

N°01
Julio - Septiembre 2019

Monitor Salud

f /supersalud

🐦 @supersalud

📷 /supersalud

📺 /supersaludcomunica



Del lado de los usuarios



La salud
es de todos

Minsalud

Supersalud 

CONTENIDO

EDITORIAL

Al lado de los usuarios

2 - 3

INTERVENCIÓN EXITOSA

El 'Federico' está para ser dado de alta

El hospital insigne del Tolima muestra un mejor semblante tras la intervención hecha por la Supersalud: buenos indicadores de atención, pagos al día y cartera saneada.

4 - 7

PROTEGIENDO AL USUARIO

La Super dice 'SIS', cuando hay riesgos de vida

La gestión del grupo de Soluciones Inmediatas en Salud (SIS) se vuelve decisiva cuando se trata de facilitarles una solución pronta y eficaz a pacientes en situaciones extremas.

8 - 9

PERSONAJE INVITADO

El experto del corazón

El doctor Jorge Reynolds, creador del marcapasos, abre su corazón y habla de sus roles como científico, médico, profesor, físico y miembro de la comisión de sabios.

10 - 12

CORRIGIENDO EL RUMBO

535 mil usuarios 'estrenan' salud

Tras la revocatoria de la habilitación para operar al programa de salud de Comfacor, la Supersalud aseguró el traslado y la mejoría de atención a 535 mil usuarios de la Costa Atlántica.

13 - 14

CONSEJOS DEL ESPECIALISTA

Póngale ojo a la uveítis

15 - 16

SENTENCIAS DE VIDA

Caso cerrado

Un cuestionado proceso ejecutivo en el que 37 IPS tenían pretensiones por 85.00 millones, fue fallado a favor de la Supersalud por parte de la Corte Suprema de Justicia.

17 - 20

MEJORANDO LA ATENCIÓN

La Súper escucha, sin límites

Cada día más usuarios utilizan al módulo especial con que cuenta la Supersalud para atender, a través de lengua de señas, a personas con discapacidad auditiva.

21 - 22

NORMATIVA PARA MEJORAR

La 1949, una 'superley' para mejorar el sistema

Esta ley le da nuevos dientes a la Superintendencia para fortalecer su capacidad sancionatoria a los vigilados del sistema de salud.

23 - 25

LA GENTE TIENE LA PALABRA

Los aliados en las regiones

Los escenarios de participación se han convertido en una de las principales herramientas de interacción entre la Supersalud y los líderes de control social.

26 - 27

TU SALUD AL DERECHO

Conozca los derechos y deberes

28 - 30

INDICADORES

31

Del lado de los usuarios

Editorial



Fabio Aristizábal Ángel
Superintendente Nacional de Salud

Hace once meses el presidente Iván Duque me confió la dirección del máximo órgano de inspección, vigilancia y control del sistema de salud, designándome Superintendente Nacional de Salud. ¡Era un gran reto! De ahí que acepté por tres razones: convencimiento, pasión y conocimiento.

La primera, porque sabía que desde este cargo podría ayudar a los colombianos que a diario padecen por absurdos obstáculos que impiden el acceso a los servicios de salud, con oportunidad y con calidad.

La segunda, por el entusiasmo que le imprimo a las tareas propuestas, sumado al enorme deseo de ayudar con compromiso y dedicación a mi país.

Y la tercera, porque manejo la mayoría de temas del sector y de nuestro sistema de salud. Incluso discutí y participé en los grupos

asesores del proyecto de la Ley 100 que nos rige, experiencia que me ha autorizado en 26 años a identificar los malos modos que torcieron el árbol del sistema y cuanto nos está costando enderezarlo solo por ignorar el principio básico de su savia, la humanización expreso en dicha ley.

Conozco de mucho tiempo atrás la filigrana del sector de la salud, he podido explorar su contenido en varias posiciones: prestador, asegurador, usuario y también como gobierno.

Tengo una visión holística determinante en las tareas del objetivo primordial de depurar el sistema, al cual hoy le hemos detectado más de 40 formas de abuso, fraude, corrupción y malas prácticas.

Me caracterizo por ser un directivo de calle, de terreno. De mi contacto permanente con las personas y de los recorridos por todas las regiones del país, he hecho conciencia real de los problemas en salud.

A pesar del reporte continuo de atropellos y de los muchos pacientes que buscan la defensa de sus derechos, aún no creo que exista una crisis o un daño sistémico sino una recurrente condición de abusos.

Sin embargo, estamos ajustando las circunstancias para enderezar el camino. En 27 actividades de diálogo con el usuario; en reuniones con las autoridades, prestadores, aseguradores, entes de control; en exposiciones, en foros y otros eventos, les he dicho a casi 7.000 colombianos lo significativo de recibir un sueldo por hacer lo que más me gusta: proteger el derecho a la salud y la vida de más de 48 millones de usuarios.

Afortunadamente hoy en día contamos con mejores y más eficaces herramientas para inspeccionar, vigilar y controlar el sistema, gracias a la ley 1949 del 8 de enero de este año, cuya aprobación logramos en tiempo récord por parte del Congreso de la República.

Humanizar es la clave

Estamos adelantando al interior de la Superintendencia la campaña “Ponte en mis zapatos” con la que pretendemos volver ‘superhumanos’ a cada uno de nuestros funcionarios, es decir adicionar esfuerzos para acercarnos a los usuarios porque son nuestra razón de existir.

Entendemos -en carne propia- el dolor y el sufrimiento, las emociones que enfrentan quienes son enfermos críticos y no encuentran atención oportuna o sencilla-

mente les dilatan un tratamiento médico que, por derecho constitucional, se merecen.

Por ello, cuando reconozco injusticias o necesidades apremiantes de los usuarios, no dudo -junto a mi equipo- en tomar decisiones y hacer correctivos.

Casos como el cierre total de Comfacor, las revocatorias parciales de varias EPS, las medidas de vigilancia especial para otras 21 o la recuperación del hospital Federico Lleras de Ibagué -listo para entregar al ente territorial luego de una exitosa intervención-, hablan de nuestra gestión cuando encontramos eviden-

cias de ineficiente atención, negligencias, irregularidades administrativas, malas prácticas y todo tipo de falencias que terminan afectando la prestación de los servicios.

Estas medidas, y otras acciones que hacen parte de nuestra gestión diaria de inspección, vigilancia y control a los diferentes actores del sistema, son las que queremos compartirles en nuestra renovada revista **Monitor Salud**. ¡Bienvenidos!



Equipo Directivo

Fabio Aristizábal Ángel
Superintendente Nacional de Salud

Paola Castellanos Guerra
Asesora General

Ginna Fernanda Rojas Puertas
Secretaria General

Ivhon Adriana Flórez Pedraza
Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

Marianella Sierra Saa
Superintendente Delegada para la Protección al Usuario

Andrés Evelio Mora Calvache
Superintendente Delegado de Procesos Administrativos

José Oswaldo Bonilla Rincón
Superintendente Delegado para la Supervisión Institucional

Rodrigo Benito Márquez Márquez
Superintendente Delegado para la Supervisión de Riesgos

Germán Augusto Guerrero Gómez
Superintendente (E) Delegado para las Medidas Especiales

Ilba Janneth Cárdenas Fonseca
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones Estratégicas e Imagen Institucional

María Andrea Godoy Casadiego
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Jorge Bernardo Gómez Rodríguez
Jefe Oficina de Tecnologías de la Información

Sandra Liliana Camargo Bendeck
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Rosemary Chávez Rodríguez
Jefe Oficina de Control Interno

Daniel Andrés Pinzón Fonseca
Jefe Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos

Comité Editorial

- Paola Castellanos Guerra
- Ilba Janneth Cárdenas Fonseca
- Érika Alexandra Varón Caicedo
- Lina María Flórez
- Roberto Orlando Vargas Galvis
- Carlos Andrés Andrade

Edición:

Diego Hernán Cárdenas Sarmiento

Redacción:

Diego Hernán Cárdenas Sarmiento
Paula Andrea Cañón Fonseca

Diseño y diagramación:

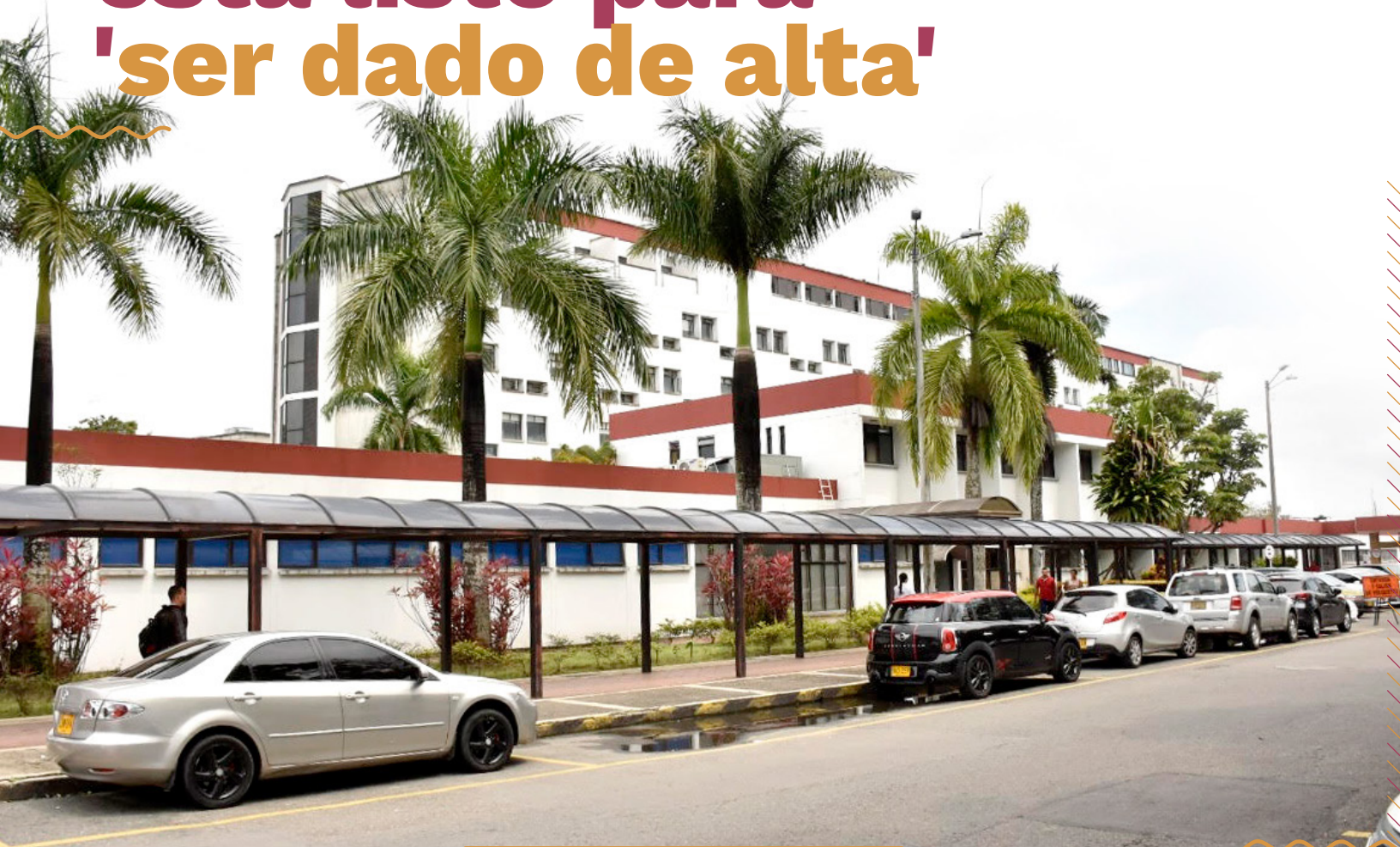
Javier Leonardo Pinzón Pacanchique

Fotografía:

Charles Julio Uribe Berdugo
Hamer Sneyder Pachón Cano
David Mejía Blandón

Supersalud concluye con éxito
la intervención de este hospital público

Federico está listo para 'ser dado de alta'



Hace unos años Federico Lleras Acosta era un reconocido paciente tolimense con un diagnóstico crítico: llevaba mucho tiempo en cuidados intensivos, sus signos vitales eran cada vez más débiles y, debido a su estado agónico, estaba catalogado como de pronóstico reservado.

Así, en un estado de postración administrativa, financiera y operacional, encontró la Superintendencia Nacional de Salud en 2014 al hospital insignia de Ibagué, cuando decidió asumir -mediante

la figura de intervención para administrar- lo que se convertiría en uno de sus principales retos misionales de los últimos años.

Hoy, a sus 45 años de existencia, el Federico tiene un mejor semblante, ha recobrado la plenitud de sus capacidades, y el tratamiento de choque al que fue sometido demuestra que su recuperación integral es un hecho y que está en condiciones para ser dado de alta.

Bautizado así en honor al padre del expresidente Carlos Lleras Restrepo, a comienzos de este siglo el hospital

llegó a ocupar lugares destacados en el ranking de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y era motivo de orgullo entre los tolimenses.

No obstante, una serie de malos manejos administrativos en todos los órdenes dieron lugar a problemas económicos de tal magnitud, que prácticamente lo tenían al borde del cierre como quiera que acumulaba cuentas por pagar por más de 92.979 millones de pesos.

Fue en esa coyuntura, que el 3 de septiembre de 2014 el Gobierno

Nacional determinó su toma de posesión e intervención forzosa administrativa, una medida especial que tiene por finalidad establecer si la entidad de salud debe ser objeto de liquidación o si es posible colocarla en condiciones de desarrollar adecuadamente su objeto social.

A partir de ese momento el Lleras Acosta pasó tristemente a los anales de la historia por ser el primer hospital al que se le aplicaba esta medida extraordinaria, desde que entró en vigor la ley 100 de 1993.

Plan de choque

Así las cosas, la Superintendencia hizo la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios del hospital y las decisiones de fondo no tardaron en llegar. Los medios de comunicación dieron cuenta del despido de una parte significativa de la planta de personal, del cierre del servicio de urgencias y de la sala de partos.

El objetivo inicial de la intervención es proteger los recursos existentes para retomar la prestación del servicio. Posteriormente se inicia toda la reorganización, administrativa, financiera, jurídica y asistencial pues ya se cuenta con el flujo de caja para empezar a cubrir las obligaciones vitales.

Para finales de 2015 el proceso de intervención estaba arrojando avances, pero aún los pasivos seguían muy elevados, debido principalmente a que los desembolsos correspondientes a la entidad territorial no se hacían efectivos en los plazos requeridos.

Adicionalmente la liquidación de Caprecom cayó como un baldado de agua pues, al ser el único hospital público de mediana y alta complejidad, el Federico Lleras asumió toda la atención que tenía esa EPS en el departamento.

Ante esos hechos, la recomendación fue prorrogar la medida especial durante un año más.

El personal que quedó en el hospital comenzó a recibir sus salarios y prestaciones a tiempo y eso motivó a todo el recurso humano a trabajar con mayor convicción por sacar adelante la institución.

Con el paso del tiempo los cambios logrados por la interventoría eran cada vez más evidentes, pero aún el componente financiero no estaba lo suficientemente garantizado por lo cual se necesitaba una prórroga más. Pero no sería la última.



Más y mejores servicios

Para finales de 2016 la Superintendencia nombró como nueva agente especial interventora a Inés Bernarda Loaiza, una médica de profesión epidemióloga, pero con gran vocación y experiencia en sacar adelante procesos de recuperación de hospitales.

Su función principal era continuar con el plan de acción adoptado por la anterior interventoría y llevar a feliz término el proceso de empalme y entrega del hospital al gobierno departamental, que es su administrador y dueño natural. “La gran tarea que teníamos era aumentar la producción (el ofrecimiento de servicios hospitalarios) y al mismo tiempo mantener o reducir los costos fijos que implican un hospital tan grande”, recuerda la interventora.

La estrategia se enfocó en aumentar la complejidad de la atención y para ello se amplió el número de quirófanos -de 2 a 6-, se rehabilitaron las dos salas de parto y se aumentaron de 73 a 89 las camas de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Estos logros, más la mejoría de la tecnología que existía en el área de radiología, le permitieron al hospital ofrecer y facturar por servicios que le resultaban muy rentables.

Otro ‘plus’ consistió en contratar aquellos especialistas de salud que pudieran competir con los que ofrecía la red privada de la región.

“Hoy en día el hospital tiene al único cirujano de tórax, un cirujano pediatra y a los mejores neurocirujanos que operan de cáncer en el departamento”, señala Loaiza.

Simultáneamente se atacó el tema de costos y para ello la consigna consistió en que lo que no era propio de la misión del hospital, debía contratarse con empresas especializadas del mercado. Fue así como servicios como vigilancia, aseo y lavandería industrial y hospitalaria tuvieron sus contratos independientes.

“Algo muy importante de la intervención hecha por la Superintendencia es que garantiza el cumplimiento oportuno de los empleados de nómina”, destaca la interventora.

La nueva etapa

Para finales de 2018 podía decirse que la casa estaba en orden, que el personal estaba comprometido con mantener la recuperación y que las causales que motivaron la intervención del hospital se han solucionado.

“Hoy en día podemos decir que ya se pagaron todas las deudas y se está al día con la operación corriente, es decir con los establecido y pactado. La nómina se paga al día, a los médicos se les cancela a 60 y 90 días y a los proveedores a 120 días”, explica la doctora Loaiza.

El año pasado la facturación fue de 123.420 millones y este año la proyección es de 145.500 millones de pesos. En su opinión, el hospital está saneado toda vez que no se debe nada salvo las cuentas por pagar, que tienen la característica de que no son exigibles sino que hacen parte de la operación corriente.

Así las cosas, el Federico Lleras tiene ya la ruta trazada, está listo para ser entregado y en equilibrio financiero por parte de la Superintendencia de Salud.





Pero lo más importante: ha vuelto a ser el centro de referencia de la red pública de salud del Tolima y un importante espacio de capacitación que alberga actualmente 205 estudiantes de 14 universidades y centros de formación en medicina, especialidades médicas y otras disciplinas de salud.

