



Monitor Edición 5 Salud

Marzo - Junio 2021

¡Sobrevivientes!

Muchos colombianos se han salvado de la pandemia en los hospitales intervenidos por la Supersalud.

- ▶ **El manejo ha sido acertado: OPS**
- ▶ **El billón de la pandemia**
- ▶ **Riguroso seguimiento a Plan de Vacunación**

Supersalud





03

EDITORIAL

1.000 días de compromiso con la salud

04

HISTORIAS DE ÉXITO

Del calvario de la COVID-19 al reencuentro con la vida

13

PERSONAJE INVITADO

OPS: “manejo de la pandemia ha sido acertada”

20

OXÍGENANDO AL SISTEMA

El billón de la pandemia

23

SUPERVISANDO EL SISTEMA

El ‘ojo’ en la vacuna

28

ESCUCHANDO AL USUARIO

Un diagnóstico alentador

31

CONSEJOS DEL ESPECIALISTA

“Salud mental: la próxima pandemia”

38

INNOVANDO EN SALUD

Teleconsultas: una alternativa que llegó para quedarse

41

ALIADOS EN LAS REGIONES

Un hospital que le pone corazón a su recuperación

44

MONITOREANDO LA SALUD

¿De qué se quejan los colombianos?

EQUIPO DIRECTIVO

Fabio Aristizábal Ángel
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

Paola Andrea Castellanos Guerra
ASESORA DESPACHO

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

Paola Andrea Castellanos Guerra
SUPERINTENDENTE DELEGADA (E)
PARA LA SUPERVISIÓN DE RIESGOS

María de los Ángeles Meza
JEFE OFICINA JURÍDICA

Ilba Janneth Cárdenas Fonseca
JEFE OFICINA ASESORA
DE COMUNICACIONES ESTRATÉGICAS
E IMAGEN INSTITUCIONAL

Daniel Andrés Pinzón Fonseca
JEFE OFICINA DE METODOLOGÍAS
DE SUPERVISIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS

Sandra Liliana Camargo Bendeck
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

Luis Carlos Ovalle Acosta
JEFE OFICINA DE TECNOLOGÍAS
DE LA INFORMACIÓN

Rosemary Chávez Rodríguez
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Ángela Cecilia Molina Sánchez
JEFE OFICINA
DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO

Germán Augusto Guerrero Gómez
SUPERINTENDENTE DELEGADO
PARA LAS MEDIDAS ESPECIALES



COMITÉ EDITORIAL

Paola Andrea Castellanos Guerra
Ilba Janneth Cárdenas Fonseca
Érika Alexandra Varón Caicedo
Diego Hernán Cárdenas
Roberto Orlando Vargas Galvis
Carlos Andrés Andrade
Lina Flórez Sierra

EDICIÓN

Hermógenes Ardila D.

REDACCIÓN

Hermógenes Ardila D.
Diego Hernán Cárdenas
Lina Flórez Sierra
Roberto Orlando Vargas Galvis

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Ximena Vargas Rusce

FOTOGRAFÍA

Juan Gabriel Muñoz
David Mejía Blandón
Charles Julio Uribe Berdugo
Hamer Sneyder Pachón Cano

1.000 días de compromiso con la salud

Todos los días enfrentamos enormes retos en nuestra misión de hacer inspección, vigilancia y control sobre el sistema de salud. Y los asumimos con todo el compromiso y responsabilidad, teniendo siempre como razón de ser la protección de los usuarios de la salud.

El más reciente, y uno de los más desafiantes por lo que ha implicado en términos de logística y movilización de nuestro talento humano, es el de la supervisión al plan nacional de vacunación.

Desde el primer momento integramos un grupo élite de 80 colaboradores que durante marzo se desplegaron por todo el país visitando a los prestadores, aseguradores y entidades territoriales para verificar el cumplimiento de protocolos, lineamientos, y monitoreando que cada uno de estos actores tuviera clara su responsabilidad en el proceso.

Tras este primer ciclo de visitas, pusimos en conocimiento de cada vigilado las alertas que encontramos, con la confianza de que se tomarían las acciones de mejora pertinentes. Estamos realizando el segundo ciclo de visitas, que nos va a permitir conocer los avances en temas críticos como la cadena de frío, la disponibilidad y capacitación de talento humano y la caracterización y contactabilidad de la población a vacunar, entre otros factores.

