

Uso de servicios de salud

DE USUARIAS CON COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO EN BOGOTÁ*

Amparo Hernández Bello, Beatriz Cantor Molina y Román Vega Romero**

Resumen

Este estudio tuvo como objeto describir el acceso y uso de servicios médicos por parte de la población de usuarias de cuatro localidades de Bogotá que tuvieron complicaciones hipertensivas del embarazo durante el año 2000. A partir de la definición del resultado de la atención médica para una condición trazadora, se hizo un seguimiento del proceso de acceso y uso de los servicios entregados por la red pública, mediante una metodología basada en la revisión de historias clínicas y análisis cuantitativos, complementada con evidencias cualitativas.

Los resultados del análisis descriptivo no mostraron diferencias en el nivel de uso entre grupos de usuarias por localidad o aseguramiento, pero las evidencias cualitativas sugieren la existencia de barreras de información, trámites y costo de los servicios para el acceso. A partir de los hallazgos, se discute la utilidad del método propuesto y se formulan recomendaciones.

Palabras clave: acceso a la atención de salud, equidad en el acceso, equidad en el estado de salud, toxemias del embarazo, utilización.

Abstract

This study's object is to describe the access and use of medical services of a population of users from four localities of Bogotá, which had hypertensive complications of the pregnancies during the year 2000. From the definition of the medical attention results for a tracing condition, a follow-up was made of the access and use of the services provided by the public network, through a methodology based on the revision of the clinical records and quantitative analysis, complemented by qualitative evidence.

The results of the descriptive analysis did not show differences in levels of use by user groups according to locality or securing, but the qualitative evidence suggest the existence of information, proceedings and cost barriers to the access to the service. From the findings, the usefulness of the proposed method is discussed and recommendations are formulated.

Key Words: access to health provision, equity in the access, equity in the health state, toxemias of the pregnancy, use.

* Este artículo es el resumen del tercer subproyecto de la investigación "Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del Sisben sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda de Bogotá". Estudio

cofinanciado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, el Hospital del Sur-ESE y la Pontificia Universidad Javeriana.

** Los autores expresan su agradecimiento a la Secretaría Distrital de Salud a la Red de Hospitales del Sur occidente de Bogotá y a la Pontificia



Introducción

Uno de los mayores retos de los sistemas de salud en el mundo actual es el de garantizar la equidad en el acceso y uso de servicios de salud, particularmente en países con altos niveles de pobreza y desigualdad de ingresos en los que grandes grupos de la población no pueden hacer uso de los servicios por barreras de orden económico, social, cultural o funcional.

Aunque existen distintas interpretaciones sobre el tema del acceso y sobre las aproximaciones para su medición, parece haber acuerdo en concebirlo como un proceso de interacción entre usuarios y servicios, orientado a permitir que quien tiene una necesidad de atención reciba el servicio; una relación funcional en doble vía en la que están inmersas características de la población, de los servicios y de las relaciones que entre ellos se establecen, las cuales determinan la necesidad de atención y posibilitan y predisponen al uso (Aday, Andersen, 1983)

Desde el punto de vista metodológico, en la mayoría de estudios nacionales, transnacionales o locales, la variable dependiente es el uso de servicios y las variables independientes se agrupan en categorías geográficas, culturales, económicas, funcionales y de información. El bajo uso en caso de necesidad se interpreta como evidencia de la existencia de barreras, en tanto, cuando el

uso es apropiado o alto, puede hablarse de factores que promueven el acceso. El reto más importante es la definición de criterios y medidas para juzgar un factor como favorecedor o limitante de las distintas relaciones entre usuarios y servicios, en consonancia con el modelo teórico propuesto.

La importancia de los estudios sobre acceso radica en que permite apoyar la toma de decisiones políticas tendientes a garantizar que los usuarios satisfagan sus necesidades y que los sistemas de provisión de servicios cumplan su misión.

La investigación sobre el tema en Colombia es poca. La mayoría (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 1991; Oróstegui, 1991) ha centrado su atención en la cobertura como medida de los progresos en materia de equidad e incluso se ha reducido a la mera disponibilidad de servicios. Sin embargo, falla en reconocer que estas medidas son insuficientes para mostrar si quienes requieren atención pueden hacer uso efectivo de los servicios, si éstos están disponibles y cuáles son las barreras para acceder a ellos.

Experiencias más recientes (Hernández, Eslava et al., 1999; Eslava, Hernández, Ruiz *et al.*, 2000) han trabajado en el nuevo diseño organizacional del sistema de salud en el que el aseguramiento se constituye como el principal mecanismo para eliminar las tradicionales barreras económicas al acce-

Universidad Javeriana por su apoyo financiero a este proyecto. También a las personas que con su participación lo hicieron posible, en especial a las mujeres que sufrieron complicaciones durante su embarazo y aceptaron la entrevista, a los profesionales de las instituciones que participaron del grupo focal, a los coordinadores de los sistemas de información de la Red de Hospitales del Sur occidente, particularmente la colaboración de Patricia Ríos y Elsa Aydeé González del Hospital del Sur, a los gerentes y demás directivas de los hospitales,

a la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, a la doctora María Nelsy Rodríguez por su ayuda en la estimación de la muestra y a Alejandro Perdomo por su asistencia en la investigación.