El pasado 30 de mayo la agente especial convocó en Ibagué a una audiencia pública para hacer la

rendición de cuentas de todo el proceso de interventoría desarrollado al hospital. Mostró cómo fue recibido y cómo va a ser entregado.

Tanto a la comunidad como a los diferentes actores de la salud regional y a las autoridades departamentales y locales les quedó claro que, tras varios años de intervención, el papel de la Superintendencia está por concluir y el Federico Lleras Acosta está listo para ser 'dado de alta'.

De hecho, el pasado 20 de mayo el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución ejecutiva 070 que determina un plazo de dos meses para que la Supersalud haga la entrega del hospital a la Gobernación.



Hay un cuerpo élite que gestiona los casos de extrema gravedad

Protegiendo al usuario

La Súper dice 'SIS', cuando hay riesgos para la vida



¿Qué tienen en común profesionales en derecho, ingeniería industrial, enfermería, comunicación social, psicología y medicina? Aparentemente nada, salvo que desde hace varios años ellos conforman un equipo multidisciplinario dedicado a intervenir de urgencia ante al sistema de salud colombiano en favor de aquellos pacientes que están en un estado muy crítico, con riesgo para sus vidas.

Se trata del Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud (SIS), un cuerpo especial integrado por funcionarios que pertenecen a la Dirección de Atención al Usuario de la Superintendencia Delegada

para la Protección al Usuario. Ellos interactúan diariamente con el fin de escuchar, radicar, gestionar ante la EPS, hacer seguimiento y solucionar los casos de pacientes que, por diferentes circunstancias, han caído en alto riesgo.

Su función principal se enfoca en dar trámite inmediato a usuarios con patologías críticas como cáncer o VIH, pacientes transplantados, a quienes padecen enfermedades huérfanas, a la población infantil y neonatal o los que necesitan una remisión urgente y en general todos aquellos con peligro inminente de sus vidas o su integridad.

Cada mes la Supersalud recibe en promedio 55.000 peticiones, quejas,

reclamos y denuncias (PQRD) que son formuladas a través de sus múltiples canales de atención.

Del total de PQRD, unas 16.000 mensuales son asignadas y gestionadas directamente por el SIS, en tiempo perentorio.

Mientras una queja regular cuenta con un máximo de cinco días hábiles para ser gestionada, las que ingresan 'vía SIS' deben hacerlo en un máximo de dos días hábiles.

En vista de la multiplicidad de urgencias médicas que se registran a diario en Colombia, todos los canales de atención de la Superintendencia están capacita-



Disposición al 100%

Para los miembros del Grupo SIS no hay horario, ni fecha en el calendario, cuando de atender los requerimientos de salud se trata.

Es común que deban asumir los múltiples casos que se hacen virales a través de las redes sociales o los que son denunciados por los medios de comunicación en las regiones.

La carga de trabajo se les ha aumentado pues a las patologías críticas se han sumado poblaciones especiales como las víctimas de agentes químicos, las de minas antipersona, los desplazados y las mujeres víctimas de violencia física y sexual.

Adicionalmente, el propio Superintendente Nacional de Salud, Fabio Aristizábal Ángel, es receptor de decenas de quejas por parte de todo tipo de pacientes críticos que lo abordan para exponer sus casos cuando él visita las diferentes regiones del país.

La página web, las líneas telefónicas, las redes sociales, los medios de comunicación, el correo electrónico y hasta la correspondencia física, hacen parte de los canales por donde también se reciben casos.

Hay días en que solamente por medio del correo electrónico se reciben 400 casos SIS que requieren la atención inmediata del grupo.



dos para redireccionar al Grupo SIS aquellos casos que ameritan su intervención directa y efectiva.

Una vez los casos llegan al Grupo, se hace el reparto y cada integrante comienza a desplegar todas las acciones de inspección y vigilancia, generando instrucciones de inmediato cumplimiento para superar las circunstancias que atentan o representan un peligro inminente para la vida o la integridad física de los usuarios del sistema de salud, ofreciendo un acompañamiento rápido y permanente.

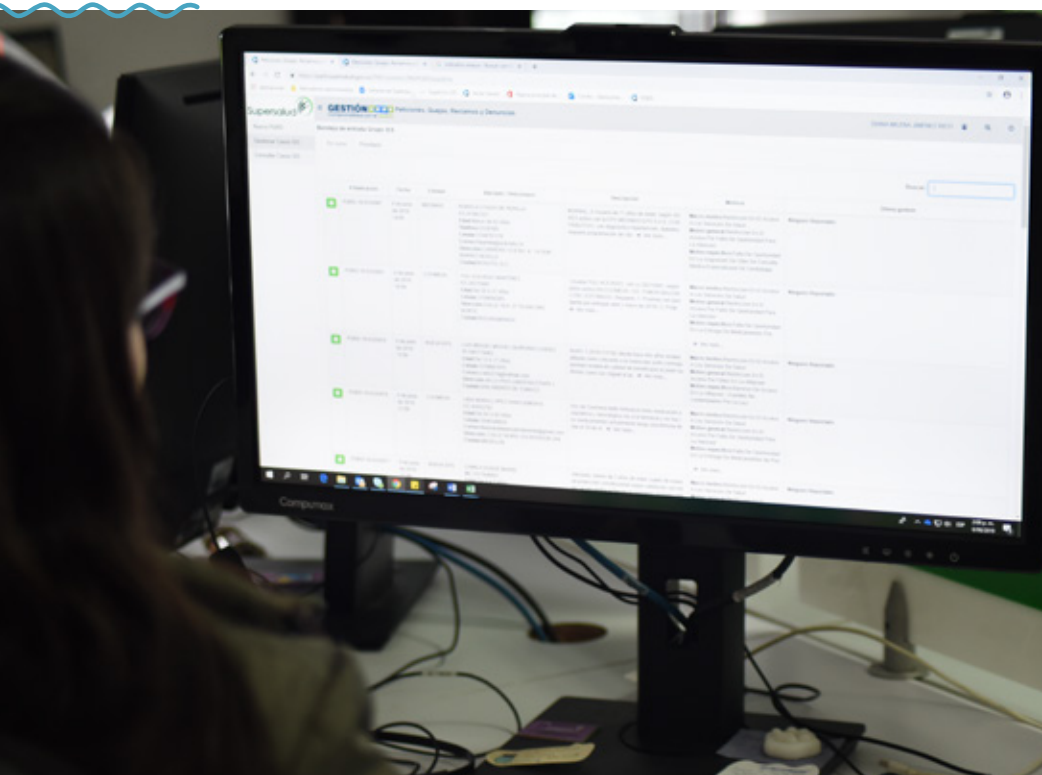
“Tan pronto como nos llegan los casos, llamamos a los usuarios, radicamos la queja y se genera la alerta a la EPS o IPS respectiva informándoles que tenemos una queja catalogada como SIS, lo cual significa que tienen dos días para hacer gestión y generar soluciones de fondo. Una parte

muy importante del trabajo es el seguimiento, pues incluso en ocasiones debemos acudir a la empresa que suministra el oxígeno”, dice Natalia del Pilar Alfonso, de la Dirección de Atención al Usuario.

Todos los procedimientos, gestiones y seguimientos de los casos de salud que tiene a cargo el grupo SIS son debidamente registrados en un aplicativo especial que tiene la Superintendencia para gestionar todas las PQRD. Las que llegan al SIS son aquellas clasificadas como “casos de usuarios con riesgo de vida”.

Sobre cada caso hay una trazabilidad especial que permite saber, casi minuto a minuto, qué acciones ha realizado la Entidad Prestadora de Salud en la atención de un usuario SIS.

“En esas primeras horas nos estamos comunicando permanentemente con los pacientes para ver si les están cumpliendo con la atención”, agrega la funcionaria.



El doctor Jorge Reynolds cuenta los avances en las llamadas 'cardiociencias'

“Ya hay más de 25 clases de marcapasos”

El personaje invitado



El nanomarcapaso ya no trabajará con baterías sino mediante piselectricidad, es decir que la misma contracción del corazón produce la corriente eléctrica y el voltaje para su funcionamiento.

Desde hace seis décadas, cuando creó el concepto de marcapasos que hoy en día portan 87 millones de personas en el mundo, Jorge Reynolds se convirtió en uno de los principales referentes de Colombia en los campos de la medicina, la física y la ingeniería electrónica internacional.

No hay mes en que no sea el conferencista especial en cumbres científicas y eventos académicos donde se analiza la evolución del marcapasos. Por eso, se siente orgulloso al decir que actualmente se han desarrollado más de 25 clases marcapasos, muchos de los cuales sirven para atender problemas cerebrales, de párkinson, de hipertensión y hasta temas ortopédicos.

En entrevista con **Monitor Salud**, este científico bogotano de 83 años confiesa que su verdadera profesión es la 'ingeniería del corazón', que su gran sueño es que se establezca el Ministerio de la Ciencia y la Tecnología, y que su gran legado es impulsar las cardiociencias para que miles de pacientes ya no necesiten ir hasta un centro médico para curarse.

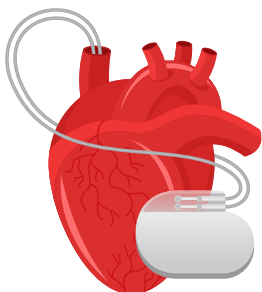
¿Cómo le gusta que lo identifiquen: como profesor, ingeniero, médico, físico o científico?

