programadas, lo cual está relacionado con las bajas condiciones laborales.
- Falta de una red de apoyo para adolescentes y madres abandonadas.
- Faltan acciones para garantizar la captación temprana de embarazadas.

de las maternas y sus acompañantes, el cobro de cuotas moderadoras y copagos; el cobro de servicios a quienes no están identificadas en el Sisben, a aquellas con patologías sobre-agregadas o que requieren interconsultas con obstetra o medicamentos específicos, etc.

La parte económica de las usuarias es un obstáculo. La mayoría son de la comuna nororiental, que tiene zonas muy deprimidas. Hay pacientes que sinceramente no tienen mil doscientos pesos para pagar el transporte y se tienen que venir a pie de esas partes altas de la montaña. (E03)

3.2. Aspectos relacionados con las condiciones de vida de las personas: barreras geográficas, económicas y sociopolíticas

3.2.1. Condiciones geográficas

Las condiciones de las vías y del transporte, y las distancias entre el lugar de vivienda de las maternas y las IPS a las cuales deben consultar, afectan la asistencia al control prenatal, la atención del parto y el acceso a los medicamentos, principalmente. Es común que las EPS establezcan contratos con IPS muy alejadas del sitio de residencia de las maternas.

Les autorizan la interconsulta con el especialista, pero ellas dicen: “eso es muy lejos y no tengo plata para los pasajes”. (M09)

3.2.3. Sociopolíticas

Los problemas de orden público, donde predominan los enfrentamientos de los diferentes grupos armados en los barrios, afectan la accesibilidad de las maternas a los servicios de salud.

En las veredas más lejanas sólo hay transporte los días festivos, en semana no; entonces, le toca a las pacientes caminar para poder llegar al centro de salud. Yo hice el rural en Palmitas, y cuando llegaban maternas allá no contábamos con médico las 24 horas, era yo sola, entonces tenía que remitirlas a San Cristóbal. (E10)

Muchas maternas llegan en expulsivo y complicadas y como en el primer nivel no contamos con especialista, hay que mandarlas urgentemente desde el Centro de Salud, ubicado en la parte alta de la montaña, al Hospital San Vicente de Paúl. (M09)

3.2.2. Económicas

Existen dificultades económicas para asumir los gastos de desplazamiento y manutención

Hay pérdida de pacientes últimamente porque ya se ha dañado mucho el orden público allá. Yo tengo la base de datos y sé qué maternas deben venir a control; cuando faltan, yo las llamo y les pregunto por qué no vinieron, y me dicen: “no doctora yo por allá no voy, porque por allá están dando mucha bala”. Eso ha hecho que algunas maternas no consulten o que me digan: “doctora: mi esposo es reinsertado, yo no puedo volver a Santo Domingo, nosotros nos volvemos para el pueblo o nos cambiamos de barrio”. (M09)

Para obviar algunos de estos problemas y facilitar el acceso, algunas instituciones aplican o tienen planeadas estrategias como: a) la ruta de transporte para las maternas; b) el eximir de cuotas moderadoras; c) otorgar

a las maternas el valor de los pasajes, en algunos casos; d) georreferenciación de las maternas; e) impulsar un modelo de salud familiar que incluya el control prenatal domiciliario y que integre a los líderes comunitarios para facilitar la detección temprana de riesgos y la integralidad de la atención.

4. Discusión

Las políticas nacionales e internacionales ilustran la importancia que se ha dado a la salud materna; sin embargo, la puesta en marcha de estas directrices deja vacíos. En el caso colombiano, la Ley 100 de 1993 estableció el aseguramiento como medio para garantizar acceso a los servicios; cambió el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda; aumentó la privatización, entraron al mercado de la salud grandes capitales y compañías aseguradoras en salud privadas, nacionales e internacionales; impulsó los mecanismos de mercado y competencia entre instituciones públicas y privadas y estimuló la generación de mecanismos de eficiencia y rentabilidad financiera en el negocio de la salud. A pesar de dichas políticas, los hallazgos de este estudio señalan las dificultades que enfrentan día a día las maternas para acceder a los servicios, en aspectos relacionados con el aseguramiento como las inconsistencias de las bases de datos o los cambios de vinculación causados por la dinámica empleo-desempleo. Igualmente, en el mercado de servicios con ánimo de lucro, las acciones de promoción de la salud, la prevención y el manejo de riesgos no están en la agenda de prioridades de las instituciones aseguradoras o prestadoras, dado que los beneficios económicos que se podrían obtener de dichas acciones no se dan en el corto plazo, lo cual no resulta atractivo para estos actores. Esto también ha sido documentado en otros estudios (34, 35). Llama la atención que a pesar de que la Constitución