Nuestra gratitud también a los líderes comunitarios de las cuatro localidades objeto de estudio, a los demás investigadores del proyecto marco y a los profesores de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social de la Universidad Javeriana.



so, sin adentrarse en la medición de desigualdades, pero buscando factores explicativos de las diferencias entre grupos. Otros trabajos (Martínez, Agudelo, Rodríguez, 2001; Málaga, Latorre *et al.*, 2000) se han orientado a la medición del efecto del proceso político de toma de decisiones en el sector, con los hallazgos en materia de equidad en la salud o en la prestación de servicios de salud a la población desde distintas posiciones y con diversos resultados (Málaga, Latorre *et al.*, 2000).

Lo cierto es que se ha demostrado que la principal razón de no uso de servicios sigue siendo hoy, como en el pasado, la incapacidad de sufragar su costo (Velandia, Ardón, Jara, 2001; Céspedes *et al.*, 1998). Incluso para algunos investigadores nuevos obstáculos como la falta de información y el exceso de trámites son factores importantes para explicar el bajo uso en la población afiliada (Céspedes, Almeida *et al.* 2000).

Tal parece que los modernos mecanismos de aseguramiento basados en el subsidio a la demanda no han podido eliminar las barreras para el acceso a los servicios y, por el contrario, se han profundizado las inequidades, sobre todo por parte de los segmentos más pobres de la población. Esto apunta a centrar la atención sobre la política de focalización y su instrumento de aplicación el Sisben (CID, Universidad Nacional, 2001; Plaza, Barona, 1999). Luego de ocho años de plena puesta en marcha del actual sistema, existen razones bien fundadas para pensar que la focalización de subsidios tiene efectos de exclusión sobre amplios grupos de la población comprometiendo seriamente el objetivo de la equidad (Hernández, Vega, 2001).

No obstante la creciente importancia que en la última década han tenido los estudios de acceso para monitorear los avances en materia de equidad en los sistemas de salud, la

investigación en el campo es aún escasa en el país, particularmente en el terreno de la evaluación de políticas. Por ello, este estudio constituye un aporte a este ejercicio y tuvo como objetivo principal analizar el acceso y uso de servicios médicos durante el año 2000 por parte de usuarias vinculadas y subsidiadas con complicaciones hipertensivas del embarazo de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda de Bogotá. Esto se hizo a partir de la caracterización de la población en estudio según variables demográficas, geográficas, socio económicas y de aseguramiento; la descripción del acceso y uso de servicios médicos, preventivos y curativos y el gasto por servicios, así como la discusión sobre las principales barreras para la utilización.

1. Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el que se examinó el acceso y uso de servicios médicos durante el 2000 por parte de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo de las localidades en estudio. Se utilizó un enfoque metodológico basado en el análisis del acceso a la atención médica, a partir de la definición de una condición trazadora y la realización de grupos focales con profesionales de la salud y entrevistas con usuarias sobre barreras al acceso.

Para la determinación de las complicaciones hipertensivas del embarazo como condición trazadora, se siguió el método propuesto por Kessner (Kessner, Kalk, Singer, 1992) según el cual es posible evaluar funciones de un sistema de atención en salud a partir de la escogencia de problemas y de la medición tanto del proceso como de sus resultados. Para ello se llevó a cabo un proceso de consulta con las unidades de epidemiología y representantes de los servicios de salud de



la red de hospitales del sur occidente de Bogotá, tendiente a la definición sobre los problemas prioritarios que podrían ser considerados como trazadores. Se acordó incluir un trazador de cuidados secundarios para ser aplicado a una muestra de historias clínicas, dadas las restricciones en datos actualizados sobre el contexto demográfico y socioeconómico de la población y las limitaciones de información en los servicios sobre otro tipo de patologías.

En tanto constituye uno de los más importantes eventos responsable de la mortalidad materna, sobre el que recae la atención de las políticas de salud en la actualidad (Secretaría Distrital de Salud, 2001) se seleccionó como trazador la atención de las complicaciones hipertensivas del embarazo (o toxemias del embarazo): pre eclampsia leve y grave, eclampsia y, pre eclampsia o eclampsia sobre agregadas a hipertensión.

El universo de estudio lo constituyó la población de usuarias de los servicios de salud, aseguradas y no aseguradas, de las

localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda que consultaron por complicaciones hipertensivas del embarazo durante el año 2000, del que se tomó una muestra no probabilística, teniendo como supuestos: un porcentaje mínimo de presentación de caso de 6%, una confiabilidad de la muestra del 95% y una amplitud del intervalo en la estimación de la prevalencia de casos del 5%, para un total de la muestra de 88 casos (Cuadro 1).

La información se obtuvo a partir de un formato de inspección de fuentes primarias correspondientes a las historias clínicas, registros de facturación y fichas socio económicas de trabajo social, y fuentes secundarias representadas en el Registro Integral de Atención (RAI) de los servicios y los estudios epidemiológicos de la Secretaría Distrital de Salud. La información de las historias fue grabada y en los formatos se incluyó la transcripción sobre las características del proceso de atención.

