

Reconstrucción de los procesos de tutela en salud a partir de la percepción de los ciudadanos en el municipio de Medellín, Colombia 2002-2007.

Autores: Diego Gómez, Ruviela Paja, Paola Fernanda Noguera.

Resumen

Objetivo: Reconstruir los procesos de tutela en salud a partir de la percepción de los ciudadanos en el municipio de Medellín, 2002-2007 para determinar la eficacia del mecanismo de la tutela para proteger el derecho a la salud. **Material y métodos:** Es una investigación basada en entrevistas a 25 afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado de salud, que interpusieron tutela en ese período; el análisis de esa información sigue los cuatro procesos cognitivos propuestos por Janice Morse, comunes a todo enfoque cualitativo: comprender, sintetizar, teorizar y re-contextualizar. Los participantes se seleccionaron de la base de datos suministrada por la Personería de Medellín. **Resultados:** Según la base de datos quienes más utilizan la tutela son los afiliados al régimen contributivo, luego los del subsidiado y quienes menos lo hacen son los no asegurados. Las entrevistas muestran que las causas para solicitar tutela son la falta de recursos económicos y de oportunidad en la atención, la negación del servicio por falta de semanas cotizadas o de inclusión en el plan de beneficios cubierto por el seguro y, el aplazamiento o la provisión parcial de la atención solicitada; los ciudadanos despliegan en todo el proceso de tutela –antes, durante y después del fallo judicial- varias estrategias, que generalmente implican gasto de bolsillo, para resolver su necesidad en salud, y acuden como último recurso a este mecanismo; aunque la mayoría de decisiones judiciales son favorables y oportunas, frecuentemente no hay resolución total o satisfactoria de la necesidad en salud por falta de integralidad en la prestación del servicio o de incumplimiento de aseguradores y prestadores. **Conclusiones:** Aunque la tutela es valorada por los entrevistados como mecanismo eficaz de protección del derecho a la salud y prevalece una tendencia garantista de los jueces, aseguradores y prestadores en el sistema de salud retrasan y/o acatan parcialmente la decisión judicial; los ciudadanos no abusan de la tutela, recurren a ésta después de agotar otras posibilidades de resolución; es un mecanismo gratuito, de fácil acceso pero implica trámites costosos para el sistema judicial y regresivos para los usuarios, y su utilización por forma de adscripción al sistema de salud es inequitativa. Es necesario avanzar en propuestas de protección poblacional y exigibilidad colectiva del derecho a la salud que complementen el alcance individual de la tutela.

Palabras claves:

Acción de Tutela, Necesidad en Salud, Derecho a la Salud, Atención en Salud.

Reconstruction of the processes of writ in health, according to the perception of the citizens in the municipality of Medellin, Colombia 2002-2007

Abstract

Objective: To reconstruct the processes of writ in health, according to the perception of the citizens in the municipality of Medellin, 2002-2007, in order to determine what is the effectiveness of this mechanism to protect the right to the health. **Material and methods:** This is an investigation based on interviews to 25 members to the contributing and subsidized regimes of health, people who interposed writ in that period; the analysis of the information was made under the four cognitive processes proposed by Janice Morse, common to any qualitative inquiry: to comprehend, to synthesize, to theorize and re-contextualize. The participants were selected from a data base provided by Personeria of Medellín. **Results:** According to the data base, the members to the contributing regime are the group that uses more the writ, then we find the members of the subsidized one and the not-assured people are the group that use less the writ. The interviews show the causes to request for a writ are the lack of economic resources and an opportunity in the attention, the negation of the service owing to the lack of quoted weeks or inclusion in the plan of benefits covered by the insurance and, the postponement or the partial provision of the requested attention; the citizens use in all the process of writ - before, during and after the judicial failure - several strategies, that generally it implies a cost to solve their necessity of health, and they use this mechanism as the last resort; although the majority of judicial decisions are favorable and opportune, frequently there is not a total or satisfactory resolution of the necessity of health owing to the lack of integrality in the provision of the service or the breach of the insurers and providers. **Conclusions:** Although, the writ is valued by the interviewed people as an effective mechanism of protection of the right to the health and it prevails a guarantee tendency of the judges, insurers and providers in the health system, partially they delay and/or they accept the judicial decision; the citizens do not abuse the writ, they use it after they run out other possibilities of resolution; it is a gratuitous mechanism, with easy access but it implies expensive procedures to the judicial system and regressive proceedings for the users, and its use by form of joining to the health system is unequal. It is necessary to advance in proposals in population protection and collective demandability of the right to the health that complement the individual reach of the writ.

Key words:

Writ Action, Necessity of Health, Right to the Health, Health Attention.

