

Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud:

Comportamiento y análisis de las peticiones, quejas y reclamos presentados por los usuarios del sistema de salud colombiano de carácter prioritario. Enero-septiembre de 2014

Adolfo León Varela Sánchez^I
Melissa Moreno Trillos^{II}

Resumen

La Superintendencia Nacional de Salud, en aras de mejorar la atención de los usuarios cuya vida se encuentre en riesgo y con fundamento en la facultad de instrucción contenida en el numeral 10 del artículo 18 del Decreto 2462 de 2013 (1), creó el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud, con el fin de dar prioridad en el trámite que siguen los pacientes que se encuentren en una situación o condición que ponga en peligro inminente sus vidas o su integridad y de esta manera otorgar soluciones prontas y efectivas.

Así mismo, este grupo efectúa una trazabilidad de las peticiones, quejas y reclamos (PQR) presentados, con el fin de detectar los principales problemas que afectan al Sistema de Seguridad Social en Salud. Con base en la información

analizada, despliega mecanismos y estrategias para remediarlos a través de las diferentes delegadas de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el presente artículo se dan a conocer los resultados y estadísticas exclusivos del Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud, resaltando la totalidad de PQR presentados mensualmente, discriminados por diferentes factores determinantes, para el análisis de las problemáticas que aquejan al Sistema de Salud en la actualidad.

Lo anterior, con el fin de encaminar los esfuerzos de la Superintendencia Nacional de Salud a la eliminación de las barreras que imponen las entidades administradoras de planes de beneficios en salud para el acceso a la salud.

Palabras clave

Usuarios, Sistema de Salud Colombiano (SGSSS), urgente, vida, PQR.

Introducción

La salud ha sido entendida como un derecho fundamental dado su carácter de esencial para la subsistencia humana; así fue recogido en la Declaración de los Derechos Humanos, en donde se reconoce que toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación

internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables para su dignidad y para el libre desarrollo de su personalidad (2).

Es de tal importancia lo dispuesto anteriormente que en el año 2000, tras el adelanto de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, 189 jefes de Estado del mundo firmaron la Declaración del Milenio, en la que se contenía como uno de los objetivos de desarrollo concertados, respecto de derechos humanos, democracia y buen gobierno, respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de Derechos.

El Estado colombiano presentó metas específicas para cada uno de los objetivos concertados en dicha cumbre y emitió el Conpes Social 91 del 14 de marzo de 2005 (3), el cual fue modificado por el Conpes 140 de 2011 (4), de donde se desprende que el mejoramiento del Sistema de Seguridad Social en Salud es considerado una prioridad.

El acceso de manera oportuna y con estándares de calidad a los servicios de salud por parte de los usuarios del sistema de seguridad social en Colombia ha sido uno de los focos de mayor atención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, que es la encargada de realizar la inspección, vigilancia y control de las entidades administradoras de planes de beneficios en salud, conforme emana del artículo

^I Abogado, egresado de la Universidad Católica de Colombia, especializado en la Universidad Externado de Colombia en Propiedad Industrial, Derechos de Autor y Nuevas Tecnologías y en Derecho de la Competencia y del Consumo. Superintendente Delegado para la Protección al Usuario. Superintendencia Nacional de Salud.

^{II} Abogada de la Universidad Externado de Colombia. Especialista en Derecho de la Competencia de la Pontificia Universidad Javeriana. Candidata a magíster en Derecho con Énfasis en Economía. Profesional especializado. Delegada para la Protección al Usuario. Superintendencia Nacional de Salud.

6° del Decreto 2462 de 2013 y del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011.

Dada la gran cantidad de PQR presentados ante la Superintendencia Nacional de Salud, se vio la necesidad de priorizar aquellas a las que se les deba dar trámite inmediato, en razón al estado en que se encuentra la vida del usuario y las posibles secuelas que se puedan generar si no se otorga una atención con prontitud.