Para profundizar en los factores condicionantes del acceso y uso se obtuvo informa-

Cuadro 1
Población y muestra de pacientes con complicaciones hipertensivas del embarazo en la Red de Hospitales del Sur occidente de Bogotá, año 2000

Tipo de Aseguramiento	Institución												Total	
	Bosa I		Bosa II		Fontibón		Kennedy I		Kennedy III		T. Galán ¹			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Contributivo	0	0,0	1	3,1	6	14,6	0	0,0	0	0,0	23	88,5	30	6,2
Subsidiado	4	7,7	0	0,0	2	4,9	0	0,0	57	18,3	1	3,8	64	13,2
Vinculado	48	92,3	31	96,9	33	80,5	23	100,0	252	81,0	0	0,0	387	79,8
Particular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	2	7,7	4	0,8
Total	52	10,7	32	6,6	41	8,4	23	4,7	311	64,1	26	5,4	485	100,0
Muestra	9		6		7		4		56		7		88	

1 Se trabajó con la información desagregada del Hospital de Sur en sus unidades de Kennedy I y Trinidad Galán dado que la fusión de los hospitales se produjo hasta septiembre de 2000 y los sistemas de información de ambas instituciones.

Fuente: Cálculo de los autores.



ción adicional mediante entrevista semi estructurada a nueve usuarias y la realización de un grupo focal con siete profesionales de salud de los servicios a cuyo cargo están el control prenatal y la atención de urgencias.

En las entrevistas, personales o telefónicas, se consultó a las usuarias sobre aspectos socioeconómicos, su experiencia durante la atención y la opinión sobre posibles barreras al uso como el pago por servicios, requisitos y el conocimiento de los servicios. La discusión con los participantes del grupo focal se hizo a partir de una guía de trabajo en la que se exploró la percepción de los profesionales sobre el trazador seleccionado, el conocimiento del protocolo de atención, la experiencia de la atención y las posibles barreras al acceso y uso como el pago por servicios, los requisitos para el servicio y la información que se ofrece a los usuarios sobre programas y horarios.

Se incluyeron variables de las características demográficas, socioeconómicas y geográficas como la distribución por edad de las usuarias, el tipo de aseguramiento, la localidad de residencia, el nivel de urbanización, el estado civil, la escolaridad y la ocupación, el uso de servicios preventivos y de hospitalización según protocolo de atención, la conducta seguida, el número y tipo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, la existencia de complicaciones y el pago por servicios y medicamentos.

De acuerdo con la metodología propuesta, se hizo un análisis de la información obtenida de la inspección de las historias mediante técnicas descriptivas sobre el uso de servicios preventivos y de hospitalización según aseguramiento y un análisis de barreras al acceso a partir de la información obtenida del trabajo con el grupo focal y las entrevistas.

2. Resultados

Se revisaron en total 78 historias clínicas de pacientes de las cuatro localidades atendidas en todos los niveles de la Red, equivalentes a cinco unidades de atención: Bosa I nivel, 6,4%, Bosa II nivel 5,1%, Fontibón 6,4%, Hospital del Sur 14,1% y Kennedy III nivel 67,9%.

2.1 Demografía y aspectos socioeconómicos

La distribución por rangos de edad muestra que más de la mitad de las pacientes se encuentra en las edades medidas de la vida, 55,1% entre los 20 y 35 años, aunque alrededor del 19% corresponde a mujeres menores de 18 años, lo que coincide con la historia natural de la enfermedad que compromete a mujeres en los extremos de la etapa reproductiva.

Según estado civil, una de las variables importantes en la determinación de riesgos, la mayoría de las mujeres son solteras, 35,9%, o vive en unión libre, 35%, y el porcentaje de casadas fue de apenas 16,7%. En 11,5% no se conoció estado civil.

De muy pocas historias se obtuvo información socioeconómica, la cual no aparece registrada en el sistema de información y se conoció en algunos casos por las fichas de control del embarazo o por entrevista. Solo en trece historias se indica el nivel educativo de la paciente y la ocupación en siete.

Del total de trece paciente alfabetas en que se registró escolaridad, seis tienen nivel de secundaria incompleta, cuatro de secundaria completa y tres nivel de primaria. Dos de ellas pertenecen al régimen subsidiado, nueve son vinculadas y en dos no se registró aseguramiento. En quienes se conoció so-



bre ocupación, la mayoría se dedica a oficios del hogar y a estudiar.

2.2 Aseguramiento

El 78,2% de la población es vinculada, 14,1% está afiliada al régimen subsidiado y en 6,4% no se encontró registro en la historia sobre tipo de vinculación con el sistema de seguridad social en salud (Cuadro 2). Del total de 61 pacientes vinculadas, en 13 se desconoce sobre encuesta Sisben, en 12 se mencionó el nivel y 36 fueron atendidas registrándose en la historia que no tenían encuesta.

Aunque 91% de las usuarias subsidiadas fue atendido en el Hospital de Kennedy, la institución de 3 nivel de la Red, apenas 27,3% reside en esa localidad; y del 68,9% de vinculadas atendidas en el hospital, solo 44,3% reside en Kennedy.

En once usuarias subsidiadas y doce vinculadas a las que se conoce se realizó encuesta Sisben, se indagó por el nivel en que fueron clasificadas; la mayoría de subsidiadas pertenecía a los niveles 1 y 2, en tanto el mayor porcentaje de vinculadas fue clasificado en el nivel 3. En 31 de las 49 pacientes vincula-

das en las que no se conoció encuesta se realizó clasificación socioeconómica para la atención. Cerca del 84% fue clasificado en el nivel 10, equivalente a usuario vinculado del nivel 3.

2.3 Uso de servicios de urgencias y hospitalización

Del total de historias revisadas, 67,9% de las pacientes fue atendido en el 3 nivel y 32,1% restante en alguno de los centros de 1 nivel de la Red. Siete historias corresponden a pacientes que consultaron al programa de control prenatal, un caso de consulta externa posparto y 70 historias de usuarias que consultaron los servicios de urgencias.