Adicional a estas visitas, hemos focalizado nuestra ruta de vigilancia sobre aquellos casos en donde se han denunciado posibles irregularidades o desviaciones de lo establecido en las normas, principalmente lo relacionado con el tema de la priorización señalada por el Ministerio de Salud, en lo que comúnmente se llama el 'salto en la fila' o los 'colados'.

No han sido pocas las situaciones que hemos encontrado, algunas con presuntos tintes penales y/o disciplinarios, que inmediatamente hemos puesto en conocimiento de los entes de control respectivos.

Seguiremos con rigor, voluntad y diligencia nuestra tarea de aportar en la recuperación del sistema de salud.

Nuestras rigurosas visitas de auditorías a IPS, Secretarías de Salud y EPS, en algunos casos, han derivado en informes sustentados donde evidenciamos hallazgos que ameritan la apertura de una investigación administrativa contra las instituciones o contra los responsables directos.

Como lo he dicho en intervenciones públicas por los medios de comunicación, no hemos caído en el facilismo de estigmatizar al personal de la salud, el mismo que ha cumplido una encomiable



Fabio Aristizábal Ángel
Superintendente Nacional
de Salud

labor durante estos casi 14 meses de pandemia. No vamos a pasarlos de 'héroes' a 'villanos' por algunos casos aislados que se pueden haber presentado en este proceso de vacunación.

Seguiremos con rigor, voluntad y diligencia nuestra tarea de aportar en la recuperación del sistema de salud, como lo hemos venido haciendo desde hace 1.000 días que asumimos este cargo, pues la protección de la vida y la salud de los colombianos es nuestro único y sagrado compromiso con el país. 🇨🇴

Del calvario de la COVID-19 al reencuentro con la vida

Con la intervención administrativa por parte de la Supersalud, la mayoría de hospitales públicos en proceso de saneamiento, remodelación de infraestructura y mejoramiento de servicios, han podido atender a miles de contagiados por la COVID-19, algunos que llegaron a cuidados intensivos, y salvarlos de la muerte. Aquí tres historias.



Catorce hospitales regionales, seis de los cuales han sido intervenidos durante la pandemia, con el fin de rescatarlos del deterioro, el abandono y la corrupción, ampliar sus servicios de salud y mejorar su infraestructura, entre otros objetivos, han sido fundamentales en estos tiempos de crisis sanitaria.

A sus instalaciones han llegado miles de usuarios contagiados

durante este año largo de COVID-19. Algunos han pasado por servicios generales y otros por las Unidades de Cuidado Intensivo.

Las cifras están a la vista. Entre marzo de 2020 y finales de marzo del presente año fueron atendidos más de 8.500 colombianos, víctimas de la peor pandemia desde 1919 cuando hizo presencia en el país, con funestos

resultados, la gripa española. En esta edición documentamos 3 testimonios que son el ejemplo de cómo estos hospitales han contribuido a salvar vidas.

El Hospital San Rafael, de Leticia (Amazonas), que está en proceso de recuperación tras su intervención por la Supersalud, ha atendido durante la pandemia más de 1.011 usuarios afectados por la COVID-19.



“Es un milagro”

Fue el domingo 7 de febrero de 2021. Diana Carolina Cruz Jiménez, una cucuteña de 34 años de edad, empezó a experimentar una tos leve, seca, que con el pasar de las horas se le volvió más frecuente. Por la noche sintió más calor del normal del que hace en Ocaña, donde reside hace 14 años cuando se enamoró de Yhon Jairo Mora, quien hoy es su esposo, y se fue sin más pertenencias que su vocación de manicurista y el anhelo de conformar una familia amplia. El termómetro le marcó fiebre de 40 y luego vinieron otros síntomas desalentadores: vómito, sensación de ahogo y sudoración.

No era una gripa

“Esta gripa me va a dar duro”, le dijo a su esposo. Le pidió el favor de que le comprara un jarabe y optó por resguardarse en la casa, donde tiene su propio negocio, atiborrado de limas de uñas y tablas de esmeril, acetona y crema de cutícula, cepillos y pulidoras. Sin embargo, rápidamente las dolencias se complicaron y el ahogo se hizo más persistente, perdió el apetito y empezó a tener dificultades para moverse de la cama.

“Esto no me gusta”, le dijo a Yhon, y de inmediato llamó al Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña. Él me comentó que me veía los ojos hundidos, como vidriosos, y el



Foto: Archivo particular

rostro amarillento, señala Diana Carolina, quien recuerda que se sentía sin fuerzas hasta el punto que presentía que se iba a desmayar. Al otro lado de la línea le explicaron que había que diagnosticarla de inmediato porque los síntomas no eran los de una simple gripa.