Hoy en día soy conferencista y de esta manera estoy muy cerca al pensamiento de la juventud. He sido de todo, pero mi verdadera profesión es la ingeniería del corazón, que es una visión que va más allá del funcionamiento de este órgano.

En los últimos 20 años el mundo de la medicina y de la cardiología ha variado totalmente: hoy en día el médico hace su diagnóstico, le indica el tratamiento respectivo al paciente y le hace seguimiento; pero las herramientas que utiliza vienen de las ingenierías, de la matemática y de la física.

Entonces lo que vemos es una interacción de profesiones, al punto que ya existe la ecocardiografía por medio de ultrasonido no solamente en el corazón sino también en otros órganos. De hecho esa ecocardiografía está reemplazando a los tradicionales rayos X.

Lo que buscamos es crear los elementos y herramientas complementarios que necesita el médico para hacer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.



¿Cuál ha sido la evolución del marcapasos?

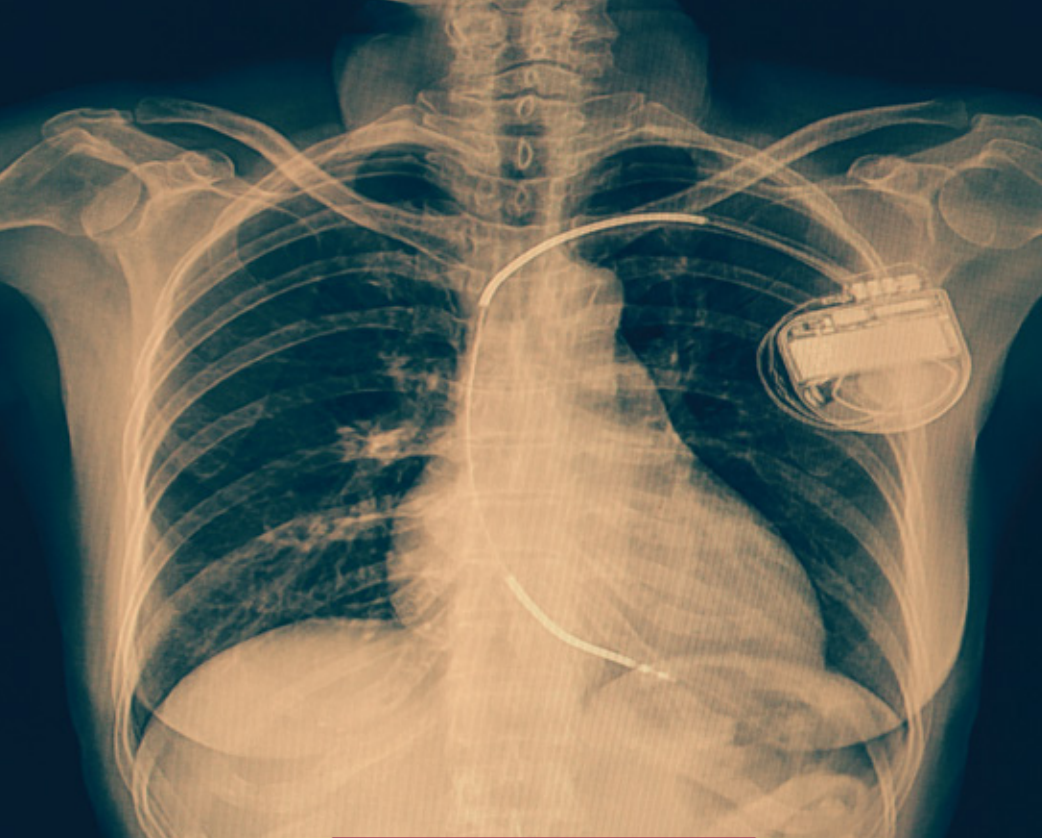
Alrededor de 87 millones de personas han sido beneficiadas con marcapasos en estos 61 años de funcionamiento. Al comienzo el marcapasos se llevaba en una carretilla y pesaba unos 50 kilos, pero se ha venido reducido al nuevo marcapasos que es la cuarta parte de un grano de arroz.

¿Qué otro avance se registra en cardiopatías?

Estamos trabajando en ideas absolutamente experimentales para ya no utilizar marcapasos sino ir directamente al corazón y solucionar el problema desde el sistema fisiológico sin intervención de un sistema artificial.

¿Ya está en funcionamiento el nanomarcapasos?

Aún no, pero aspiro que en muy corto tiempo obtengamos los permisos correspondientes para hacer la implantación en el primer humano. La gran ventaja del nanomarcapasos es que ya no trabajará con baterías sino



¿Por qué no producimos más científicos?

En Colombia hasta ahora no hay ningún interés en Ciencia y Tecnología. Lo vemos como un tema accesorio que no tiene importancia ... Pueda ser que poco a poco el país vaya entendiendo que el tema de ciencia y tecnología no son una manada de loquitos con ideas raras, sino que los países lo necesitan para su desarrollo económico y social. Sin embargo, es claro que hay una cantidad de colombianos en puestos sumamente importantes con desarrollos tecnológicos.

¿Cuál quiere que sea su legado, además del ya muy importante marcapasos?

Lo más importante es dejar un legado que en el caso mío es la creación de una nueva profesión denominada las cardiociencias, es decir la cardiología vista desde otras especialidades para abarcar muchísimo y resolver problemas que posibiliten mejores diagnósticos.

Estamos comenzando la formulación de la idea, la cual toma tiempo y tiene que implementarse todo un programa, pero con la clínica Shaio y otras instituciones estamos creando esta nueva profesión, así como se crearon las neurociencias.



mediante un fenómeno en física que se llama piselectricidad, es decir que la misma contracción del corazón produce la corriente eléctrica y el voltaje para su funcionamiento.

¿El uso del marcapasos se ha extendido a otros órganos?

Así es. Ya hay más de 25 diferentes marcapasos no solamente para temas cardíacos, sino para problemas cerebrales, de párkinson, de hipertensión arterial y hasta para temas ortopédicos. Yo diría que hoy en día los marcapasos tienen apellidos según la enfermedad.

¿Actualmente en qué está trabajando?

Estamos trabajando en la nueva visión de otros sistemas cardiovasculares. Hasta ahora el mundo se está dando cuenta de que las abejas están en

extinción en el mundo y eso llevaría a una hambruna mundial.

En la clínica Shaio estamos abriendo un mundo de experimentación en la comparación de corazones, desde la ballena hasta insectos, para conocer su resistencia a todos los problemas que acarrea el cambio climático.

¿Hacia dónde apuntan los desarrollos científicos?

Hoy en día los médicos cuentan con nuevas herramientas para hacer su trabajo y para poder reducir los tiempos de permanencia de los pacientes en los hospitales. Un ejemplo de ello es el de la resonancia magnética con imágenes móviles.

La idea es llevar el enfermo más a la casa y desde allí hacerle el seguimiento de manera automática. En el campo médico, la telefonía celular se está convirtiendo en un ayudante personal para poder hacer seguimiento a distancia de los pacientes.

Tras revocar a Comfacor,
Supersalud garantiza traslado de sus afiliados a mejores EPS

535 mil usuarios 'estrenan' salud



La máxima sanción administrativa que establece la normatividad de salud para las Empresas Promotoras de Salud (EPS) es la revocatoria total de la habilitación o autorización que tienen para funcionar.

Esta medida se aplicó al programa de salud del régimen subsidiado de Comfacor el 20 de diciembre de 2018 y se ratificó el 15 de febrero de 2019 por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por volumen de usuarios, Comfacor era una de las EPS más grandes del régimen subsidiado en el Caribe y al momento de la aplicación de la medida contaba con cerca de 535.000 afiliados localizados en 71 municipios de 6 departamentos de la Costa Atlántica (Córdoba, Atlántico, Bolívar, Sucre, Magdalena y Cesar).

Durante los meses de marzo y abril, la Supersalud estuvo haciendo la supervisión y el acompañamiento de ese proceso de traslado de esos usuarios de una entidad promotora de salud a otra. Más que un movimiento de historias clínicas se trataba de garantizar una mejoría en la prestación del servicio de salud para ese más de medio millón de personas.

“Si yo siguiera en Comfacor creo que hasta me hubiera muerto, porque si necesitaba un tratamiento urgente o una medicina no me los daban porque decían que no los cubría el POS o porque simplemente no los había”, cuenta Eliana Barbas Argumedo, una monteriana que estuvo afiliada a Comfacor por más de cuatro años.

Al igual que le sucedió a muchos de los usuarios del régimen subsidiado afiliados al programa de salud de Comfacor, ella relata que la prestación de los servicios se fue desmejorando y agravando en los últimos dos años.

“La atención se volvió pésima, pues al momento de buscar una autorización para algún examen de segundo nivel o la entrega de medicamentos no respondían”, dice a su turno doña Edita Care, quien vive con su familia en un barrio populoso a las afueras de Montería.

Una vez se conoció la revocatoria total de la operación a la EPS Comfacor, y bajo la supervisión de la Supersalud, se inició el proceso de traslado de toda la población a cuatro EPS: Nueva EPS, Mutual Ser, Coosalud y Cajacopi. Para el primero de abril todos estaban asignados a sus nuevas EPS.