De las pacientes que ingresaron por urgencias, 63 fueron hospitalizadas: nueve subsidiadas, 53 vinculadas y una paciente indígena categorizada como grupo de atención especial. En todos los casos el diagnóstico de ingreso incluyó la sospecha de complicación hipertensiva del embarazo, encontrándose muy distintas referencias a la patología de ingreso, en su mayoría clasificadas como hipertensión inducida por el embarazo y, solo en los casos más graves, como eclampsia o inminencia de eclampsia.

Cuadro 2
Distribución de la población según localidad y aseguramiento

Localidad	Aseguramiento						Total	
	Subsidiado		Vinculado		Sin información			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bosa	3	25.0	13	21.3	0	0.0	16	20.5
Kennedy	4*	33.3	27	44.3	0	0.0	31	39.7
Fontibón	2	16.6	5	8.2	0	0.0	7	9.0
Puente Aranda	1	8.3	8	13.1	4	80.0	13	16.7
Otra	2	16.6	7	11.5	0	0.0	9	11.5
Sin información	0	0.0	1	1.6	1	20.0	2	2.6
Total	12	15.3	61	78.2	5	6.4	78	100.0

* Incluye una paciente indígena clasificada como Grupo de Atención Especial.

Fuente: Cálculos de los autores.



El rango de estancia en hospitalización fue inferior a cuatro días en 82,5% de los 63 casos, entre cinco y nueve días en 11,1%, de diez a catorce días en 3,2% y superior a 20 y hasta 27 días en 3,2% restante.

A pesar de no acoger la clasificación vigente para el proceso de atención según los protocolos establecidos, a un alto porcentaje de las pacientes atendidas en urgencias, aún si no fueron hospitalizadas, se les realizó exámenes diagnósticos de los cuales aparece reporte o mención en la historia: 91% de las subsidiadas y 87,9% de las vinculadas (Cuadro 3).

En más del 80% de los casos los procedimientos diagnósticos tuvieron como mínimo el perfil indicado por el protocolo médico como "laboratorios para madre toxémica" que incluyen cuadro hemático, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, pruebas de coagulación y proteinuria, junto con la indicación de otros como ecografía y monitoreo fetal. En 36 de las pacientes, el diagnóstico de enfermedad hipertensiva que complica el embarazo se confirmó por alteraciones en los laboratorios y en doce casos se descartó su existencia.

En las mismas 62 pacientes a quienes se realizó procedimiento diagnóstico se indicó algún tipo de terapia para el tratamiento de la patología, incluyendo la atención del parto (Cuadro 3). En 48,4% se ordenó terapia antihipertensiva con o sin otro tratamiento

médico y atención del parto. En 24,2% se indicó cesárea y otro tratamiento médico distinto de la terapia antihipertensiva, en 22,6% la inducción o refuerzo y atención del parto sin mención de complicación hipertensiva y en 4,8% se ordenó tratamiento médico para otra patología.

A diferencia de lo que se encontró con los procedimientos diagnósticos, en el caso de los procedimientos terapéuticos la distribución según aseguramiento muestra que estos se indicaron al 81,8% de las pacientes subsidiadas y al 89,6% de las vinculadas.

Del total de 63 pacientes hospitalizadas, en 79,4% se atendió el parto en la institución, 48% por cesárea indicada por patología hipertensiva que complica el embarazo. El porcentaje de parto por cesárea fue proporcionalmente mucho mayor en las pacientes vinculadas 48,8%, que en las subsidiadas 27,3%.

Solo en cuatro casos, uno del I nivel y tres del III, se reportó alguna complicación por el proceso de atención distinta de las complicaciones propias de la historia natural de la enfermedad y en seis, las complicaciones fueron eclampsia con embarazo prematuro o muerte fetal. No se registró muerte de ninguna paciente de las historias revisadas.

Según los registros de egreso, se confirmó el diagnóstico en 45 de las pacientes que consultaron por urgencias, 29 de las cuales

Cuadro 3
Población según aseguramiento y realización de procedimientos

Realización procedimiento	Aseguramiento				Total	
	Subsidiado		Vinculado			
	No.	%	No.	%	No.	%
Procedimiento diagnóstico	11	90.9	51	87.9	62	88.6
Procedimiento terapéutico	10	81.8	52	89.6	62	88.6

Fuente: Cálculos de los autores.



estuvieron hospitalizadas. Sin embargo, en tres casos el diagnóstico de ingreso no se confirmó con paraclínicos y las pacientes no fueron tratadas. Dos reingresaron con cuadros de hipertensión y en un caso se produjo muerte fetal. En once casos de las pacientes hospitalizadas o que consultaron por urgencias se documentó enfermedad sobreagregada a la patología hipertensiva de la gestación.

De las once pacientes subsidiadas hospitalizadas, al 36,3% se le dio fórmula de medicamentos, 45,5% recibió recomendaciones sobre control por consulta externa y en un caso se solicitó procedimiento diagnóstico al egreso. Por su parte, de las 58 usuarias vinculadas hospitalizadas, al 50% se le formuló medicamentos al egreso, en 48,2% se recomendó control posterior y en 8,6% se solicitó procedimiento diagnóstico.