Diana Carolina pensó que el malestar era una simple gripa, pero luego vino el ahogo y el debilitamiento.



En el Hospital Quintero Cañizares, que en noviembre de 2020 fue intervenido por la Superintendencia de Salud, con el fin de sanearlo administrativamente y operativamente, le hicieron los exámenes de rigor, incluida la prueba de COVID-19 y una radiografía de pulmón. “Mi situación era tan crítica que de inmediato me pusieron oxígeno y me sometieron a terapia respiratoria”, señala Diana Carolina, quien para ese momento tenía una saturación del 75%, cuando lo normal es entre 95% y 100%.

Luego llegó la noticia que nunca quería escuchar, la misma que le había parecido para los demás y no para ella: resultado positivo de COVID-19. Los médicos le anunciaron que era necesario intubarla debido al avanzado deterioro de su pulmón, que era como el de una persona fumadora de 80 años. “Yo me opuse al principio a la intubación. Había escuchado varias veces que difícilmente el que llegaba a la UCI salía con vida y entonces me invadió un frío extraño por todo el cuerpo y me puse a llorar inconsolablemente”, recuerda Diana Carolina.

Avance del contagio

Ese mismo día le avisaron a su esposo de los resultados de la prueba, del avance del contagio y del procedimiento que se debía seguir. Al tratamiento inicial con oxígeno y medicamentos, el Hospital le designó una sicóloga que, según dice, fue el soporte para evitar una depresión.

“Yo me opuse al principio a la intubación. Había escuchado varias veces que difícilmente el que llegaba a la UCI salía con vida y entonces me invadió un frío extraño por todo el cuerpo y me puse a llorar”.

Sin embargo, su estado de salud era difícil. Demasiadas complicaciones en una sola persona. Solo podía permanecer acostada por el lado izquierdo, la fatiga se hizo más intensa y no tenía fuerza ni siquiera para levantar un brazo. Leydi, la sicóloga y el intensivista, le daban ánimo y le pedían que pusiera mucha fe, y ella le envió con una enfermera un mensaje a su esposo: “recen el Rosario, no me quiero morir”.

“Yo me sentía muy mal, como si ya me estuviera yendo de este mundo. No poder respirar y ahogarse de la tos es como estar agonizando”, explica, y precisa que pensó en uno de esos momentos de desesperación, despedirse de sus tres hijas y de su hijo Michell, de su nieto Jerónimo que tiene apenas un año, porque ya su cuerpo no le daba más. “Quienes me animaban y me decían que de esta saldría eran el enfermero Numar y la enfermera Marcia”, afirma.

Dos días después de su ingreso a urgencias, que recuerda fue el

16 de febrero de este año, el doctor que la atendía llegó dispuesto a trasladarla a la UCI y proceder a intubarla. La noche anterior, Diana Carolina había presentado deterioros en su salud y su saturación sanguínea seguía sin recuperar el mínimo aceptable.

Sorpresivamente, señala, en el último chequeo, el médico quedó extrañado. “Mi respiración había mejorado, mis signos vitales mostraban una sustancial recuperación y la fiebre me había cedido”, señala.

El milagro

“En ese momento el doctor aplazó mi ingreso a la UCI y postergó la intubación”. “Ahí empecé a sentir que seguiría viviendo; fue como un milagro”.

Diana Carolina duró hasta el 24 de febrero pasado en el Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña. Allí estuvo bajo observación permanente del equipo médico, privada de cualquier visita, como sucede con todos los pacientes que ingresan contagiados por COVID-19, sin otra ilusión que poder respirar y regresar a casa. Dice que los médicos, las enfermeras y la sicóloga la retornaron a donde creyó no volvería jamás, pues “uno en esas condiciones se siente muerto”.

Actualmente se recupera en su casa y tiene una gran represa de clientes, de donde cree adquirió el contagio. El negocio está cerrado y Diana Carolina dice que por recomendación médica solo lo abrirá nuevamente hasta tanto recupere su vitalidad.



“Sentí que me moría”

En el municipio de Sucre, departamento de Sucre, sus habitantes rurales y urbanos padecen frecuentemente de gripas y fiebres repentinas.

En Sucre, conocido como la “Perla de la Mojana”, donde pasó parte de su niñez Gabriel García Márquez, los males se tratan con panela y guarapo, pues no en vano es un territorio donde el cultivo de caña cimentó su desarrollo industrial y permitió el abastecimiento del producto a toda la Región Caribe y a varios países vecinos.