Política de 1991 y la normatividad vigente exigen la atención prioritaria y obligatoria a la niñez, se esté demandando y anteponiendo la afiliación como condición indispensable para atender a los recién nacidos.

Los hallazgos también sugieren que las maternas tienen dificultad para acceder a los servicios de salud en general, y en particular al control prenatal, debido a los problemas que se presentan en los procesos de contratación de servicios, y deben superar barreras de diversos tipos: geográficas, culturales, económicas, sociopolíticas y de información sobre sus derechos y deberes. Las relaciones entre las entidades encargadas del aseguramiento, por un lado, y aquellas responsables del plan de beneficios, por el otro, están en permanente tensión por la confrontación de intereses en la contratación de servicios, lo que dificulta el acceso a la atención (36). Estos aspectos se ubican en diferentes dimensiones de la accesibilidad y del acceso que definió el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU (1) así como otros autores (25, 26).

El SGSSS (Ley 100 de 1993) también introdujo mecanismos de mercado y competencia entre las instituciones públicas y privadas, competencia que se ha basado, fundamentalmente, en precios. Así, las aseguradoras buscan contratar servicios al más bajo costo posible, y dejan en segundo plano la garantía de calidad y acceso.

Todo ser humano merece nacer en condiciones seguras, para lo cual el Estado y la sociedad en su conjunto deben rodear y proteger a la mujer en todo su proceso reproductivo, especialmente en la gestación, el parto y el posparto, así como al bebé. De esta manera, la atención materna y perinatal tiene la categoría de *bien preferente y meritorio* (29) en salud y tiene un rol relevante en el desarrollo humano y social.



Sin embargo, los hallazgos sugieren que la atención materna no ha logrado posicionarse como bien preferente y meritorio y no se está garantizando el acceso a los servicios ni la calidad de los mismos, dado que los mecanismos del mercado –competitivo y lucrativo– se contraponen con los principios, los derechos y los deberes establecidos en la Constitución Política de Colombia 1991 (37, 38). Es poco probable que con la estructura y funcionamiento actual del SGSSS, donde predominan la competencia y el ánimo de lucro de los actores, se superen las barreras de acceso y se logre un impacto positivo en la salud materna y neonatal (25).

5. Conclusiones

- La forma como se desarrolla el libre mercado y la competencia del aseguramiento y la prestación de servicios de salud en el SGSSS, la posición dominante de las EAPB, especialmente las aseguradoras privadas, y las tensiones interinstitucionales en el proceso de contratación de servicios afectan negativamente la atención materna, a pesar de las políticas y las estrategias puestas en marcha para mejorar la salud materno-infantil.
- Si bien el aseguramiento al SGSSS es condición para acceder a los servicios de salud, el estar afiliado no garantiza el acceso a los servicios.
- 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.
- Las diferentes instituciones han puesto en marcha acciones para mejorar la atención obstétrica y disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal; sin embargo, aún falta tiempo y sostenibilidad en dichas acciones para visualizar

su impacto positivo en la salud materno-infantil.

Agradecimientos

Agradecemos a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por el apoyo académico y financiero para llevar a cabo este proyecto, así como a los profesionales de la salud y a las maternas que aportaron sus puntos de vista en las entrevistas y grupos focales; e igualmente al Club de Rotarios Medellín por el apoyo financiero para la pasantía de la estudiante Alina Shaw del Clermont College-USA.