El propio secretario de salud departamental, Emberth Amaya, recuerda que la situación se había vuelto insostenible. “Era necesaria la intervención de Comfacor porque no era viable: sus indicadores financieros lo demostraban y las quejas de los usuarios iban en



La mala hora

La acumulación de inconformidades por la mala atención a los usuarios y los problemas financieros que comenzó a presentar, llevaron a que la Superintendencia pusiera al programa de salud de Comfacor bajo vigilancia especial a partir del 4 de agosto de 2016.

Más que mostrar mejoría en sus indicadores de desempeño, la situación tuvo una tendencia a deteriorarse en los principales componentes analizados: técnico-científico, financiero, administrativo y jurídico.



Ante ello, durante 2017 y 2018 la Supersalud prorrogó sucesivamente la medida especial de vigilancia y al final rechazó el plan reorganizacional que propuso la EPS a finales de 2018.

Una de las principales causas las expuso el propio superintendente Fabio Aristizábal: “tomamos la decisión de revocar la habilitación de Comfacor porque en un solo año se deterioró 280 mil millones; hoy debe 450 mil millones y tiene un patrimonio de 27 mil millones. Es decir, le debe a la red pública y privada 20 veces más de lo que tiene”.



aumento. Ya no quedaba más opción que la liquidación de la EPS y gracias a la gestión de la Superintendencia y de los entes de control, el proceso de traslado ha sido exitoso y en estos momentos los usuarios están en las EPS receptoras y tienen normalizada la prestación de los servicios de salud”, señala el funcionario departamental.

La Nueva EPS, una de las habilitadas como receptora de los afiliados de Comfacor, fue la aseguradora que recibió 85.458 usuarios.

Maricela Osorio, coordinadora de régimen subsidiado de Nueva EPS en Córdoba, dice que encontraron pacientes trasladados con asuntos de salud pendientes por más de seis meses y que la prioridad fue darles la mejor atención.

El director de Comfacor, Víctor Pedraza, destaca la actuación que tuvo la Supersalud en los 50 días que siguieron a la fecha de la medida de la revocatoria total de la habilitación.

El directivo cuenta que en ese periodo Comfacor acudió a la Delegada de Protección al Usuario de la Superintendencia para estructurar un plan de contingencia que permitiera hacer seguimiento diario a la base de datos de afiliados, a las PQR pendientes y a los casos prioritarios o especiales que necesitaban una respuesta inmediata.

“Con ese acompañamiento de la Delegada pudimos identificar esos casos y a través de ella logramos tener accesos en instituciones que nos pudieran dar resolución a los casos complejos que se estaban presentado”, señala Pedraza.

Póngale el 'ojo' de alerta a la Uveítis

Consejos del especialista

Las secuelas de esta inflamación intraocular pueden generar ceguera



Por: **Diana Isabel Pachón***

Existen varias causas de ceguera en el mundo, alguna de ellas prevenibles. Dentro de éstas, la uveítis ha sido clasificada como la tercera¹. Sin embargo, no todos los reportes epidemiológicos la mencionan, sino que incluyen las secuelas de las uveítis como causas principales de ceguera². De todos modos, la uveítis continúa siendo en nuestra práctica clínica una causa significativa de mala visión y ceguera, en especial cuando el manejo y la remisión con el especialista es tardía.

La uveítis es la inflamación del tracto uveal y/o de sus estructuras adyacentes, bien sea del iris, el cuerpo ciliar, la pars plana, la coroides, la retina o el nervio óptico. Se clasifica anatómicamente en: uveítis anterior (iritis, iridociclitis), intermedia (hialitis, ciclitis posterior, pars planitis), posterior (retinitis, coroiditis, corioretinitis, retinocoroiditis, neuroretinitis) y panuveítis³.

De acuerdo con el tipo de inflamación, los pacientes presentan los diversos síntomas. Por ejemplo, los pacientes con uveítis anterior presentan fotofobia, ojo rojo y disminución de la agudeza visual. Por su parte los pacientes con uveítis intermedias o posteriores presentan las llamadas moscas flotantes (miodesopsias) y disminución de visión⁴.

Las causas de uveítis se dividen generalmente en infecciosas, no infecciosas o idiopáticas.

Las uveítis infecciosas pueden deberse a herpes, citomegalovirus, sífilis, toxoplasma, toxocariasis, tuberculosis, borreliosis,

estreptococosis, VIH, dengue y chikungunya, entre otras.

Las uveítis no infecciosas pueden atribuirse a enfermedades autoinmunes como las espondiloartritis asociadas a HLAB27+, sarcoidosis, Behçet, artritis idiopática juvenil, hepatitis autoinmune y síndrome de Sjögren.

A veces las uveítis son postraumáticas o postquirúrgicas y también se ha reportado que la inflamación intraocular puede ser secundaria a medicamentos.

Y es muy importante siempre descartar síndromes de enmascaramiento como el linfoma intraocular en pacientes mayores de 50 años

que tengan uveítis intermedia crónica, bilateral, que no responde a esteroides^{4, 5, 6}.

En resumen, la uveítis puede tener muchas causas, por lo cual tanto la anamnesis (datos de la historia clínica) como el examen físico son muy importantes para poder determinar si existe una causa asociada. Así mismo siempre es importante la remisión temprana al especialista de uveítis.

El diagnóstico de las enfermedades inflamatorias de la úvea generalmente es clínico. Sin embargo, se puede solicitar ayudas diagnósticas que confirmen la sospecha clínica o que en

*La autora es médica de la Universidad de Los Andes, oftalmóloga de la Fundación Universitaria Sanitas, Fellow de inmunología ocular de Massachussets Eye and Research Surgery Institute, Fellow de uveítis de la Universidad Nacional Autónoma de México.

casos difíciles permitan llegar más acertadamente al diagnóstico.

Idealmente un abordaje interdisciplinario que incluya reumatólogo, uveólogo e infectólogo puede permitir un resultado mejor para el paciente evitando secuelas oculares y sistémicas importantes.

El tratamiento dependerá de la zona afectada dentro del ojo, de si la enfermedad es limitada al ojo o involucra otros órganos, si es recidivante o si es debido a un proceso infeccioso o no.

En el caso de una uveítis anterior no infecciosa el tratamiento usualmente incluye

corticoides tópicos y midriáticos. Si se trata de una uveítis recidivante puede iniciarse terapia sistémica.

Las uveítis intermedias no infecciosas se pueden tratar con corticoides periorbitales o intraoculares en casos de inflamación unilateral o corticoides sistémicos y ahorradores de corticoides si la inflamación es bilateral.

Cuando se usan múltiples terapias ahorradores de corticoides sin mejoría puede escalarse la terapia a medicamentos biológicos, dentro de los cuales el grupo de los anti-TNF han empezado a mostrar utilidad en uveítis. Incluso ya existe un medicamento aprobado por la FDA y el Invima en las uveítis intermedias, posteriores y panuveítis no infecciosas, conocido como Adalimumab. Y en la actualidad se continúan estudiando otras terapias para los casos de inflamación intraocular que han sido probadas en patologías sistémicas^{7,8,9}.

Las uveítis pueden tener múltiples complicaciones, como catarata, glaucoma, edema macular y membranas neovasculares. Generalmente dichas complicaciones se pueden prevenir con un tratamiento adecuado y oportuno¹⁰. Por lo cual es muy importante que todo paciente de quien -por su sintomatología ocular o patología sistémica- se sospeche uveítis, sea remitido de forma oportuna con el especialista.

En el caso de las uveítis posteriores y panuveítis no infecciosas la terapia sistémica es muy importante para evitar secuelas a largo plazo, y en casos infecciosos los corticoides muchas veces complementan la terapia antimicrobiana.



Referencias bibliográficas

1. Suttrop-schulten, M. S. A., & Rothova, A. (1996). The possible impact of uveitis in blindness: a literature survey. *British Journal of Ophthalmology*, 80, 844-848.
2. Durrani, O. M., Tehrani, N. N., Marr, J. E., Moradi, P., Stavrou, P., & Murray, P. I. (2004). Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. *British Journal of Ophthalmology*, 88, 1159-1162.
3. Jabs, D. A. (2005). Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the first international workshop. *American Journal of Ophthalmology*, 140(3), 509-516.
4. Rathinam, S. R., & Manohar, B. (2013). Algorithmic approach in the diagnosis of uveitis. *Indian Journal of Ophthalmology*, 61(6), 255-262.
5. Lim, L., Scarborough, J., Thorne, J., Graham, E., Kempen, J. H., Mackensen, F., ... Smith, J. R. (2009). Uveitis in Patients with Autoimmune Hepatitis. *American Journal of Ophthalmology*, 147(2), 332-338.
6. Rothova, A., Ooijman, F., Kerkhoff, F., Lelij, A. Van Der, & Lokhorst, H. M. (2001). Uveitis Masquerade Syndromes. *6420(0)*, 386-399.
7. Laar, J. A. M. Van, Rothova, A., Missotten, T., Kuijpers, R. W. A. M., Hagen, P. M. Van, & Velthoven, M. E. J. Van. (2015). Diagnosis and treatment of uveitis: not restricted to the ophthalmologist. *2015(2)*, 94-99.
8. Mérida, S., Palacios, E., Navea, A., & Bosch-morell, F. (2015). New Immunosuppressive Therapies in Uveitis Treatment. *18778-18795*.
9. Lin, P., Suhler, E. B., & Rosenbaum, J. T. (2013). The Future of Uveitis Treatment. *Ophthalmology*, 121(1), 365-376. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2013.08.029>
10. Sharma, S. M., & Jackson, D. (2018). Uveitis and spondyloarthropathies. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 1-17.