Remedios caseros

Como buen sucreño o monjaneño, gentilicio de los nativos del municipio, Carlos Ballesteros Pérez, obedece a la tradición de los remedios caseros y le tiene aversión a los tratamientos médicos, pese a que su más reciente trabajo ha sido el de despachador de motociclistas en la sede del centro hospitalario de su tierra natal. Allí lleva el registro de salidas y llegadas, con anotación de destino y de tiempos de recorrido.

Pero en la segunda semana de enero del presente año, luego de una reunión de contratistas, amaneció con una alergia, tos y congestión nasal. Su hija, Gerlis Ballesteros, una trabajadora social y activista en temas de salud, le marcó temprano y le preguntó

cómo se encontraba. “Con principios de gripa, nada grave”, le respondió.

Como la supuesta alergia continuaba y los síntomas gripales se hacían cada vez más incómodos, se tomó un omeprazol y acudió a las bebidas calientes, como siempre. Así duró unos días hasta que Gerlis se encontró un vecino que preguntó por su papá. “Hace días que no sale de su casa”, le dijo.

Ella se preocupó y lo fue a buscar. Lo encontró mal y le pidió que fueran al hospital, pero Ballesteros insistió en que era una gripa, de esas que dan en tierra caliente y “lo ponen a uno maluco”. Eso fue el viernes 22 de enero, cuando el segundo rebrote de la COVID-19 estaba en su furor. El lunes siguiente no resistió y le dijo a su hija que lo llevara al médico.

Cuando estaba en la UCI, Ballesteros pensó que había llegado a su fin y pensó en despedirse de su familia y amigos.



Foto: Archivo particular





Foto: Archivo particular

Ella lo apoyó con su brazo porque ya no podía respirar y lo atormentaba un fuerte dolor de estómago. Lo llevó hasta la sala de consultas. El diagnóstico no podía ser peor: signos vitales débiles, tensión arterial por encima de 160 y cardiopatía. “Su papá no puede quedarse aquí; lo mejor es que se lo lleve para Sincelejo”, le dijo la enfermera de turno.

Rumbo al HUS

Entonces aislaron al paciente y lo remitieron al Hospital Universitario de Sincelejo. Allí ingresó el 25 de enero con comorbilidades asociadas de hipertensión arterial sistémica, cardiopatía hipertensiva y EPOC.

“Esto es tremendo. Yo vi la muerte. No podía comer porque si me quitaba la careta me ahogaba. Como el pulmón derecho estaba afectado en más de 70%, no podía moverme de la camilla y sentía un dolor inenarrable en las articulaciones y la espalda”.

Aunque la UCI estaba en su punto máximo por el segundo rebrote de la pandemia, lo llevaron a urgencias respiratoria con un cuadro clínico de 10 días de evolución.

Fiebre y disnea progresiva y hallazgos típicos de origen intestinal por sarscov2, completaban el cuadro clínico de Ballesteros. “Fueron momentos muy difíciles y ahí comenzó toda una tragedia”, comenta Gerlis. Carlos, el sucreño de 56 años, quien no creía en la COVID-19 “porque eso es invento de la gente para hacer plata”, estaba en la UCI con pronóstico reservado y compromiso tomográfico de neumonía del 90%.

No me podía mover

“Esto es tremendo. Yo vi la muerte. No podía comer porque si me quitaba la careta me ahogaba. Como el pulmón derecho estaba afectado en más de 70%, no podía moverme de la camilla y sentía un dolor inenarrable en las articulaciones y la espalda. Pensé que era mi fin y uno piensa despedirse de la familia y los amigos”, afirmó en diálogo con Monitor Salud. En la UCI

permaneció 24 días, los más eternos de toda su existencia.

Debido al riesgo del contagio, el paciente queda aislado y el único contacto son los médicos, las enfermeras y los camilleros. “Yo le enviaba mensajes con el doctor Pedro Chávez y con el intensivista Jair Martínez; ellos fueron un soporte para la familia; siempre estuvieron atentos a ayudarnos y suministrarnos información sobre la evolución clínica de mi padre”, afirma Gerlis.

Secuelas

Ballesteros, quien estuvo próximo a una sobreinfección bacteriana, no quiere revivir un solo momento de aquellos días. Es como regresar a un estado cercano a la muerte, dice. Aunque le dieron de alta el 18 de febrero pasado con oxígeno domiciliario, procura evitar cualquier conversación sobre el tema. Poco sale de su casa y, si bien le ha ido desapareciendo una tos crónica que lo acompañó desde el día que presintió una gripa común, ya camina, aunque lento. Todavía presenta un leve dolor en las piernas y prefiere el aislamiento y el silencio.