Por lo anterior, mediante la Resolución 284 del 29 de enero de 2014(5), se creó el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud, con el fin de que una vez las PQR ingresen a la entidad, por cualquiera de los canales dispuestos para ello, ya sea vía telefónica, a través del chat, por escrito, web o personalizado, se efectúe una priorización en caso de determinar si existe una situación o condición que ponga en peligro inminente la vida o la integridad del usuario, y de esta manera se les dé trámite inmediato a aquellas que se encuentren ubicadas en esta categoría de urgencia.

Pero ¿qué se entiende como una circunstancia que ponga en peligro inminente la vida o la integridad del usuario?

Para entender el escenario de operación del Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud, se partirá por definir dicha concepción, para lo cual se pone de presente el concepto de urgencia desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo (España), según el cual

“Una urgencia ‘es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de la persona’. Aunque una definición que se acerca más a la mentalidad clínica de nuestro entorno nos la proporciona el concepto de urgencia sanitaria que se maneja en el marco conceptual del triaje estructurado: ‘es aquella situación clínica con capacidad de generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un

tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención en un corto periodo de tiempo” (6).

Esta caracterización es la que acogen los casos que son conocidos por este grupo interno de trabajo.

Este proceso de investigación tiene como fin la presentación de los resultados y estadísticas exclusivos del Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud, es decir, las reclamaciones realizadas por los usuarios del sistema de salud colombiano que fueron priorizadas en razón de su contenido de urgencia, desde la creación del grupo, en enero de 2014, hasta septiembre del mismo año, resaltando el número de PQR presentados por los usuarios mensualmente, su canal de entrada y una clasificación por macromotivos.

Una vez identificados los datos anteriores, se efectuará su revisión, con el fin de caracterizar las problemáticas presentadas en el sistema de salud colombiano y reconocer las circunstancias que llevan a que se presenten, con el fin de encaminar los esfuerzos de la Superintendencia Nacional de Salud a la eliminación de estas barreras que imponen las entidades administradoras de planes de beneficios en salud para el acceso a la salud.

Metodología

La información fue ingresada en el sistema de información de PQR de la Superintendencia Nacional de Salud y discriminada por el canal en que arribó a la entidad, por vía telefónica, a través de la página web, personalizado o por escrito.

Una vez se pone en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud la inconformidad por parte del usuario, se despliegan las acciones necesarias para superar dicha situación mediante requerimientos a las entidades administradoras de planes de beneficios en salud (en

adelante EAPBS), en uso de su facultad de instrucción, respecto de los aspectos sobre los cuales versen las peticiones, quejas o reclamos de los pacientes.

Del mismo modo, se hace un seguimiento constante a estas entidades en relación con las instrucciones impartidas de inmediato cumplimiento para superar este tipo de situaciones.

Posteriormente se efectúa un análisis global de las circunstancias que motivaron estas PQR, con el fin de determinar cuáles de estos requieren que se desplieguen las funciones de inspección y vigilancia por parte de la delegada de protección al usuario y de control por parte de la delegada de procesos administrativos.

La información analizada corresponde al periodo comprendido entre enero y septiembre de 2014, tomando el número total de PQR que fueron priorizados, discriminados por meses y por el tipo de vigilado. Por otra parte, se obtuvieron tasas porcentuales respecto del canal empleado y de los macromotivos.

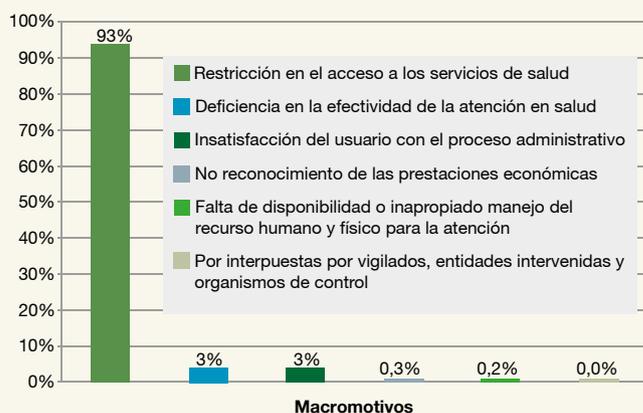
Resultados

Desde la creación del Grupo Interno de Soluciones Inmediatas en Salud, el nivel de afluencia de PQR en donde se configura una situación, condición o actividad de peligro inminente a la vida o la integridad del usuario ha sido el siguiente:

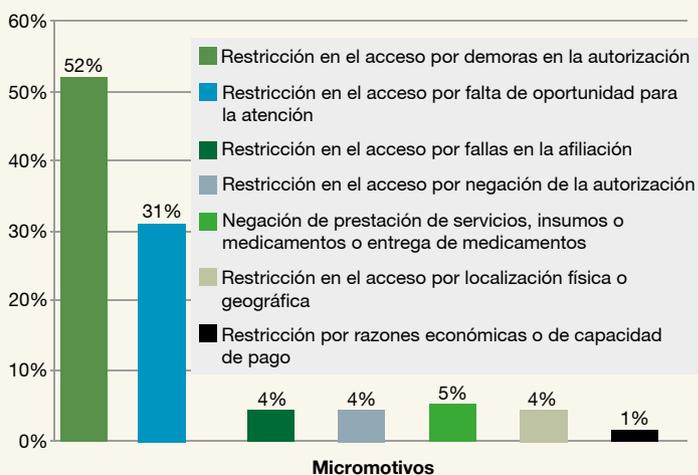
Entre enero de 2014 y septiembre del mismo año se presentó una tendencia creciente en las PQR presentados, los cuales fueron priorizados y tramitados por el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud. Entre enero y mayo se registró un crecimiento aritmético: 211 en enero, 365 en febrero, 556 en marzo, 671 en abril y 789 en mayo. Por otra parte, en junio se percibió un leve descenso, con 721. En julio y agosto se vislumbró un crecimiento exponen-

Gráfica 1. Total de reclamos tramitados por el grupo SIS. Enero-septiembre de 2014

Fuente: Superintendencia Delegada para la Protección del Usuario. Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica 2. Clasificación de PQR por macromotivos. Grupo SIS. Enero-septiembre de 2014

Fuente: Superintendencia Delegada para la Protección del Usuario. Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica 3. Clasificación de PQR por restricción en el acceso a los servicios de salud. Grupo SIS. Enero-septiembre de 2014

Fuente: Superintendencia Delegada para la Protección del Usuario. Superintendencia Nacional de Salud.

cial, aumentando en más del doble la media presentada entre enero y mayo: en julio 2.216 y en agosto 3.016, con ocasión de la ampliación de los casos que podían ser conocidos por el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud. Por otra parte, en el último mes se dio una disminución (gráfica 1).

En cuanto a los macromotivos de las anteriores PQR, se aprecia que, de manera dominante, el principal de estos es la restricción en el acceso de los servicios de salud, con un 93%, siguiéndole la deficiencia en la efectividad de la atención en salud y la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo, con un 3%. Finalmente, los macromotivos de no reconocimiento de las prestaciones económicas y la falta de disponibilidad o inapropiado manejo del recurso humano y físico para la atención son de 0,3% y 0,2%, respectivamente (gráfica 2).

Ahora bien, respecto de la composición del macromotivo principal, esto es, restricción en el acceso a los servicios de salud, apreciamos que el 52% de las PQR se presentan por demoras en la autorización. Le siguen (con 31%) la falta de oportunidad para la atención; la negación de la prestación de servicios, insumos o medicamentos (5%); fallas en la afiliación, negación de la autorización y localización física o geográfica (4%); finalmente, razones económicas o de capacidad de pago (1%) (gráfica 3).

Por otra parte, en cuanto al tipo de vigilado, tenemos que las principales PQR se concentran en el régimen contributivo, con un total de 6.964, siguiéndole el régimen subsidiado, con 3.083, siendo estos los dominantes. Respecto de los regímenes de excepción y especiales, se presentaron 404, de las secretarías de Salud departamentales 139 y de las entidades adaptadas al Sistema 46 (gráfica 4).

