

LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN LA LEY 100 DE 1993 (SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)

Leonardo Morales*

Resumen

La primera parte de este artículo consta de una exposición de un caso clínico donde, a través de la ejemplificación de las dificultades en la prestación de los diferentes servicios especializados en psiquiatría a un paciente perteneciente al régimen contributivo, se explica la cobertura en servicios en cuanto a hospitalización, medicamentos e intervención psicoterapéutica contemplados dentro del plan obligatorio de salud contributivo. En la segunda parte y con el mismo tratamiento se explican los alcances que en igual sentido tienen los beneficiarios del régimen subsidiado, al plantear de manera clara las mayores limitaciones impuestas en este subsistema con relación al régimen contributivo. Finalmente y a manera de conclusión, se plantea la necesidad de reglamentaciones más claras respecto a los derechos y deberes en atención a pacientes con trastornos mentales y a sus familiares, con el fin de corregir los errores generados por las múltiples y ambiguas interpretaciones a las que se presta la legislación actual.

Palabras clave: Salud mental, seguridad social.

Title: The Psychiatric Patients in the Law 100 of 1993 (General System of Social Security in Health).

Abstract

The first part of this article presents a clinical case of a patient belonging to the contribute regimen where the difficulties of the services specialized in psychiatry are portrayed as well as the coverage in hospitalization, medication and psychotherapeutic intervention contemplated in the Obligatory Contributive Health Plan (Plan Obligatorio de Salud Contributivo-POS). In the second part of the article and with the same treatment the reach that the beneficiaries of the subsidiary regime is explained, portraying in a clear manner the greatest limitations imposed in this subsystem in relation to the contributive system. Finally, and as a manner of conclusion, there is a clear need for the establishment of rules regarding the rights and responsibilities in the attention of mental disorder patients and their family which will correct the mistakes generated by the multiple and ambiguous interpretations of the present legislature.

Key words: Mental health, social security.

* Médico psiquiatra de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Introducción

En ciertos casos, las situaciones de salud dentro del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) son difíciles de comprender, mucho más si se trata de problemas de salud mental que requieren solución.

Por ello, de manera pedagógica hemos seleccionado dos casos típicos. Se han cambiado los nombres por obvias razones éticas, pero se ha mantenido presente la condición del paciente y su contexto.

CASO 1

Pedro es una persona de 22 años, de provincia y soltero; prestó el servicio militar, y luego se mudó solo a Bogotá para trabajar; en la ciudad mantiene una relación distante con una familiar lejana; tiene una habitación en arriendo, es solitario, y cuenta con pocos amigos.

Una empresa de vigilancia lo contrató, lleva tres años en ella, labora por turnos y regularmente se acuesta a altas horas de la noche y se levanta muy temprano. Desde hace dos años empezó a consumir *bazuco* y lo hace frecuentemente.

Asiste a consulta médica en su Entidad Promotora de Salud (EPS) “porque no puede dormir” y se siente nervioso; el médico conceptúa un insomnio primario y le inicia manejo con hidroxicina.

No obstante, Pedro atravesó un episodio de intenso estrés en su trabajo (un atraco), persiste el insomnio y la ansiedad, se siente diferente, días después aumenta el consumo de cocaína (veinte papeletas diarias), está irritable, dice que “nadie tiene por qué mandarlo pues él va a ser el dueño de la empresa”, golpea al supervisor y amenaza con matarlo. Se inmoviliza y sus compañeros lo desarman. Se solicitó un equipo de urgencias y éste lo traslada a la institución prestadora de servicios (IPS) donde tiene contrato su EPS. Se diagnostica un episodio maníaco y se hospitaliza por quince días en una unidad de salud mental.

Sale de la hospitalización formulando con moduladores del afecto y con controles por consulta externa, y se integra nuevamente a su trabajo. Un mes después, Pedro suspende la medicación, no asiste al control y reinicia nuevamente el consumo de psicodislépticos. Un mes más tarde ingresa nuevamente a una unidad de salud mental por cuadro maníaco; de ésta sale a los quince días para repetir la historia, pierde el trabajo, se suspende el pago a la EPS y un mes después presenta nuevamente cuadro psicótico que requiere hospitalización.