“No supe nada”



Con todas las comorbilidades posibles, Rojas se salvó de milagro tras varios días en coma.

Otra situación similar la experimentó Mario David Rojas Hernández. “Yo perdí el conocimiento y cuando desperté estaba en la UCI. No tengo ni idea qué pasó todo ese tiempo. Cuando volví a la vida, los médicos y las enfermeras me empezaron a tranquilizar, a contarme por qué estaba conectado a cables y qué era lo que tenía”. Así relata

este sincelejano de 40 años de edad su odisea que vivió luego de contagiarse de COVID-19 y desplomarse tras resistir una fuerte disnea en reposo (sensación de ahogo sin realizar ningún esfuerzo) y fiebre de 40.

Una semana antes de su ingreso al Hospital Universitario de Sincelejo, Mario se había hecho la prueba PCR que resultó positiva y fue polimedicado de forma ambulatoria. Pero la noche del 11 de julio del año pasado, cuando la asfixia redujo sus fuerzas y su condición física se tornó insostenible, acudió a la institución. “El paciente llegó en “malas condiciones generales”, fue el parte médico entregado a sus familiares.

Graves comorbilidades

No había alternativa. Para tratar de salvarlo se decidió ingresarlo de inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pues sus pulmones estaban severamente afectados y su cuadro clínico, además, indicaba obesidad grado III, que es de alto riesgo, y complicaciones agudas de diabetes.

Durante su permanencia en la UCI desarrolló hipoxemia refractaria, caracterizada por una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre y un cuadro de hiperglicemia que obligó al cuerpo médico a extremar el tratamiento.

“Yo no me acuerdo de nada; pude haberme muerto ahí”, dice Mario David, quien señala que cuando despertó lo primero que vio fue al doctor Jonathan Parra, un médico joven del Hospital Universitario. Él, dice el paciente, me explicó lo que había sucedido “y me ayudó a generar esperanza en mi recuperación”.

Me salvaron

“La verdad, dice, pendí de un hilo y doy gracias a los intensivistas y a las enfermeras por el excelente servicio que recibí; gracias a ellos estoy vivo”.

Luego de la UCI, Mario David fue trasladado a sala de recuperación y el 26 de julio lo dieron de alta, un acontecimiento que él asumió como una victoria frente a una pandemia que lo atacó sin compasión.

“Yo perdí el conocimiento y cuando desperté estaba en la UCI. No tengo ni idea qué pasó todo ese tiempo. Cuando volví a la vida, los médicos y las enfermeras me empezaron a tranquilizar”.



El médico que vive en el vestier del hospital



Para el personal de primera línea, la pandemia ha puesto a prueba su vocación de servicio. Es el caso del doctor Andrés Rojas, un médico bogotano, egresado de la Juan N. Corpas, quien llegó a Tumaco (Nariño) hace 18 meses para atender temporalmente consulta externa y urgencias en el Hospital San Andrés, intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud ante su deterioro y postración.

En ese momento el Hospital atravesaba por una situación crítica, casi en condiciones de abandono. No tenía luz ni suministros, ni siquiera sanitarios. Los lavamanos no servían, los ventiladores eran inexistentes y no se disponía de monitores.



El doctor Andrés Rojas dejó todas sus comodidades para salvar vidas en el Hospital San Andrés de Tumaco.

Tampoco había Unidad de Cuidados Intermedios, pese a que es una institución de referencia a donde se remiten pacientes de 9 municipios del departamento.

Llega el virus

Al poco tiempo de su llegada al Hospital, empezó la propagación del virus en todo el

mundo y el interventor le pidió que le dictara unas charlas a la población y al personal médico sobre en qué consistía el coronavirus, de dónde provenía y qué podría pasar si llegaba al país. Como cada vez el contagio estaba más cerca y era evidente su agresividad, empezaron a montar la estrategia de atención preventiva.



Lo primero que había que hacer ante la nueva coyuntura era mejorar la infraestructura básica, abrir la UCI, reconstruir la Unidad de Cuidados Intermedios, dotar al Hospital de los insumos necesarios y capacitar a médicos generales y enfermeras jefe. Con la Supersalud, Minsalud, la alcaldía, la gobernación y la contribución del sector privado, se puso en marcha la estrategia.