Caso cerrado

sentencia de vida

La Supersalud salió adelante en uno de los procesos más difíciles de su historia

Después de casi cuatro años de iniciado un cuestionado proceso ejecutivo, en abril pasado la justicia colombiana le puso fin a un caso en el que se pretendía responsabilizar a la Superintendencia Nacional de Salud de las deudas adquiridas por seis EPS liquidadas.

Y es que por cuenta de una exorbitante pretensión de 37 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), la Supersalud estuvo en varios momentos expuesta a pagar una suma cercana a los 85 millones de pesos.

Al final, el proceso culminó el 24 de abril de 2019 cuando la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia le dio la razón a la posición jurídica y legal expuesta por la Supersalud, y en su fallo sentó un precedente judicial para evitar futuras pretensiones como las del denominado “caso Campbell”.



La historia

Entre 2013 y 2016, la Superintendencia ordenó la liquidación forzosa de seis EPS a las que les encontró serias irregularidades en la prestación del servicio de salud. Se trataba de Solsalud EPS, Golden Group EPS, Humana Vivir EPS, Calisalud EPS, Programa de Salud Comfenalco Antioquia y Salud Cóndor EPS.

La Fundación Campbell, de Barranquilla, entabló un proceso ejecutivo singular el 20 de enero de 2015 contra de la Superintendencia, señalando que debía convertirse en un deudor solidario y por lo tanto debía pagar las deudas que las EPS tenían cuando fueron liquidadas.

Aunque el 3 de octubre siguiente el juzgado 13 Civil del Circuito de Barranquilla rechazó la demanda señalando que existía falta de



jurisdicción, vino una apelación y el 16 de diciembre de 2015 la Sala Octava Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla consideró que sí había competencia a la jurisdicción civil y libró orden de pago en contra de la Supersalud.

Para ese momento la Supersalud había interpuesto un recurso de reposición asegurando que: a) la jurisdicción civil no puede conocer de un proceso que le corresponde a la jurisdicción contencioso administrativa; b) aunque el demandante asegura tener facturas y cuentas de cobro radicadas, en el expediente no se encontró ni copia ni original de las 155 facturas que dice haber aportado; y c) los títulos valores que usa el demandante para cobrar no son aceptables porque no ha existido relación contractual entre este y la Supersalud.

No obstante, el juez ordenó acumular al proceso tres demandas de otras IPS y emplazó a todas las que pensaran que la Superintendencia debía pagarles para que acumularan sus demandas y fue así como llegaron 37 IPS que pretendían pagos, lo que elevó el valor de la demanda a 85 millones de pesos.

Primera tutela

El caso siguió y la Superintendencia promovió una primera acción de tutela ante la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia solicitando el amparo de los derechos al debido proceso y al acceso a la administración de justicia, por cuanto el proceso cuestionado no debió ventilarse por la jurisdicción civil sino ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Mediante sentencia de 23 de noviembre de 2016, la Corte Suprema de Justicia ordenó tutelar los derechos fundamentales de la Superintendencia y ordenó al Tribunal dejar sin efectos el mandamiento de pago y le ordenó adoptar una nueva decisión.

Ante dicha orden, el Tribunal Superior de Barranquilla dictó nuevo auto el 1° de diciembre de 2016, limitándose a reproducir la decisión dejada sin efecto, decisión que fue cumplida y ordenada su obediencia por parte del Juzgado 13 Civil del Circuito de Barranquilla.

Para el 25 de agosto de 2017 la Superintendencia presentó ante el Juzgado de conocimiento y ante el Tribunal Superior de Barranquilla vía apelación incidente de nulidad,

Supersalud



37 IPS

el cual fue resuelto en forma desfavorable el 20 de septiembre y confirmado el 13 de diciembre del mismo año.

Ya para ese momento al proceso en cuestión se habían unido tanto la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (ANDJE) como la Procuraduría General, para respaldar los argumentos de la Supersalud.

El Ministerio Público pidió desestimar las pretensiones de la demanda amparado en la falta de legitimación en la causa por pasiva que le asiste a la Supersalud, argumentando que: la Superintendencia realiza el diagnóstico de la entidad promotora de salud, identifica las medidas y acciones necesarias para superar las causas que dieron origen a la toma de posesión y asegurar en el largo plazo la calidad y continuidad del servicio de que se trate, sin que

ello le permita entrar en la órbita de las funciones bien sea del Agente Especial o del Liquidador, quien es el directo responsable por la dirección y administración de la empresa.

No obstante, el 10 de abril de 2018 el juzgado 13 Civil del Circuito falló y ordenó seguir adelante la ejecución contra Supersalud.

En respuesta, las entidades del Estado presentaron sus reparos contra la providencia y la ANDJE advirtió una irregularidad procesal por indebida notificación y adicionalmente solicitó la nulidad de la sentencia de primera instancia argumentando la carencia de jurisdicción para conocer del proceso contra una entidad pública.

La respuesta del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla se dio el 23 de octubre de 2018 confirmando el auto apelado y ordenando retornar el expediente para continuar

con el trámite del recurso de apelación contra la sentencia.

Acto seguido, y mediante sentencia de segunda instancia, el 4 de diciembre de 2018 el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla confirmó la sentencia del 10 de abril de 2018, presentándose salvamento de voto toda vez que no se configuró la existencia de un título ejecutivo contractual ni simple ni complejo que reuniera los requisitos exigidos por el artículo 422 del Código General del Proceso.

Ante dicha situación, la Superintendencia interpuso tutela contra la Sala Civil-Familia del Tribunal Superior de Barranquilla y el Juzgado Trece Civil del Circuito y fue así como a comienzos de 2019 esta vez la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia dio estudio al caso y al final falló a favor de la Supersalud.

Segunda tutela y decisión

La decisión de la Corte Suprema del 24 de abril de 2019 deja sin valor y efecto el fallo del 4 de diciembre de 2018, exhorta a los funcionarios judiciales accionados para que se abstengan de proferir decisiones como la cuestionada y ordena al Tribunal Superior de Distrito Judicial de Barranquilla a emitir un fallo en el que se reconozca que no se puede responsabilizar a la Supersalud frente a obligaciones adquiridas por las EPS liquidadas.

Así mismo, señala que el Tribunal debe ordenar no seguir adelante la ejecución del fallo emitido por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Barranquilla y, en consecuencia, dar por terminado el proceso ejecutivo.

En su decisión, la Corte encontró flagrante vulneración al debido proceso de la Superintendencia por cuanto los documentos aportados no prestaban mérito ejecutivo contra la entidad toda vez que no fueron suscritos ni autorizados por ella; los agentes especiales liquidadores actúan como representantes de las EPS, más no de la entidad de control; no existía un fundamento contractual o legal

para atribuirle, en un proceso ejecutivo, responsabilidad solidaria a la Superintendencia.

Y concluye la Corte señalando que el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Barranquilla antes de construir un título ejecutivo complejo, creó uno nuevo con "base en complejos y discutibles argumentos".



Por la vía penal

Ante el confuso y dudoso curso que venía tomando este proceso y las consecuencias patrimoniales que decisiones sin fundamento legal podían generar para el Estado, en julio de 2018 la Superintendencia denunció penalmente al Juez 13 Civil del Circuito de Barranquilla y al Magistrado Abdón Sierra Gutiérrez, del Tribunal Superior del Distrito Judicial Sala Octava Civil-Laboral-Familia de Barranquilla, por el presunto delito de prevaricato por acción.

La razón es que se abrogaron una facultad que por ley no les correspondía al librar mandamiento de pago contra la Superintendencia, decisión que es considerada abiertamente contraria a derecho, no solo por no ser competentes para conocer de un proceso contra una entidad pública sino por emitir una orden de pago fundamentados en la supuesta calidad de deudor solidario, argumento que a todas luces contraría las funciones de un ente de inspección, vigilancia y control que no puede ser considerado deudor de las entidades que son objeto de liquidación en ejercicio de las funciones que la ley y la Constitución le han conferido, como lo es la Superintendencia.



En el Centro de Atención existe módulo de atención para la población sorda

Para más señas, sí los escuchamos

Mejorando la atención



A sus 32 años, Fredy Alexander Martínez está a punto de ingresar formalmente al mercado laboral colombiano. Desde que terminó el bachillerato se ha dedicado a tocar muchas puertas en busca de un empleo, pero casi nunca encuentra la atención que necesita. La razón principal: Freddy tiene discapacidad por ser una persona sorda de nacimiento.

Aunque en general ha gozado de buena salud, a comienzos de este año Fredy tuvo que acudir a su EPS en busca del certificado laboral que requiere para poder trabajar. Sin embargo, las dificultades para que lo atendieran, y lo

entendieran, le impidieron lograr su cometido.