2.4 Uso de servicios preventivos.

Asistencia al programa de control prenatal

Siete del total de historias revisadas correspondieron a pacientes que consultaron al programa para control del embarazo, dos de ellas vinculadas y en siete no se registró aseguramiento. Seis fueron atendidas en alguna de las unidades que conforman el Hospital del Sur y el restante en el Hospital de Bosa 1 nivel. El promedio de asistencia al programa fue de 4.3 consultas. Solo en dos historias se verificó diligenciamiento del registro perinatal y de detección de factores de riesgo obligatorio (Ficha Clap).

A todas las pacientes del programa se les tomaron laboratorios de control prenatal (cuadro hemático, serología, hemoclasificación y toxoplasma) y se realizaron en promedio dos ecografías obstétricas. Tres fueron tratadas por enfermedad sobreagregada, en un caso se registra aplicación de vacunación y en todos se prescribieron multivitamínicos.

En cuatro de las siete historias se documentó remisión a una institución de 3 nivel (no se especifica) para la atención integral del embarazo y parto por complicaciones hipertensivas y alto riesgo obstétrico.

De las 71 pacientes que consultaron a los servicios por razón distinta al control prenatal, solo en 20 casos hay evidencia de consulta en el programa, 28,6%, en cuatro pacientes se confirmó la no asistencia y sobre 47 no se obtuvo información.

La distribución por aseguramiento muestra que la proporción de pacientes en quienes se confirmó la asistencia al programa es proporcionalmente mayor en vinculadas 31,0%, que en subsidiadas 18,2%, aunque baja en ambos grupos. El promedio de controles en el programa fue de 4.2, y según rangos 40% asistió entre una y tres veces a la consulta, otro 40% entre cuatro y seis veces, y 20% entre siete y nueve.

Como se aprecia en el Cuadro 4, en todos los casos en que se registró procedimiento diagnóstico se solicitaron exámenes de laboratorio de control prenatal y un promedio de 1.2 ecografías obstétricas por paciente. Solo en tres casos se reportó indicación de medicamentos y en ninguno ínter consulta.

En nueve de los veinte casos 45% del total, se menciona en la historia remisión de la unidad donde se realizó control prenatal a otra institución, cinco de los cuales se hizo al 3 nivel con diagnóstico de complicación hipertensiva del embarazo.

2.5 Barreras al acceso y uso de servicios.

Percepción de profesionales y usuarios

Como ya se mencionó, el acceso es un proceso de ajuste que depende de factores propios de la población, de la organización y entrega de los servicios y de las relaciones entre ellos. En la práctica, las característi-



Cuadro 4
Población según aspectos de la atención en el programa de control prenatal

Atención	Ficha Clap		Proced. diagn.		Proced. Terap.		Medicamentos		Interconsulta		Remisión	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	10	80.0	16	80.0	3	15.0	3	15.0	0	0.0	9	45.0
No	6	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	30.0	5	25.0
Sin información	4	20.0	4	20.0	17	85.0	17	85.0	14	70.0	6	30.0
Total	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0

Fuente: Cálculos de los autores.

cas socioeconómicas de la población, el conocimiento sobre sus derechos en el sistema, la distancia hasta los servicios, los horarios de atención y el proceso mismo de la atención definen las posibilidades de usar los servicios de salud. Por su parte, el conocimiento por parte de los profesionales de la forma como están organizados los servicios, de los derechos de los pacientes, del proceso administrativo y del proceso mismo de atención de la patología, así como su posición en las instituciones y en relación con los aseguradores, constituyen los principales factores implicados en el uso.

Vea, en general todo depende de si la persona está asegurada o no, claro que en este caso (el embarazo) la atención es gratis, entonces no debería haber problemas.

Con esta frase de un médico del I nivel inició la discusión indicando que las características de la atención varían de acuerdo con el tipo de usuario de que se trate y según los derechos de los pacientes contenidos en los planes de beneficios, más que las necesidades de servicios.

... es que con lo del Plan Obligatorio de Salud (POS), no se puede hacer por los pacientes todo lo que a uno le enseñaron para practicar la medicina. Claro está que nadie dice que eso no sea mejor que antes, lo que pasa es que dependiendo del problema uno no puede mandar sino una cantidad determinada de exámenes.

Sí, por ejemplo a las maternas se les tiene determinado el número de ecografías y de

controles de laboratorio durante el control prenatal... pero si llega a necesitar algo más que eso hay que pedir autorización especial en comité y la madre termina pagando por el examen o no haciéndoselo. Por ejemplo, con el médico son solo tres consultas.

O, como para las subsidiadas, que las Administradoras del Régimen Subdidiado (ARS), no contratan con el hospital la prueba de toxoplasma y no se le hace a menos que ella lo pague. No es que en la ARS no se le haga, sino que no se le hace en el hospital y la paciente puede ir a que se lo autoricen en otra parte.

Como lo expresan estas opiniones, hubo consenso en considerar que los contenidos de los planes de beneficios, en particular para los subsidiados, constituyen una limitación de la respuesta a los problemas de salud de la población y que su estrechez obliga a las pacientes a mayor gasto de bolsillo o a deserción de los tratamientos o del control médico. Se habló incluso de la existencia de planes y contratos para las vinculadas que aunque no han sido definidos como tal en la legislación, en la práctica operan como restricciones para los servicios que se prestan por la vía del subsidio a la oferta en la que el Fondo Financiero Distrital actúa como asegurador.