Referencias bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [sitio en internet] [acceso: agosto 28 de 2009]. Consultado en: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Unión Soviética, septiembre 6-12 de 1978.
3. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14 [sitio en internet]. 2000 [acceso: agosto 28 de 2009]. Consultado en: http://www.amdh.org.mx/mujeres/menu_superior/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf
4. OMS. Contribución de la OMS al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Consejo Ejecutivo, 11ª reunión, EB111/3 [sitio en internet] 2002 [acceso: agosto 28 de 2009]. Consultado en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1113.pdf
5. Conpes Social 91. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015 [sitio en internet] 2005 [acceso: agosto 28 de 2009]. Consultado en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/Subdireccion_Conpes/Social091.pdf
6. Grupo de Economía de la salud, Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia. Cobertura del seguro en Colombia. Observatorio de la Seguridad Social en Salud. 2001; (1): 2.

7. Colombia, Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1: antecedentes y resultados. Bogotá; 1994. p. 6.
8. Torres Y, Montoya L, Cuartas J, Osorio G. Factores asociados a mortalidad materna - Estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. *Rev CES Med.* 2005; 19(2):19-45.
9. Quintero A. La mortalidad materna como indicador de impacto de la política sanitaria en Colombia. 1985-2002 [tesis de Magíster en Epidemiología]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2005.
10. Colombia, Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social. Bogotá: El Congreso; 1993.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Anuario Estadístico de América Latina y del Caribe [sitio en internet] [acceso: 10 de marzo de 2010]. Consultado en: http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp
12. Fino E. Mortalidad relacionada con el embarazo, Colombia, 1985-2005: Orinoquia, Amazonia y Choco (tesis de especialización en Epidemiología). Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2007.
13. Pazmiño S, Guzmán N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2009; 69(1):12-8.
14. Cuartas JD, Mesa CM, Ochoa G, Torres Y, Osorio JJ. Factores asociados a mortalidad materna Medellín 2001-2003. Instituto de Ciencias de la Salud Medellín. 2005; 19(2):19-45.
15. Gálvez ML. Mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del hospital Simón Bolívar (Colombia) 2004-2006. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2009; 60(2): 152-8.
16. Quintero A. Otro enfoque a la mortalidad materna. Más allá de la calidad de la atención. *Debates.* 2008 enero-abril; (49): 80-8.
17. Colombia, Departamento de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia [sitio en internet] [acceso: 15 de marzo de 2005]. Consultado en: <http://www.dssa.gov.co/htm/index.htm>.
18. Colombia, Departamento de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso. Medellín; 2007.
19. Colombia, Alcaldía de Medellín, Secretaria de Salud. Situación de salud. Indicadores básicos 2005. Medellín; 2006.
20. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política de la salud sexual y reproductiva. Bogotá; 2003.
21. Colombia, Ministerio de Salud. Municipio centinela: evaluación de la implementación del Sistema General de Seguridad en Salud. 1997-1999. Bogotá: Ministerio de Salud; 2001.
22. Silva L, Herrera V, Agudelo C. Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud en siete municipios colombianos. *Revista de Salud Pública.* 2002; 4(1):1-20.
23. Molina G, Rodríguez C. Características de la descentralización en salud en tres municipios: Itagüí, La Ceja y Balboa. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2002; 20(2): 7-22.
24. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México.* 1985; 27(5): 438-53.
25. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. 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.
26. Restrepo J, Echeverri M, Vásquez J, Rodríguez 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.
27. Colombia, Defensoría del Pueblo. El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2003.
28. Defensoría del Pueblo. Derecho a la salud. Serie Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2004.
29. García J, Caicedo B. La dimensión económica y política de los servicios de salud: un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública.* 2002; 20:117-33.
30. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. Madrid: Paidós; 1992.
31. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
32. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park: Sage; 1990.
33. Miles MB, Huberman AM. Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. Second Edition. Thousand Oaks: Sage; 1994
34. Vargas J, Molina G. Calidad de los servicios y su relación con las decisiones en la atención en salud. En; Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. 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. p. 77-90.
35. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam de Salud Pública*. 2008; 24(3): 210-6.
36. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud: sus limitaciones y consecuencias. En Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. *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. p. 61-76.
37. Colombia. Constitución Política de 1991.
38. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008.