Introducción

En Colombia la Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral -SGSSI-, contexto en que toma cuerpo el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, cuyo propósito es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población en todos los niveles de atención[1], mediante el aseguramiento en dos regímenes: el contributivo y el subsidiado: al primero, se afilian los asalariados y trabajadores independientes con capacidad de pago; al segundo, la población más pobre, con subsidio estatal y seleccionada por focalización; dicha afiliación se hace por intermedio de Empresas Promotoras de Salud -EPS- que actúan como aseguradores. Para las personas no afiliadas a ninguno de los regímenes --población pobre no asegurada-, los entes territoriales son los responsables de garantizarles la prestación de los servicios de salud[2].

El derecho a la salud en Colombia ha tenido desde la década del noventa cuando se reformaron la Constitución de la República, y el Sistema de Salud, el doble carácter de derecho fundamental otorgado, en forma limitada, por la primera y por la jurisprudencia emitida por los jueces que tutelan ese derecho y; también de derecho prestacional porque en el desarrollo normativo de la Ley 100 de 1993 ha prevalecido la concepción de la salud como un servicio público, expresamente delimitado en un Plan Obligatorio de Salud -POS-. Ese doble carácter genera conflicto porque, por un lado, la jurisprudencia ha venido construyendo en la práctica criterios de fundamentalidad del derecho a la salud y desbordando los límites de la Ley 100; por otro lado, los operadores del sistema de salud -aseguradores y prestadores- bien amparándose, o bien incumpliendo esos límites buscan contener costos y maximizar rentabilidad, desplegando estrategias para restringir o desestimular la utilización de servicios.

En ese contexto, los usuarios han recurrido crecientemente, desde la puesta en marcha de la reforma, y para obtener resolución de las necesidades de salud, a la exigibilidad jurídica del derecho a la salud, utilizando un mecanismo denominado acción de tutela, concebido en la Constitución de 1991, para la protección de los derechos fundamentales[3]. Aunque en la práctica ha primado la orientación garantista de los jueces, en los fallos emitidos, para obligar a los operadores del sistema a prestar servicios a los usuarios, esta investigación busca responder a la pregunta ¿Cuál es el proceso que siguen los ciudadanos cuando deciden utilizar la tutela para exigir el derecho a la salud?

Material y métodos

El tipo de estudio es cualitativo[4], por su pertinencia para describir desde la percepción y experiencia de los ciudadanos, todo el proceso de exigibilidad del derecho a la salud mediante

la acción de tutela. Se tomó como referencia una base de datos proporcionada por la Personería de Medellín, de allí se eligieron 25 personas, (15 del régimen contributivo y 10 del subsidiado) residentes en la ciudad, por muestreo teórico o intencionado, el cual permitió seleccionar aquellos entrevistados que en principio ampliaran el rango de heterogeneidad buscando la emergencia de nuevas categorías de análisis para orientar a su vez la indagación por nuevas experiencias.

Para la recolección de datos se realizaron 25 entrevistas semiestructuradas, grabadas previo consentimiento informado de todos los participantes; la entrevista se desarrolló de manera conversacional, incluyendo focos de atención que no se habían previsto y que resultaron relevantes. La forma de conducir el intercambio, a manera de diálogo, permitió que el participante no se sintiera tensionado ni acosado, o coartado para dar a conocer su perspectiva personal sobre dicho proceso.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó en el software ATLAS.ti siguiendo la propuesta de Janice Morse[5], quien plantea 4 procesos cognitivos de común aplicación para todos los enfoques cualitativos: comprender, sintetizar, teorizar y re-contextualizar. El primero se refiere al trabajo de campo y a la recolección de información; el segundo consiste en describir patrones, crear relaciones, descubrir y explicar variaciones en los datos; es resultado de la codificación y del análisis de contenido –las cuales transforman las entrevistas en descripción e interpretación- y ese proceso se imbrica con la teorización y re-contextualización porque va introduciendo reflexiones contextuales sobre los datos.

Resultados

Dentro del conjunto de resultados, se destaca el de la trayectoria: es una categoría que emerge del análisis de las entrevistas, involucra todo el proceso que siguen quienes interponen una tutela y tiene tres componentes: actores, rutas críticas y estrategias que convergen en la resolución de la necesidad en salud, por esa vía: los actores son del sistema de salud, del jurídico, de los organismos de control del Estado y, otros como familiares, amigos; las estrategias se despliegan antes, durante y después del fallo, y las rutas críticas son los pasos que el usuario tiene que recorrer hasta la resolución.