El 6 de marzo de 2020 se reportó el primer caso de COVID-19 en Colombia. Poco tiempo después llegó a Tumaco. Con una capacidad instalada al 100% de uso y pacientes remitidos de los 9 municipios de referencia, no había otra alternativa que estar dispuestos las 24 horas.

Entonces canceló su reserva en el hotel El Paso y se

fue a vivir a las instalaciones de la institución. Como no había un espacio apropiado para montar un apartaestudio medianamente cómodo, el interventor le ofreció un vestier que se podía equipar con lo mínimo indispensable. Fue así como compró una base para cama sencilla, un clóset, le puso aire acondicionado y adquirió una línea de televisión por cable.

Las 24 horas

“Realmente, el hotel quedaba cerca del Hospital, pero en ese momento de 10 o 15 minutos podían significar la vida o la muerte de una persona”, dice. Rojas, un médico con posgrado en administración hospitalaria y maestrías en medicina interna de la Universidad de la Habana de Cuba y en salud

pública, que obtuvo en España, decidió abandonar cualquier comodidad para atender la demanda de servicios en Tumaco. Por la ESE, que tiene un potencial de demanda 45.000 pacientes, han pasado 2870 contagiados de COVID-19, con un saldo de solo 24 fallecidos durante el primer pico de la pandemia.

Actualmente el Hospital San Andrés está full. Ello implica que él como internista atienda a cualquier hora. No sale de sus instalaciones. Allí desayuna, almuerza y come. Atrás quedaron sus comodidades como médico de consulta externa en Colsanitas y en la Clínica Fátima de Anapoima. Ya completa 15 meses de vivir en el vestier y cree que estará allí hasta cuando se minimice el virus. 🌐



Luego de su intervención, el Hospital San Andrés de Tumaco, ha iniciado un proceso de recuperación, ampliación de servicios asistenciales y saneamiento financiero. Se han fortalecido las especialidades, se cuenta con atención en ortopedia, cirugía general las 24 horas, obstetricia y pediatría. Próximamente contará con unidad de imágenes diagnósticas de resonancia y sistematización del laboratorio clínico.



Según balance de Gina Tambini

OPS:

“manejo de la pandemia ha sido acertada”



La representante en Colombia de la Organización Panamericana de Salud, Gina Tambini, destaca los avances en el Plan Nacional de Vacunación, que pese a las limitaciones en recursos humanos, económicos y a las dificultades geográficas ha sido exitoso.

Foto: OPS





Foto: OPS

Experta en salud familiar y comunitaria, con reconocimientos por sus logros en la reducción de tasas de mortalidad en madres y niños en la región de las Américas, Gina Tambini, fue designada representante de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en agosto de 2018.

Médica, con maestría en Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Tambini llegó al país con propósitos muy diferentes a consagrar sus esfuerzos en la cooperación para contener la peor pandemia de los últimos 100 años. Sin embargo, como responsable en el pasado del programa de vacunas e inmunización en El Salvador y en Colombia, conoce lo que es trabajar en medio de urgencias y limitaciones.

En entrevista con Monitor Salud, la representante de la OPS advierte que la sola vacunación

no es suficiente para erradicar el contagio, que no se sabe hasta cuándo durará el virus y que entre los múltiples impactos que está dejando la COVID-19 está el aumento de la automedicación con antibióticos, que genera resistencia a los antimicrobianos.

A estas alturas de avance de la vacunación ¿qué balance desde el punto de vista de la OPS se puede hacer de la forma como se ha adelantado el proceso?

Pese a los desafíos que la introducción de una nueva vacuna representa, principalmente en territorios con limitado acceso a los servicios de salud, déficit en recursos humanos, factores económicos, acceso geográfico y cultural y otros determinantes sociales, el balance es positivo.

En este balance contribuye que, históricamente, el país se ha caracterizado por tener un programa ampliado de inmunización sólido y una inversión importante

“Se ha seguido un proceso riguroso de planeación operativa para la adquisición, distribución, aplicación del biológico, seguimiento y evaluación de avances del despliegue territorial de la vacunación”.

de recursos financiero para adquirir vacunas e insumos a través del fondo rotatorio de la OPS, y obtener vacunas eficaces, seguras y de calidad garantizada y en línea con las recomendaciones técnicas y políticas regulatorias.

Además, está definido un proceso logístico para aplicar más de 40 millones de biológicos al año, administradas a través de una infraestructura vigente con capacidad para almacenar 15 millones de dosis.

¿Y desde el punto de vista logístico, que era una de las grandes preocupaciones?