Por sus amigos y familiares se enteró que, para cualquier petición, queja, reclamo o denuncia ante la EPS, podía gestionarla por intermedio de la Superintendencia Nacional de Salud.

Fue así como el pasado 11 de abril se acercó al Centro de Atención al Ciudadano (CAC), que la Superintendencia tiene en el centro internacional de Bogotá.

Natalia Vergara es una de las trabajadoras de la Delegada de Protección al Usuario de la Supersalud, está asignada a atender este tipo de pacientes por su conocimiento

primario de lengua colombiana de señas.

Ella, al igual que otros de sus compañeros de esta Delegada, tuvo que recibir el año pasado una capacitación por parte del Instituto Nacional para Sordos (Insor).

Para estos pacientes es muy importante tanto recibir un saludo afectuoso como saber que existen personas dispuestas a atender sus requerimientos de salud y en ello el Centro de Relevo juega un papel fundamental. Este es un proyecto entre el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Federación Nacional de Sordos de Colombia (Fenascol).

A través del Centro de Relevo las personas sordas pueden comunicarse con cualquier oyente en todo el país; pueden solicitar el servicio de interpretación cuando necesitan ser atendidos en las diferentes instituciones o entidades del país y pueden acceder al conocimiento y uso de las TIC, siendo no sólo consumidores sino productores de información.

La principal solicitud de quienes utilizan el módulo especial es que las EPS les expidan el certificado médico de trabajo.

Precisamente es la alianza que la Supersalud tiene con el Centro de Relevo la que le posibilita contar con este servicio de comunicación para personas sordas, a través de intérpretes.

Fue así como en el módulo de atención, y a través de la pantalla, Fredy le pudo exponer su solicitud a Natalia y lograr que se le diera trámite de su caso a la EPS.

Lo primero que él dio a entender fue que no sabía si estaba afiliado a la EPS pues allí no le habían dado esa información.

Al revisar su caso particular en la plataforma que tiene la Supersalud, la asesora se dio cuenta que Fredy contaba un puntaje de Sisbén que le permitía seguir con su EPS en el régimen subsidiado.

“Fue entonces cuando le ayudé para que lo activaran de nuevo en el sistema de salud y ya una vez que tuvo ese servicio le ayudé para que le dieran su certificado de discapacidad”, cuenta la funcionaria.

Al igual que Fredy, Cristian Álvarez fue otro de los usuarios con discapacidad auditiva en acceder al módulo especial en el CAC. Él también comunicó con lenguaje señas su situación y logró que se le gestionara una cita de medicina laboral con su EPS.

Tanto Fredy como Cristian se han convertido en referentes para que

más personas sordas que comparten esta discapacidad terminen acudiendo a este servicio de la Supersalud. Ambos lograron que sus EPS les expidieran el certificado médico de trabajo y les asignaran las citas médicas de control.

El hecho de que sus casos hayan sido atendidos exitosamente ha logrado una reacción en cadena. Desde que el servicio de Centro de Relevo se instaló en el CAC de la Supersalud, varios usuarios con esta discapacidad han sido atendidos con buenos resultados.

“Me siento muy satisfecho porque en la Superintendencia nos han brindado muy buena atención y han estado pendientes del caso de mi hijo”, dice don Alirio Martínez, padre de Fredy, quien por estos días está muy optimista por las entrevistas de trabajo que su hijo ha tenido, y guarda esperanzas de que pronto pueda conseguir empleo.



La ley 1949 fortalece la capacidad sancionatoria de la Supersalud

La 1949, una 'superley' para controlar y vigilar

Normativa para mejorar



Desde el pasado 8 de enero, cuando se expidió la ley 1949, la Superintendencia Nacional de Salud cuenta con una nueva hoja de ruta que le otorga un mayor empoderamiento como uno de los entes rectores dentro del sistema general de salud colombiano y le posibilita una mayor interacción con todos sus vigilados.

La ley contiene 12 artículos que, principalmente, refuerzan las facultades sancionatorias de la Superintendencia para desarrollar sus labores misionales de inspección, vigilancia y control de las entidades prestadoras de servicios de salud.

Con los nuevos dientes la entidad puede atacar cualquier actividad que comprometa la prestación de servicios porque lo que se busca es que el sistema de salud sea más sólido y que las

instituciones prestadoras cumplan la norma.

En materia de sanciones, la Ley 1949 trae cuatro alcances. El primero tiene que ver con el fortalecimiento de la capacidad sancionatoria toda vez que establece cinco tipos de sanción.

La primera es una amonestación escrita que representa un llamado de atención.

La segunda incrementa los montos de las multas a imponer, ya que las sanciones para personas jurídicas subieron el tope máximo de 2.500 salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) a 8.000 smlmv; mientras que para personas naturales oscilaban entre 10 y 200 (smlmv) y ahora fluctúan entre 50 y 8.000 (smlmv).

El tercer tipo de sanciones es el de las multas sucesivas, es decir que se impondrán sanciones cuando se

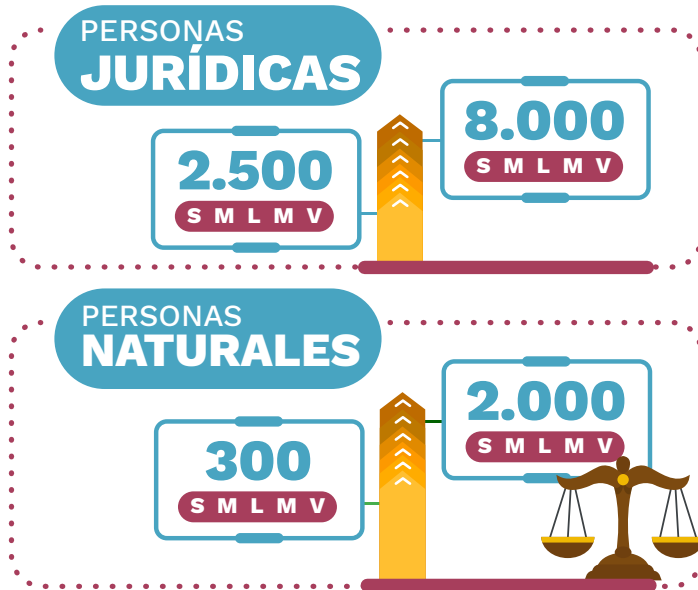
determine una obligación no monetaria y no se cumpla en el término concedido. Se multarán a las entidades hasta que realicen lo pactado así: a las personas jurídicas con hasta 3.000 smlmv y a las personas naturales hasta 300 smlmv.

La cuarta sanción contempla la revocatoria total o parcial de la autorización de funcionamiento, la suspensión del certificado de autorización y/o el cierre temporal o definitivo de uno o varios servicios. Para este caso, la Superintendencia tiene total facultad de tomar decisiones cuando se afecta la prestación de servicios en salud.

La última sanción contempla la remoción de representantes legales y/o revisores fiscales cuando se les compruebe que autoricen, toleren o ejecuten con

LEY 1949 PENAS MÁS SEVERAS

DE 2019 PARA LOS MERCADERES DE LA SALUD



MULTAS SUCESIVAS

Hasta **3.000 SMLMV** para personas jurídicas

y

hasta **300 SMLMV** para personas naturales

culpa grave o dolo conductas que infrinjan las normas que orientan el sistema de salud. En estos casos se podrá establecer una inhabilidad hasta por 15 años en cargos relacionados con la administración de recursos del sector.

El pago de las multas que se impongan a personas naturales y jurídicas deberán ser asumidas con el propio capital y en ninguna circunstancia se podrá pagar con los recursos del sistema de salud.

“Con el fortalecimiento de la sanción se busca dar un mensaje de prevención, ya que una persona se puede ver gravemente afectada con su patrimonio por la imposición de esa multa. Es decir que lo deben pensar dos veces antes de infringir la norma”, comenta Ivhon Adriana Flórez, superintendente Delegada

para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

Los grandes ganadores son los usuarios porque son los más beneficiados, ya que se van a sentir respaldados por la Superintendencia al hacer más efectivas y fuertes las sanciones hacia los vigilados, y de ese modo cada entidad ajustará su comportamiento para seguir la norma.

Otros alcances

En busca de garantizar el acceso oportuno y la mejor prestación de los servicios de salud, la ley contiene otros alcances.

Por ejemplo, la Ley contempla la ampliación de los términos de caducidad para adelantar los procesos administrativos sancionatorios, al

pasarlos de 3 a 5 años para resolver cada una de las etapas de los procesos. Adicionalmente, reitera la competencia preferente en cualquiera de las fases del ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control.

“Desde el tema jurisdiccional se hace un balance entre la necesidad de justicia oportuna por parte de los actores del sistema, y de los usuarios, frente a la capacidad de respuesta que tiene la entidad para dar cumplimiento a la ley”, señala por su parte la Superintendente Delegada.

En ese sentido, la ley establece que la Supersalud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez emitiendo sentencias dentro de los términos de 20, 60 y hasta 120 días de la siguiente manera:

20 DÍAS

- Cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el plan de beneficios en salud.
- Libre elección de entidades aseguradoras y de instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y Usuarios.
- Multiafiliación.