Finalmente, respecto de la totalidad de las PQR referenciados anteriormente, se efectuó un análisis respecto del canal más empleado por los usuarios para su interposición, concluyendo que los más dominantes son el telefónico y el personalizado, con 57% y 31%, respectivamente. Los de menor auge son vía web (8%), escrito (3%) y chat (1%) (gráfica 5).

Conclusiones y discusión

La información recolectada anteriormente nos permite concluir que las principales PQR atendidos por el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud tienen como causa principal la restricción en el acceso a los servicios de salud, específicamente los generados con ocasión de las demoras en la autorización y la falta de oportunidad para la atención.

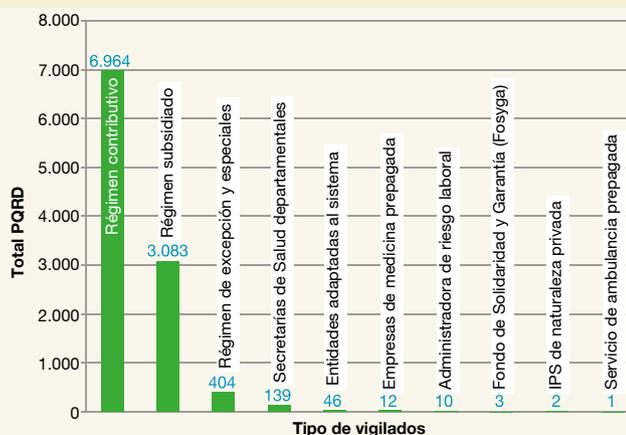
Por otra parte, se infiere que la mayoría de estas PQR se presentan en el régimen contributivo y su canal principal de contacto es el telefónico.

Esta información ha permitido a la Delegatura de Protección al Usuario efectuar un seguimiento en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios en salud y, en conjunto con las otras Delegadas de la Superintendencia Nacional de Salud, concentrar sus esfuerzos en las áreas donde se presenta mayor vulneración según las estadísticas presentadas.

Así mismo, respecto de enfermedades de alto costo, ha servido de insumo a la Delegada de Supervisión Institucional para los temas de su competencia, consagrados en el artículo 21 del Decreto 2462 de 2013.

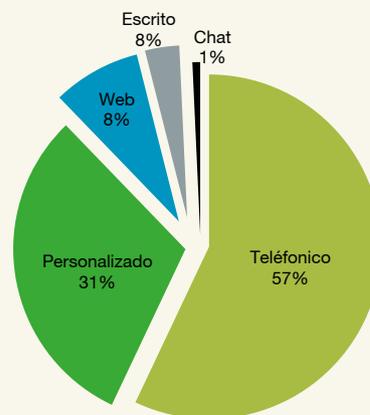
Finalmente, se resalta respecto del crecimiento exponencial de las peticiones, quejas y reclamos, presentado en la gráfica 1, que se generó con ocasión de la divulgación entre los ciudadanos sobre la existencia del Grupo de Soluciones

Gráfica 4. Clasificación de PQR por tipos de vigilados. Grupo SIS. Enero-septiembre de 2014



Fuente: Superintendencia Delegada para la Protección del Usuario. Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica 5. Clasificación de PQR por canal de presentación. Grupo SIS. Enero-septiembre de 2014



Fuente: Superintendencia Delegada para la Protección del Usuario. Superintendencia Nacional de Salud.

Inmediatas en Salud y por los resultados óptimos que ha ofrecido, resultados eficaces en poco tiempo. *De igual forma, se dispuso de un mayor número de funcionarios del grupo SIS para atender estas reclamaciones prioritarias, por lo que el volumen atendido sería mayor.*

Bibliografía

- (1) Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2462 de 2013. Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.
- (2) Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos.
- (3) Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes Social 91 de 2005.
- (4) Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes 140 de 2011
- (5) Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 284 del 29 de enero de 2014, por la cual se conforman los grupos internos de trabajo de la Delegada para la Protección al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud, se asignan funciones y coordinador.
- (6) Cristina Villaribe Calderón. Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica. Universidad de Oviedo. Junio de 2013.