“Y encima de todo ahora le toca a uno llenar una cantidad de papeleo que le quita tiempo para la atención”. Se percibe que hoy el tiempo en consulta es menor que en el pasado, y además, los profesionales deben cumplir tareas administrativas y diligenciar gran cantidad de documentos durante la atención.



En el caso de las madres con enfermedad hipertensiva la opinión es que hay un sobre diagnóstico que se justifica por el temor a una complicación o la muerte, a pesar de que cuando se trata de un caso complicado o que por protocolo debe ser atendido en otro nivel, se deben justificar ampliamente las solicitudes de servicios adicionales a los contenidos en los planes, e incluso de hacerse en el I nivel esto significa una pérdida de recursos para la institución porque al I nivel no se le paga por intervenciones que deben hacerse en el segundo o tercero. “Las tarifas son muy distintas”. “No ve que existe lo de la atención integral del embarazo y si nosotros nos quedamos con la paciente no nos la van a pagar como en Kennedy”.

A veces uno se queda con la paciente en urgencias porque para colmo de males no encuentra como remitirla y en estos niveles no tenemos sulfato ni drogas para tratarlas y le toca al familiar comprarla, ...eso es porque hay que atender esos casos en el 3 nivel y todo está clasificado por nivel, las consultas y los laboratorios, ... lo que pasa es que la señora no se va porque si está mal no puede hacer lo que otras veces pasa en la consulta que firman y se van.

La percepción de los profesionales refuerza las hipótesis planteadas en otros estudios (Hernández, Eslava, 1999; Eslava, Hernández, Ruiz, *et al.* 2000; Martínez, Agudelo, Rodríguez, 2001; Céspedes, Almeida, *et al.* 2000) y son corroboradas por algunas de las pacientes entrevistadas quienes refirieron pago por servicios, por exámenes para clínicos y procedimientos diagnósticos como las ecografías, así como por medicamentos. Cuando el servicio no está disponible en la institución o debido a las largas colas y exceso de trámites, las usuarias demandan servicios en entidades privadas y de percibir que no hay indicación urgente no se los hacen. Los suplementos vitamínicos casi nunca están disponibles en las instituciones y se verificó que las usuarias no los compran.

A uno le toca madrugar para hacer la cola y a veces llega y le dicen que no hay o que no se van a hacer sino tantas y hasta ahí le llegó la voluntad para el examen. Si de pronto tengo, prefiero pagarle a una doctora que hay en el barrio que con ella me ha ido muy bien y es barata.

A mí hasta ahora me ha ido bien pero si me toca pagar ahí sí que veremos que pasa porque no tengo.

Los trámites, las colas, los horarios de atención y la demora para asignar cita para médico o examen fue mencionado por dos pacientes subsidiadas como una barrera adicional, lo que coincide con la percepción de los médicos y enfermeras para quienes los trámites son el principal problema, particularmente cuando media la relación con la ARS.

Se preguntó por la atención en el programa de control prenatal, cuyo uso es bajo según lo encontrado en la revisión de las historias, o por lo menos no se registra y no se siguen los procedimientos previstos como el diligenciamiento de la Ficha Clap.

Algunas usuarias dicen no asistir porque no conocen el programa. La mayoría de ellas consulta de urgencias al hospital por necesidades durante el embarazo o al momento del parto. En este aspecto hay una brecha con la opinión de los médicos y enfermeras responsables del control de embarazo quienes aducen que el programa lo conoce todo el mundo, sobre todo por ser gratuito, pero que las mujeres no asisten por razones culturales más que por razones de otro orden.

“... Por pereza.... aunque también puede ser que sean nuevas en la ciudad o en la zona y no sepan como manejar los hospitales. Pero, es que ya todo el mundo sabe que el embarazo hay que controlarlo”.

Se admite sin embargo, que lo reportado de restricciones en el “paquete”, trámites, colas y costo pueden actuar como barreras también para este servicio, y se reconoce que



pueden fallar los procesos de difusión, fundamentalmente lo que atañe al papel que desempeñan las promotoras de salud, quienes son las encargadas de clasificar a las pacientes a su ingreso al servicio y de informar sobre los servicios a que tienen derecho según su nivel de aseguramiento.

Se ha documentado (Hernández, Eslava et al., 1999; Eslava, Hernández, Ruiz *et al.*, 2000) que el trato por parte del personal científico y académico constituye un factor importante en relación con el acceso a los servicios. Ocho de las nueve pacientes entrevistadas estuvieron hospitalizadas en el III nivel, y aunque solo dos asistieron a la consulta en el programa de control prenatal, la satisfacción con la forma de trato de los profesionales es muy alta, teniendo en cuenta que en todos los casos se resolvió satisfactoriamente la enfermedad.

Un hallazgo importante de la información obtenida de estas fuentes es que no existen diferencias en cuanto al uso de servicios o en los factores que podrían actuar como barreras al acceso debidas al tipo de aseguramiento de la usuaria.

3. Discusión

En su versión inicial este proyecto se propuso analizar los efectos de la política de focalización de subsidios y del Sisben sobre la equidad en el acceso y uso de servicios médicos y el pago por servicios para condiciones trazadoras por parte de la población de las localidades de la Red de Hospitales del Suroriente de Bogotá, y se planteó como un análisis de desigualdades entre grupos de la población según aseguramiento. La propuesta teórica y metodológica fue aprobada sobre la base de que la información para su desarrollo estaría disponible, estimando un tiempo de ejecución de seis meses.