Se ha seguido un proceso riguroso de planeación operativa para la adquisición, distribución, aplicación del biológico, seguimiento y evaluación de avances del despliegue territorial de la vacunación, incluido el apoyo tecnológico y procesos de uso de regulación específica de emergencia. Para la distribución de la vacuna de la COVID-19 se han aplicado criterios técnicos de acuerdo con la asignación de vacunas por entidades territoriales y departamentales.

¿Cree que se han cumplido los objetivos de la vacunación?

Cada territorio, según sus propias particularidades, irá avanzando en el despliegue de la vacunación para garantizar, además de la vacunación, la vigilancia, la cadena de suministros, sistema de información, sin descuidar el programa regular a fin de mantener los logros en salud pública.



Se va avanzando en asegurar la vacunación de las personas de alto riesgo, como son quienes trabajan en salud, mayores de 60 años y los que tienen alguna comorbilidad, lo que equivale a 14 millones de habitantes, a fin reducir mortalidad, disminuir la incidencia de casos graves y proteger trabajadores de salud.

¿Cuáles son los grandes retos inmediatos?

Hay que generar inmunidad de rebaño, que permita más adelante recuperar actividades sociales y económicas que han sido afectadas por la pandemia. De igual manera, es necesario inmunizar a poblaciones migrantes que no tengan acceso a seguridad social, con apoyo a nivel internacional. A quienes sí cuenten con cobertura, aplicar los mismos criterios de priorización que los colombianos.

Actualmente, se está haciendo el despliegue de la vacunación en zonas rurales dispersas, resguardos indígenas con estrategias diferenciadas y de priorización. Podemos decir que se cuenta con capacidades para la preparación, planificación y para la vacunación contra la COVID-19.

Al principio existió temor por la idoneidad de la vacuna. ¿Ya se asimiló por completo la importancia y la credibilidad de la vacuna?

El desarrollo de vacunas representa muchos desafíos científicos y técnicos para lograr vacunas

Impacto de la pandemia

“La pandemia causada por SARS COVID-2 y la declaratoria global de emergencia de salud pública, con sus respectivas repercusiones internacionales desde inicios de 2020, -aún vigente a la fecha por la OMS-, es una experiencia nunca antes vivida por los países del mundo.

“Ha sido notorio el impacto en la economía global y sus repercusiones en las políticas sociales y en

los planes de desarrollo de todos los países con la pérdida de empleos y el incremento del empleo informal. Ha afectado el acceso a servicios de salud y la interrupción de atenciones de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer; y, en un primer orden, la salud mental y la violencia”.



que sean seguras y efectivas, lo cual requiere además tiempo e inversión de recursos. A nivel global se han unido esfuerzos

colaborativos sin precedentes para desarrollar una vacuna que permita enfrentar la pandemia de la COVID-19.



Hay que destacar que las vacunas COVID-19 adquiridas a través del mecanismo COVAX son seguras y efectivas. Han sido evaluadas de forma rigurosa y exhaustiva por la OMS y también en muchos casos por las autoridades reguladoras nacionales. Ellas reducen drásticamente las posibilidades de síntomas graves por la enfermedad.

¿Es suficiente la vacunación para erradicar la pandemia?

La vacuna no debe ser la única estrategia. Es necesario continuar monitoreando la propagación del virus, el distanciamiento físico, la higiene de manos, el uso de mascarillas y además del

“Debemos permanecer atentos con las medidas de salud pública que sabemos son efectivas, especialmente para detectar nuevas variantes del virus”.

reforzamiento del Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) que impulsa el Ministerio de Salud.

Igualmente, se deben continuar reforzando los mensajes

clave sobre la seguridad y efectividad de la vacuna, pues de esta forma se contribuirá a modificar el rumbo de esta pandemia, para lo cual debemos llevar esta vacunación a los más vulnerables. Debemos permanecer atentos con las medidas de salud pública que sabemos son efectivas, especialmente para detectar nuevas variantes del virus.

La OPS trabaja en temas de salud en todos los países de América Latina y el Caribe. ¿Comparativamente, cómo le ha ido a Colombia con la vacunación?

Desde el nivel global OMS, regional y desde la oficina de país, la OPS-OMS ha puesto a disposición los diferentes marcos globales y regionales, orientaciones y recomendaciones técnicas del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE), que han sido utilizados como referencia para la elaboración del Plan Nacional de Vacunación.