La EPS dice que no lo puede recibir porque no pagó el último mes. No es posible hospitalizarlo en una empresa social del Estado (ESE), pues aparece en la base de datos como

cotizante. El paciente está solo en Bogotá y no tiene capacidad de pago.

Se ha convertido en un adicto crítico de bazuco y la EPS dice que no cubre este tipo de tratamiento. Por otra parte, ya fue hospitalizado por la misma razón más de treinta días en el año y no tiene derecho a más tratamientos, según argumenta la EPS.

Preguntas:

1. ¿Qué tipo de trámites deben seguirse para que el paciente reciba la atención necesaria tanto en la urgencia como en la hospitalización?
2. Realmente, ¿el paciente tiene derecho de ser atendido nuevamente?
3. Conociendo el diagnóstico dual de Pedro, trastorno afectivo bipolar y farmacodependencia, ¿cuál sería la mejor opción de tratamiento?
4. ¿Qué tipo de acciones de carácter preventivo se pueden realizar de manera ambulatoria con el paciente y con su contexto?

Régimen contributivo en salud mental

La persona que se encuentra en el régimen contributivo aporta el 12% de su salario a la EPS (8% el trabajador y 4% la empresa), con lo cual

tiene derecho a la atención de urgencias desde el primer día (1).

El paciente puede ser atendido por un psiquiatra o psicólogo dentro de su IPS sólo después de que el médico general lo ha valorado y remitido. Si se declara que se encuentra en una crisis provocada por un trastorno mental, tiene derecho a psicoterapia individual de apoyo (durante treinta días), aunque se prefieren las terapias grupales –vale la pena recordar que se excluye el psicoanálisis y las terapias de sueño– (2).

Durante este período, y en el tratamiento ambulatorio, el paciente puede recibir la medicación que se encuentra en el listado de medicamentos del plan obligatorio de salud (POS).

Otros servicios asistenciales a los que tiene derecho son el soporte psicológico dentro del tratamiento a enfermedades médicas crónicas (siempre que éstas se encuentren en guías integrales de atención), la consulta externa por especialista y el hospital día (atención que se preferirá a la internación), sin que se especifique limitación alguna en tiempo para estas actividades.

En cuanto a las acciones de promoción y prevención, puede asistir a talleres y actividades sin costo alguno, de parte de su EPS o del plan de atención básica (PAB), que brinda el Estado colombiano a la comunidad.

Desde el punto de vista laboral, las administradoras de riesgos profesionales (ARP) se encuentran en la obligación de velar por las condiciones ocupacionales favorables dentro de las empresas que tienen aseguradas, ofreciendo capacitación, talleres y elementos de protección específica. Por otra parte, el comité paritario de salud ocupacional (conformado por miembros elegidos dentro de su entidad) puede ofrecer las recomendaciones para mejorar el ambiente de trabajo. Si se encuentra que los síntomas psicológicos o físicos que presenta la persona tienen como causa directa, ocurren con ocasión del trabajo (accidente de trabajo) o se derivan de la realización repetitiva de la labor asignada (enfermedad profesional), la ARP asumirá los montos económicos por la atención del paciente y una prima o pensión si esto le causa incapacidad de manera permanente.

Respuestas al caso 1

1. ¿Qué tipo de conducta debe seguirse para que el paciente reciba la atención necesaria tanto en la urgencia como en la hospitalización?

Por ser una urgencia, el paciente debe ser atendido de manera inmediata, sin importar el tipo de aseguramiento que tenga. El cobro del servicio por parte de la IPS se realizará posteriormente

a la EPS a la que el paciente se encuentra afiliado; pues aunque éste no haya cancelado el último mes, tiene derecho ser atendido por tres meses después de su retiro laboral.

2. Realmente, ¿el paciente tiene derecho de ser atendido nuevamente?

Sí. Dentro del POS contributivo de salud mental, el MAPIPOS dice que se tiene derecho a treinta días de atención en la fase crítica y en ningún lugar específica que deba ser una vez al año o algo parecido. Cuantas veces el paciente presente crisis, tiene derecho a ser atendido por este período. Algunas EPS han utilizado esta restricción, pero no tienen argumentos legales para hacerlo.