Dado que el estudio se previó como un insumo, fundamentalmente de carácter cuantitativo, para la evaluación general de la política de focalización prevista en el proyecto marco, y frente a las dificultades en la consecución de los registros de atención en las instituciones, la no disponibilidad de información epidemiológica actualizada de las localidades y la falta de correspondencia entre los cuadros clínicos y los diagnósticos, además de las limitaciones de tiempo, fue necesario redefinir el alcance del proyecto ajustando los objetivos y el método a la disponibilidad para la ejecución, que son los resultados presentados.

Se revisaron en total 78 historias de las 88 previstas en la muestra (88,6%) y fue necesario reemplazar 19 casos (24,4%) de los inicialmente seleccionados por la no disponibilidad de las historias en el centro de atención, error en la codificación del diagnóstico y no correspondencia con casos de estudio e información de la historia incompleta. En tanto se trata de una muestra no probabilística de la población, los resultados no pueden ser extrapolados al universo de las cuatro localidades y expresan la experiencia de los casos consultados.

Cerca del 80% de la población de la muestra es de usuarias vinculadas, lo que se explica por el hecho de que se incluyeron en el estudio solo instituciones públicas que son el referente para quienes deben ser atendidas con subsidios a la oferta y, aunque la red pública es sensiblemente más grande que la red privada y tiene contrato con la mayoría de las ARS, en muchas empresas que provienen de entidades que administran también régimen subsidiado como cajas de compensación y Empresas Promotoras de Salud, EPS, la red de servicios propia es cada vez mayor.

Desde el punto de vista socioeconómico, la información contenida en las historias y registros es insuficiente para caracterizar



la población y para establecer relaciones entre variables, siendo el sub registro cercano al 85%.

Una de las principales dificultades para evaluar el proceso de atención es la falta de consenso sobre la forma de clasificación de la enfermedad que permita, a partir del protocolo de atención definido para cada enfermedad, evaluarla existencia de diferencias en los tratamientos o procedimientos. Tal deficiencia se controló con el juicio médico de los revisores.

Cabe mencionar como un factor importante de los problemas en el diligenciamiento de la historia y en la clasificación de las patologías, el papel adjudicado por algunos profesionales a los estudiantes de las facultades de Medicina que realizan prácticas en los hospitales, lo cual es particularmente importante en el III nivel.

Las limitaciones en la información sobre el contexto, los problemas del sistema de información y del registro de pacientes, las deficiencias en la calidad de las historias y la falta de consenso en el uso de la codificación de las patologías, alertan sobre la utilidad de los métodos basados en fuentes secundarias como los registros médicos, que aunque han sido utilizados con éxito en otras experiencias, no parecen apropiados para la realidad de la ciudad. Por el contrario, la mayor riqueza de información se obtuvo de fuentes primarias. En este sentido, si bien es tradicional la investigación sobre acceso a partir de encuestas de hogares o individuos, no debe menospreciarse la importancia de las técnicas cualitativas cuyo uso es creciente en la experiencia mundial.

Por último, sobre el trazador, se cumplió con los criterios para su selección, y si bien se conoce que el costo de los servicios o la incapacidad de pago por parte de las pacientes no es una razón para el no uso de servicios, y en

ese sentido podría haberse elegido otra patología, no es menos importante el que se mencionara como una barrera de acceso. En futuros estudios es posible utilizar el método de trazadores pero se recomienda acudir a fuentes primarias para su evaluación.

Conclusiones

Se indagó diferencialmente según aseguramiento por el uso de servicios de urgencias y hospitalización y por el uso de servicios de control prenatal. Solo 42,3% de las pacientes que consultó los servicios de urgencias y hospitalización fue remitido de otro servicio o nivel y 36,4% acudió directamente al III nivel, porcentaje mucho mayor en vinculadas que en subsidiadas

Dado que el Hospital de Kennedy es el centro de referencia para la atención de patologías que requieren de manejo en el III nivel de atención, la mayor parte de los casos que no reside en la localidad y requirió manejo intrahospitalario fue atendido en esa institución, lo cual es coherente con lo definido en los protocolos de atención sobre la necesidad de servicios de alta complejidad.

En todos los registros, independientemente de la puerta de entrada a la institución, el diagnóstico de ingreso incluyó la sospecha de complicación hipertensiva del embarazo, aún cuando en pocos casos se hizo uso de la codificación que distingue las diferentes entidades patológicas previstas en la clasificación de enfermedades para Colombia, según grado de complicación y complejidad de la atención. A pesar de ello, puede decirse que en la mayor parte de los casos existe coherencia entre el cuadro clínico y la realización de procedimientos diagnósticos. En 87% de los casos, los procedimientos ordenados fueron como mínimo los laboratorios para clínicos recomendados para confirmar y seguir las complicaciones hipertensivas del



embarazo, y dependiendo de la gravedad del cuadro clínico, éstos se repitieron o se incluyeron procedimientos adicionales como la ecografía obstétrica y el monitoreo fetal. No se evidenciaron diferencias entre pacientes según aseguramiento.