Implementación de Guías de Práctica Clínica en el contexto colombiano

José Luis Ortiz Hoyos^I
 Indira Tatiana Caicedo Revelo^{II}
 Oscar Ariel Barragán Ríos^{III}
 Daniela Zuluaga Mayorga^{IV}
 Abel E. González-Vélez^V

Resumen

Este artículo ofrece una síntesis de los pasos más relevantes para la creación de un plan de implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), por parte de un prestador del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. La información suministrada es tomada del "Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia", que el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto en el marco de las actividades de implementación de Guías de Práctica Clínica gestionadas desde el organismo. Por último, se brinda información de las nuevas guías y herramientas

de implementación desarrolladas y disponibles en el portal web: gpc.minsalud.gov.co.

Palabras clave

Guías de práctica clínica; implementación de guías de práctica clínica; calidad de la atención sanitaria

INTRODUCCIÓN

En el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social, en alianza con el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología e Innovación (Colciencias), publicó 25 Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, con el propósito de mejorar la calidad de la atención en salud mediante la reducción de la variación injustificada de la práctica clínica y la promoción de un uso eficiente de los recursos (1).

Las primeras 25 GPC abarcan temas de interés como: la salud materna e infantil (atención del recién nacido, seguimiento y atención del embarazo, parto y puerperio, y enfermedad diarreica aguda y asma en menores de cinco años), oncología (leucemia y linfoma en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, próstata y colorectal), hipertensión arterial, síndrome coronario agudo, salud mental (abuso de alcohol y depresión) e infecciones de transmisión sexual. El contenido de dichas guías puede ser consultado en el portal web: gpc.minsalud.gov.co, o mediante su descarga desde teléfonos

inteligentes y tabletas con sistemas operativos Android o iOS.

A pesar de existir consenso respecto a la utilidad de las GPC (2), solo la existencia de estas no es suficiente para asegurar la calidad de la atención ofrecida al paciente. Por ello, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la implementación de las guías con el apoyo de expertos de las sociedades científicas que intervinieron en su elaboración, socializó en 2013 las GPC en salud materna e infantil, con actores regionales y locales a través de jornadas académicas en las principales ciudades del país. Dichas jornadas fueron desarrolladas teniendo en cuenta la *Política pública integral de desarrollo y protección social, estrategia de atención integral a la primera infancia (De Cero a Siempre)*, creada por el Gobierno (3).

Con el propósito de continuar con los esfuerzos realizados en materia de la implementación de las GPC, el Ministerio adoptó las guías de oncología mediante Resolución 1442 de 2013, avanzando en la reglamentación de las Leyes 1388 y 1384 de 2010 relativas al cáncer. Asimismo, durante el 2014 el Ministerio desarrolló estrategias educativas para incluir las primeras 25 GPC en los cursos virtuales de inducción al servicio social obligatorio para los profesionales de salud y en el curso de formación de verificadores de habilitación. Esto por la necesidad de implementar las GPC planteadas en la nueva resolución de habilitación 2003 de 2014.

En esta misma línea, el estudio de cómo las guías son implementadas, el grado de adherencia a estas

I Magíster en economía. Ministerio de Salud y protección Social, Jefe Oficina de Calidad, jhortizh@minsalud.gov.co

II Especialista en epidemiología. Ministerio de Salud y protección Social, profesional especializado Oficina de Calidad, icaicedo@minsalud.gov.co

III Especialista en gerencia financiera sistematizada. Ministerio de Salud y protección Social, profesional especializado Oficina de calidad, obarragan@minsalud.gov.co

IV Economista. Universidad de los Andes, Ministerio de Salud y protección Social, pasante Oficina de Calidad, d.zuluaga185@uniandes.edu.co

V Doctor en Ciencias Biomédicas. Ministerio de Salud y protección Social, consultor Oficina de Calidad, agonzalezv@minsalud.gov.co