Las causas de la tutela

La trayectoria inicia con la causa que lleva al usuario a recurrir a la protección judicial, se destaca en ambos regímenes –subsidiado y contributivo- la falta de recursos económicos para costearse por sí mismos un tratamiento o procedimiento para resolver su necesidad en salud, así la tutela se interpone además para proteger el patrimonio de los usuarios, quienes

perciben gastos de bolsillo crecientes sin capacidad suficiente para cubrirlos y consideran tales erogaciones, responsabilidad de las instituciones de salud y del Estado. Otras causas son la falta de oportunidad en la prestación del servicio, la ineficacia del diagnóstico y/o de los tratamientos, el exceso de trámites dentro del SGSSS para obtener servicios, la no atención por falta de semanas cotizadas y, la solicitud de servicios no incluidos en el POS.

- La búsqueda de alternativas

La asesoría para interponer la tutela proviene principalmente de trabajadores de la salud, quienes tienen un mayor contacto con el usuario y conocen directamente la necesidad; también están familiares, amigos, abogados, y solo ocasionalmente responde a iniciativa propia, por el desconocimiento del mecanismo. Luego, el usuario se dirige a la Personería, cumple algunos requisitos -documentación- y el juez genera el fallo, que en todos los casos aquí estudiados fue a favor.

- Las estrategias

El ciudadano despliega diferentes estrategias para resolver su necesidad en salud en tres momentos: antes, durante y después del fallo; estos cursos de acción son los mismos para los afiliados a ambos regímenes –contributivo y subsidiado- y algunos se repiten en esos tres momentos.

Entre las estrategias más implementadas antes y durante el cumplimiento del fallo están el gasto de bolsillo para la búsqueda particular de servicios, ya sea porque la institución no responde ó existe desconfianza en el tratamiento brindado, o para evitar trámites y demoras en la atención; el exigir una resolución oportuna de la necesidad, ya sea de manera agresiva o acudiendo a una instancia superior dentro de las EPS; en ocasiones el usuario acude nuevamente al sistema judicial para informar el incumplimiento del fallo y que sea aquel quien lo exija.

Después del fallo, los usuarios, por falta de recursos económicos, deciden seguir esperando la atención médica, ó cuando no hay respuesta oportuna o integral de las instituciones de salud reinician nuevamente el proceso de acción de tutela; sin embargo cuando prevalecen trámites y barreras de atención, aún con un fallo a favor, se genera un desistimiento del proceso de atención en salud generando complicaciones, secuelas e incluso la muerte.

Cabe resaltar que todas estas estrategias se despliegan para evitar al máximo los trámites que se generan dentro del SGSSS y algunas veces del sistema judicial, con el fin de que no se prolongue el proceso de recuperación de salud.

Conclusiones

Las estrategias demuestran que la mayoría de los usuarios agotan todas las alternativas posibles para resolver su necesidad, antes de interponer la tutela; por tanto estos hallazgos

desvirtúan la afirmación reiterada de funcionarios gubernamentales y del SGSSS acerca del uso abusivo de la tutela.

Cuando 15 ciudadanos de 25 obtienen resolución parcial de su necesidad, aunque el fallo haya sido positivo, eso habla de la tendencia de las EPS a garantizar solo lo mínimo, privilegiando la contención de costos, evadiendo la acción de la justicia e ignorando las necesidades de los usuarios. Además sugiere que aunque la tutela haya cumplido un papel importante en la resolución de necesidades en salud, en el marco de la reforma, es insuficiente para garantizar atención integral o para resolver todos los componentes involucrados en el derecho a la salud. Por tanto, se requieren otros mecanismos de exigibilidad eficaces, colectivos y vinculantes de protección de ese derecho e; implantar un sistema de información que permita a usuarios y organismos de control del Estado identificar los atropellos generados por las instancias del SGSSS hacia los usuarios, promoviendo medidas punitivas como el cierre de EPS-.

Finalmente, este estudio cualitativo enriquece la comprensión del derecho con la visión de los usuarios y genera preguntas para otras investigaciones encaminadas en esa línea.

· La entrevista semi-estructurada se diseñó con un total de 9 preguntas que giraron alrededor de la siguiente temática: tipología del servicio por el cual se interpone la acción de tutela, fallo del juez, tiempo que demora la resolución de la necesidad en salud, estrategias utilizadas por los ciudadanos para la resolución de su necesidad en salud y resultados obtenidos en el proceso de tutela.

Referencias

- [1]. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C: El Ministerio; 1993.
- [2]. Cartilla de Seguridad Social y Pensiones, 2009. 16ª Legis. Bogotá; 2009.
- [3]. Barrieto J. Acción de Tutela. Teoría y Práctica. 2ª ed. Bogotá D.C: Legis Editores S.A; 1998.
- [4]. Taylor S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1992.
- [5]. Morse J. Asuntos Críticos en los métodos de la Investigación Cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.