A todas las pacientes a quienes se practicó procedimientos diagnósticos se indicó algún tipo de terapia para el manejo de la patología que incluyó la inducción y atención del parto o la cesárea con o sin tratamiento antihipertensivo y otro tipo de tratamiento médico en los casos de complicaciones de la evolución de la enfermedad. En cerca del 80% de las pacientes se atendió el parto en la institución, 48% de los casos por cesárea. El porcentaje de parto por cesárea fue proporcionalmente mucho menor en las subsidiadas que en las vinculadas, 27,3 y 48,8% respectivamente. El porcentaje de pacientes subsidiadas que recibió tratamiento médico adicional fue inferior al de vinculadas.

Según el diagnóstico de egreso, solo en 45 de las pacientes se confirmó la enfermedad hipertensiva, lo cual podría explicarse de nuevo por el proceso administrativo en el que la codificación está a cargo de una persona distinta al especialista responsable.

Sobre el uso de servicios preventivos, siete historias del total correspondieron a pacientes que asistieron al programa de control prenatal y fueron remitidas posteriormente para la atención del parto al III nivel o se desconoce su evolución. El promedio de asistencia al programa de estas pacientes fue de 4.3 consultas, a todas se les tomaron los laboratorios básicos del control prenatal y el promedio de ecografía obstétrica por usuaria fue de dos. Aunque existe la indicación de diligenciar la ficha de registro de consulta y de detección de factores de riesgo (Ficha Clap), solo en dos casos ésta se re-

gistró y se pudo apreciar que en general la calidad de las historias es deficiente.

De las 70 usuarias que consultaron por el servicio de urgencias solo en 20, alrededor del 30%, se confirmó asistencia al programa de control prenatal, en su mayoría mujeres residentes en la localidad de Bosa y vinculadas; en 11 casos se menciona en la hoja de datos del recién nacido que la madre tuvo control pero no se mencionan más aspectos. El promedio de controles en el programa fue de 4.2, al 80% se le realizó procedimiento diagnóstico de rutina y el promedio de ecografías por usuaria fue de 1.2. En cinco usuarias la remisión al 3 nivel se hizo desde el control prenatal.

La revisión de los registros de facturación de las pacientes que consultaron por urgencias o estuvieron hospitalizadas no mostró evidencia de pago por servicios en consonancia con las normas vigentes sobre la gratuidad de la atención a la embarazada y durante el parto.

En aquellos casos en que se documentó bajo uso o menor acceso a procedimientos o medicamentos, éstos no mostraron diferencias importantes por aseguramiento o localidad y, por el contrario, se comportan de manera similar. Puede decirse incluso que no hay indicación de que la situación de las aseguradas sea mejor y en ambas poblaciones los trámites, el costo de los servicios y las restricciones de los mismos actúan como factores limitantes, tal y como se deduce de las percepciones de usuarias y profesionales.

El no haber documentado diferencias no implica que ellas no existan. Más bien orienta la atención a revisar si el método utilizado es apropiado para mostrarlas y a la formulación de recomendaciones para estudios posteriores.



Referencias

- Aday, L.A.; Andersen, R. 1983. "Exploring dimensions of access to medical care". *Health Serv Research*. 18(1): 49-74.
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, 2001. "Sisben: identificación y afiliación al régimen subsidiado". Universidad Nacional de Colombia. Programa de apoyo a la reforma - Ministerio de Salud. Borrador preliminar. Bogotá:
- Céspedes, J.E. *et al.*, 1998. "Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo sistema de seguridad social en salud en Colombia 1993-1997". Departamento Nacional de Planeación-Misión Social. Bogotá.
- Céspedes, J.E.; Almeida, C. *et al.*, 2000. "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en la utilización y acceso de servicios de salud". Programa Equity- oriented Health Policy Analysis in Latin America. Bogotá.
- Eslava, J.; Hernández, A.; Ruiz, F., *et al.*, 2000. "Acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisben de catorce localidades de Santa Fe de Bogotá". Convenio Universidad Javeriana - Secretaría Distrital de Salud. Bogotá.
- Hernández, A.; Eslava, J., *et al.*, 1999. "Acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel 3 de Sisben de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Suba, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Usaquén de Santa Fe de Bogotá, 1998". Convenio Secretaría Distrital de Salud-Universidad Javeriana. Bogotá.
- Hernández, A.; Vega, R., 2001. "El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión". En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1: 48-73.
- Kessner, D.; Kalk, C.; Singer, J., 1992. "Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores". En: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Publicación científica. Washington. OPS. N. 534. Pp. 555-563.
- Málaga, H.; Latorre, M.C.; Cárdenas, J.; Montiel, H.; Sampson, C.; De Taborda, M.C. *et al.*, 2000. "Equidad y reforma en salud en Colombia". En: *Revista de Salud Pública*; 2(3): 193-219.
- Martínez, P.; Agudelo, C.; Rodríguez, L., 2001. "Equidad en la política de reforma del sistema de salud". En: *Revista de Salud Pública*. 3(1): 13-39.
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 1991. "Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud 1986-1989". Bogotá.
- Oróstegui, M., *et al.*, 1991. "Situación de salud". En: *Estudio sectorial de salud. La salud en Colombia*. T. I. DNP-Ministerio de Salud. Bogotá: Pp. 253-267.
- Plaza; Barona, 1999. "Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano". Departamento Nacional de Planeación, Fundación Corona, Naadir. Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud, 2001. "Salud materna y perinatal". En: *Boletín de salud sexual y reproductiva*. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá.
- Velandia, F.; Ardón, N.; Jara, M.I., *et al.*, 2001. "Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia". En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1: 48-73.