Para el caso específico de Pedro, es recomendable que se aconseje a su familia mantener al día los pagos y no perder su afiliación al régimen contributivo, aunque su vinculación continúe siendo como independiente.

3. Conociendo el diagnóstico dual de Pedro, trastorno afectivo bipolar y farmacodependencia, ¿cuál sería la mejor opción de tratamiento?

Seguramente después de la fase aguda, Pedro puede continuar su

tratamiento en un hospital día, el cual no presenta restricción en tiempo (3), e iniciar un programa de manejo para la farmacodependencia, ya que está muy relacionada con sus cuadros psicóticos. Si se realizan los trámites necesarios, la EPS puede llegar a cubrir este tratamiento (que no está excluido del POS).

4. ¿Qué tipo de acciones de carácter preventivo se pueden realizar de manera ambulatoria con el paciente y con su contexto?

Es muy importante poder trabajar en red y contactar a la familia de Pedro. Así las acciones de carácter preventivo serán más efectivas. Dentro del PAB existe la posibilidad de que el paciente y su familia participen en grupos conformados para el manejo de su patología, de su situación familiar y del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

CASO 2

Rosa es una mujer de 25 años que vive en la zona rural, estudió hasta décimo grado, tiene tres niños y fue abandonada por su compañero hace dos años, motivo por el cual se trasladó de ciudad y de departamento para buscar mejores condiciones de vida. Antes de hacerlo se le realizó la encuesta SISBEN, que la clasificó en nivel 4.

Actualmente trabaja en oficios domésticos, pero su empleo es inestable y está atravesando dificultades económicas. Además, vive hacinada con sus tres hijos donde una amiga, y en el pueblo en el que vive no tiene familiares.

Inicia un cuadro depresivo e intenta suicidarse, motivo por el cual es internada en el hospital local, donde tratan su cuadro clínico inicialmente y solicitan una remisión para continuar el tratamiento en una unidad de salud mental, dado su alto riesgo.

Existen algunas dificultades: Rosa no está afiliada al SGSSS, fue clasificada como de nivel 4 y no tiene capacidad de pago, sólo lleva dos meses en el departamento al que se trasladó y este ente territorial no quiere asumir los gastos. Por otra parte, el único hospital ESE que tiene el servicio de unidad de salud mental está sin cupos disponibles.

Preguntas:

1. ¿Qué derechos tiene esta mujer entendiendo que su situación es de urgencia?
2. ¿Quién debe autorizar la continuación del tratamiento, teniendo en cuenta que se encuentra fuera del sistema y supuestamente ella debería tener capacidad de pago?
3. ¿Cuáles son los programas de tratamiento ambulatorio a los

cuales tendría derecho si se lo grara ubicar dentro del régimen subsidiado?

4. ¿Qué medicamentos puede recibir que se encuentren en el POS subsidiado?
5. ¿Qué tipo de acciones de carácter preventivo y de manera ambulatoria se pueden realizar con la paciente y con sus allegados?

Régimen subsidiado en salud mental

Al igual que en cualquier situación de urgencia, la atención es obligatoria; pero obligatorio no significa gratuito. Una vez resuelta, el monto económico debe ser cubierto por una ARS, por los propios medios del paciente o por el ente territorial (cuando la persona es pobre y sin capacidad de pago, anteriormente llamados vinculados).

Para que la persona ingrese al régimen subsidiado debe haber sido evaluada con la encuesta SISBEN (que valora el nivel de pobreza), encontrarse en los niveles 1 o 2 y, posteriormente, haber sido incluida en una ARS de su territorio, a la que el ente territorial o autoridad en salud le entregó un dinero para la protección de la salud del afiliado, y con ello subsidiar la prestación de los servicios para esta persona.