60 DÍAS

Reconocimiento económico de los gastos en los siguientes casos:

1. Atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS.
2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la EPS.
3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativo injustificado o negligencia demostrada de la EPS.

120 DÍAS

Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con la Delegada Flórez, esta modificación es más responsable con el usuario porque presenta una expectativa real, y le permite a la Superintendencia responder efectivamente para así cumplir de manera oportuna con sus funciones.

En el tema económico, la ley señala que el Gobierno Nacional fijará límites a los procesos de reorganización para garantizar un correcto flujo de recursos y el pago de deudas, con el objetivo de que no se diluyan las responsabilidades adquiridas por la institución.

En este tema la ley le da a la Superintendencia como entidad de inspección, vigilancia y control total potestad para entrar a regular cada

uno de los procesos de reorganización de manera que resulten efectivos y seguros para los usuarios.

Para Juan Manuel López de la Dirección de Entidades del Orden Nacional de la Superintendencia Delegada para Supervisión Institucional, “el mayor beneficio es la reorganización institucional, porque otorga a la Supersalud la facultad de entrar a intervenir y limitar el proceso”.

En su opinión, también está previamente vigilando el pago de deudas que tienen las entidades con el sistema, es decir que ya no se queda solo con la información que suministran los prestadores, sino que tiene competencia de verificar cada etapa del proceso según los límites que fije el Gobierno.

Un alcance nuevo que da la ley se refiere a la facultad que obtuvo la Supersalud para emitir instrucciones contables a sus vigilados frente al reconocimiento, presentación y revelación de los estados financieros. Esto permite que las entidades promotoras de salud consideren manejar de manera transparente sus recursos.

“La ley 1949 se fortalece, amplía el portafolio de sanciones y aumentan las acciones por parte de la Supersalud. Buscamos atacar el bolsillo del gerente, no el de la entidad o del sistema de salud”, asegura finalmente el Superintendente de Salud, Fabio Aristizábal.



Más de 15.000 personas han asistido a escenarios que promueven el ejercicio del control social

La gente tiene la palabra

Aliados en las regiones

Si bien es cierto que una parte importante de la relación entre la Superintendencia y los usuarios se basa en las peticiones, quejas, reclamos y denuncias que éstos hacen en busca de que se les garantice su derecho a la salud, también existe un componente muy especial que impacta positivamente a las comunidades de todas las regiones del país: la capacitación a sus líderes de control social, y a la ciudadanía en general.

Aunque la mayoría de los usuarios ve solamente a la Supersalud como la entidad que debe inspeccionar, vigilar y controlar a los diferentes actores del sistema, estas funciones misionales son complementadas semana a semana con actividades que apuntan al fortalecimiento de la participación ciudadana y la formación de capital social.

“La participación ciudadana es nuestra mano derecha para cumplir las funciones de inspección, vigilancia y control. Nada nos ayuda más para tomar decisiones que fomentar las ligas de usuarios, las veedurías y las asociaciones pues tienen la realidad de lo que pasa en las regiones”, dice el superintendente Fabio Aristizábal.

Es así como desde el municipio de Venadillo (Tolima) hasta Aguazul (Casanare), pasando por ciudades como Quibdó, Pereira y Riohacha, entre otras, cerca de 15.000 usuarios del sistema de salud de todos los departamentos del país han asistido y participado en el último año y medio de los 320 eventos organizados por la Superintendencia para empoderarlos y socializarles los temas de salud.

Es así entonces como veedores de salud, autoridades indígenas, víctimas

del desplazamiento, delegados de organizaciones sociales, voceros de asociaciones de usuarios, pero fundamentalmente líderes de control social han podido interactuar con representantes de la Supersalud, y en muchos casos con el propio Superintendente.

“Hacemos un tema activo de promoción, es decir vamos a la comunidad y le contamos los derechos y deberes que tiene, le mostramos cómo pueden participar dentro del sistema, cómo pueden unirse y volverse una fuerza para que los derechos de los usuarios se protejan”, explica Paola Alarcón, coordinadora del Grupo de Promoción de la Dirección de Participación Ciudadana de la Delegada de Protección al Usuario de la Supersalud.

Uno de los escenarios más tradicionales es el que reúne periódicamente a los líderes de control social, pues es allí donde se promueve y refuerza la cultura de la participación ciudadana en salud.

Fortaleciendo liderazgos

Desde la Dirección de Participación Ciudadana, en cumplimiento de su función de promover el ejercicio del control social para ejercer la labor de inspección y vigilancia sobre la garantía de derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ha fortalecido el contacto directo y permanente con sus aliados, esto es los líderes del control social.

Esos líderes se han convertido en aliados de la Superintendencia de cara a la ciudadanía para conocer de primera mano la problemática en salud de los ciudadanos, de manera que mediante el trabajo conjunto y articulado se logra una gestión positiva, resolutive y de impacto en relación con la protección de los derechos en salud de los usuarios.

Carlos Arce, quien es presidente de la Asociación de Usuarios de Medimás en el departamento de Cundinamarca, es uno de los más juiciosos participantes de estos espacios de capacitación, toda vez que lleva más de tres años asistiendo a ellos.

“Los que trabajamos en beneficio de los pacientes necesitamos prontitud en la solución de los problemas y en estos espacios nos han empoderado porque nos fortalecen el conocimiento que tenemos de la Supersalud y de los mecanismos de participación”, señala Arce.

Esta destacada labor realizada por los líderes del control social no sólo se constituye en un compromiso de responsabilidad social que redunda en pro del interés general de los colombianos, sino que se convierte en una fuente primaria de información para el despliegue oportuno de las actividades como ente rector del sistema de inspección, vigilancia y control del sistema de salud.

Por esa razón es que para la Supersalud es vital generar espacios de diálogo con la ciudadanía en todo el territorio nacional, a través de capacitaciones sobre derechos y deberes, socialización de estrategias de participación ciudadana, seguimiento a los entes territoriales sobre el cumplimiento de la conformación e implementación de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos) en cumplimiento de los artículos 7 y 8 del Decreto 1757 de 1994.

De igual manera, se hace un seguimiento a las instituciones del sector para garantizar que se cumpla con la

promoción de la participación social, la divulgación de los deberes y derechos de los usuarios, y el ejercicio de la rendición de cuentas, inspección y vigilancia.

En todos estos escenarios se contó con la participación de veedurías en salud, asociaciones de usuarios, juntas de acción comunal, comités de ética hospitalaria, comités de participación comunitaria en salud (Copacos); y se incentivó el trabajo con poblaciones vulnerables, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, grupos étnicos, LGBTI, entre otros.

“Gracias a la planeación de los escenarios de diálogo con la comunidad apuntamos al objetivo de eliminar barreras territoriales y de comunicación, y también al empoderamiento de la ciudadanía para el seguimiento a las instituciones del sector, porque sabemos que así se contribuye a la vigilancia del cumplimiento de la normatividad en salud”, dice la funcionaria.



CONOZCO mis derechos y deberes

USTED TIENE DERECHO A:



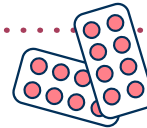
Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.



Ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.



Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan de Beneficios de manera oportuna, si requiere un servicio que no esté incluido, también lo puede recibir.



Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.



Recibir por escrito las razones por las que se niega el servicio de salud.



Que como cotizante le paguen las licencias y las incapacidades médicas.



Carta de derechos y deberes en los **servicios de salud**

USTED TIENE EL DEBER DE:



Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.



Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.



Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.



Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.



Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.



Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.

Carta de derechos y deberes en los **servicios de salud**

Su EPS deberá informarle cuales son los canales de Atención al Usuario disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.


**TENGA
EN CUENTA QUE:**

En caso de requerir orientación acuda a los organismos de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud, Personerías, Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y las Secretarías de Salud.

Ante una insatisfacción en el servicio de Salud, usted debe presentar su PQR primero ante la EPS.

Si usted formuló una PQR ante su EPS y no se la resolvieron, o no está satisfecho con la respuesta, puede acudir a la Supersalud.

Si usted pertenece a los niveles 1 y 2 del SISBÉN, a una comunidad indígena, es población desmovilizada o rom (gitana), pertenece al programa de protección a testigos o es víctima del conflicto armado interno y se encuentra en el Registro Único de Víctimas, tiene derecho a cambiar del régimen subsidiado al contributivo y viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS.

Usted tiene derecho a recibir atención médica en una ciudad diferente a la de su residencia cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por 12 meses, haciendo la solicitud ante su EPS. 

INDICADORES

AGOSTO 2018 - JUNIO 2019

Jornadas de Conciliación entre
EPS e IPS (públicas y privadas) en 26 departamentos:

**721 acuerdos por
\$ 293 mil millones pactados**

21 capacitaciones
a líderes de control social

20 jornadas
de socialización del Instrumento
Inspección y Vigilancia

Diálogos con Supersalud:
27 encuentros en ciudades
con **6.666 asistentes y 3.508 PQRD**

97 puntos de atención
habilitados en todo el país:
75.412 PQRD y solicitudes de información

179 municipios atendidos
por las 'rutas del consumidor'

32 mesas de flujo de recursos:
Acuerdos por \$ 547.000 millones para
193 ESE e IPS (públicas y privadas) de 25 departamentos