Desgraciadamente, en el POS subsidiado sólo aparecen como actividades de salud mental la urgencia y

el traslado, que estarían cubiertos por éste. De esa manera, aparentemente quedarían sin protección los pacientes subsidiados en el campo de salud mental, y sería inequitativo que el POS contributivo tenga unos servicios y el POS subsidiado no, “como si hubiese pacientes de inferior categoría”; sin embargo, existe un artículo, que por su importancia se transcribe:

En la etapa de transición, mientras se unifican los contenidos del POSS con los del POS del Régimen Contributivo aquellos beneficiarios del Régimen Subsidiado que por sus condiciones de salud o necesidades de ayuda de diagnóstico y tratamiento requieran de servicios no incluidos en el POSS, tendrán prioridad para ser atendidos en forma obligatoria en las instituciones públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta. (4)

En virtud de esta norma, los pacientes del régimen subsidiado pueden estar cubiertos con sistemas de atención amplios e integrales, como es el caso en el Distrito Capital, en el cual la Secretaría de Salud de Bogotá tiene seis paquetes de atención con actividades más completas aun que en el régimen contributivo.

Las actividades de promoción y prevención son cubiertas por el PAB

(componente comunitario), y el monto que tenían destinadas las ARS para este mismo rubro fue reasignado al PAB y hoy se brinda como actividades de carácter individual y familiar (5). Es decir, existen recursos suficientes para la atención siempre y cuando los entes territoriales asuman las responsabilidades que les corresponden y se diseñen los programas adecuados para ello.

Respuestas al caso 2

1. ¿Qué derechos tiene esta mujer si se entiende que su situación es de urgencia?

Rosa es atendida independiente-mente de la capacidad de pago, pero posteriormente se buscará quien cancele el monto del servicio, ya que ella no tiene recursos económicos.

2. ¿Quién debe autorizar la continuación del tratamiento, teniendo en cuenta que se encuentra fuera del sistema y supuestamente ella debería tener capacidad de pago?

La situación de Rosa es compleja, puesto que su nivel 4 de SISBEN hace que no sea beneficiaria de los subsidios del Estado, pero en su situación actual es pobre, no tiene capacidad de pago y requiere internación.

Si se realizara un estudio socio-económico en esta situación de

urgencias, podría ser cubierta por el ente territorial (autoridad de salud de la zona) en que se encuentra; pero vive hace sólo dos meses en este departamento, por lo cual hay dificultades para que sea asumida por el ente territorial.

Por otra parte, el único sitio que la podría recibir (ESE) no tiene cupos disponibles, no existe más infraestructura en este departamento y los trabajadores de salud del sitio donde ella se encuentra tampoco tienen preparación para manejarla.

3. ¿Cuáles son los programas de tratamiento ambulatorio a los que tendría derecho si se logrará ubicar dentro del régimen subsidiado?

En este departamento, dentro del régimen subsidiado, no existe una infraestructura que contenga una red de programas de tratamiento ambulatorio.

4. ¿Qué medicamentos podría recibir que se encuentren en el POS subsidiado?

Este ente territorial no ha asumido su papel para que haya medicamentos disponibles dentro del régimen subsidiado.

5. ¿Qué tipo de acciones de carácter preventivo y ambulatorias se

pueden realizar con la paciente y su contexto?

Existe el PAB, pero en el ámbito rural las acciones de salud mental están poco desarrolladas y frecuentemente se encuentran desarticuladas de los tratamientos psiquiátricos.

A manera de conclusión

El campo de la salud mental quedó, de manera tácita, por no decir, casi excluida del actual SGSSS, y sólo resoluciones posteriores entraron a reglamentar este tipo de servicio; sin embargo, la legislación continúa siendo ambigua y dependiendo de la interpretación que realice un asegurador o un ente territorial, se desarrollan los servicios o se ofrecen programas integrales que cubran las necesidades complejas de la población.

Es necesario que se proponga una legislación capaz de mostrar de manera taxativa cómo desarrollar estos servicios y brindarlos en forma integral desde la prevención, la promoción y la atención a los pacientes, a las familias y a las comunidades.

Bibliografía

1. República de Colombia, Ley 100, artículos 159 y 168; Decreto 412 de 1992; Resolución 5261; circular externa 14 de 1995 de la Superintendencia de Salud, y Ley 10 de 1990, artículo 2.
2. República de Colombia, Resolución 5261, Manual de actividades y procedimientos del POS (MAPIPOS), artículo 18.
3. República de Colombia, Resolución 5261, Manual de actividades y procedimientos del POS (MAPIPOS), artículo 54.
4. República de Colombia, Acuerdo 72, CENSSS, 1997, artículo 4.
5. República de Colombia, Ley 715 de 2001, artículo 46.