El Plan se basa en la Guía de OMS para el desarrollo de un plan nacional de despliegue y vacunación, en el marco de valores para la asignación y priorización y la hoja de ruta para el establecimiento de prioridades del SAGE de la OMS en el uso de vacunas contra la COVID-19, lo que le ha permitido la determinación de los grupos prioritarios que están recibiendo la vacuna según las fases y etapas definidas, principalmente mientras el suministro sea limitado.



Foto: OPS



¿Cómo ve el componente institucional para el manejo de la vacunación?

El país cuenta con un comité asesor del Ministerio bajo la Resolución 1270 de 2020, integrado por todo el aparato del Estado y otras instancias académicas para poder tener un mejor acompañamiento en la toma de decisiones sobre las vacunas.

También se definió con el Decreto 1259 de 2020 y la Resolución 1628 de 2020 la generación de una instancia de coordinación y asesoría compuesta, además, por el Ministerio de Hacienda, el DNP, Invima, Instituto Nacional de Salud, Ascofame y la Asociación Colombiana de Infectología, entre otros, así como invitados necesarios para garantizar una buena toma de decisiones complejas, como la Procuraduría, Contraloría y Defensoría del Pueblo.

Colombia, además de adquirir vacunas a través de mecanismos bilaterales, se adhirió a la compra de vacunas a través del Mecanismo COVAX.

¿Pero ha funcionado ese mecanismo?

Es un mecanismo que fue establecido con el fin de acelerar el acceso equitativo a vacunas apropiadas, seguras y eficaces y que ofrece la mejor opción al acceso oportuno a vacunas candidatas exitosas para al menos el 20% de la población, permitiendo una distribución equitativa para todos en el mundo.

Las compras bilaterales, si bien son más rápidas, de acuerdo con la negociación, los riesgos son más altos y COVAX ofrece varias ventajas y minimiza los riesgos.

¿Se podría calificar como oportuna y exitosa la participación del país en ese mecanismo?

Fue el primer país de la región de las Américas que recibió las vacunas a través del mecanismo COVAX. Ello en razón a que Colombia estaba preparada con una disposición desde el más alto nivel político, técnico y estratégico y porque contaba con un Plan de Vacunación. A la vez tenía lineamientos técnicos, seguimiento a la herramienta de autoevaluación de la disposición operativa para la introducción de la vacuna contra la COVID-19 y una institución regulatoria sólida.

Colombia es uno de los países con muchos migrantes, sobre todo de Venezuela.

¿Cuál ha sido el papel de la OPS en este tema?

Se ha trabajado en varios frentes como el apoyo a la respuesta humanitaria y fortalecimiento de las competencias de las autoridades territoriales de salud, mediante la cooperación técnica; en la adaptación de las políticas, programas y marcos legales con miras a promover y proteger la salud y el bienestar de la población vulnerable; y en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud para la población vulnerable, afectada por eventos de origen natural y epidémico.

También se viene trabajando en el fortalecimiento de las alianzas, las redes y los marcos multipaís con el fin de promover y proteger la salud de los migrantes y población vulnerable.

Foto: OPS



Es difícil prever cuándo estemos en pospandemia, pero según las proyecciones de la OPS ¿en cuánto tiempo habrá desaparecido el virus?

Con la información disponible al día de hoy, la OPS-OMS no ha estimado una fecha del fin de la epidemia. Lo importante es mantener y fortalecer las medidas de salud pública que se están aplicando para el control de la epidemia dentro de cada uno de los componentes de la respuesta: vigilancia epidemiológica incluyendo el aislamiento de casos y rastreo de contactos, mejoras de la capacidad de diagnóstico incluyendo pruebas de secuenciación genómica, manejo de casos

“Con la información disponible al día de hoy, la OPS-OMS no ha estimado una fecha del fin de la epidemia. Lo importante es mantener y fortalecer las medidas de salud pública”.

clínicos, vacunación, participación comunitaria y comunicación, etc.

¿Por qué es tan difícil estimar una fecha?

No es posible estimar una fecha del fin de la epidemia porque aún hay múltiples variables inciertas que están progresivamente esclareciéndose a través de la evidencia científica, como la rapidez

de vacunación y cantidad de dosis a nivel global. También se depende de la evolución genética del virus, mutaciones y aparición de variantes (aún no es claro, el impacto en términos de transmisibilidad, severidad y efectividad de las vacunas disponibles). Igualmente, está de por medio el cumplimiento de medidas comunitarias preventivas de transmisión de COVID-19.

Consecuencias y afectaciones

“Vivir confinados en los hogares ha llevado sin dudas al incremento de la ingesta de alcohol, tabaco, sumado esto a la falta de actividad física y recreación, lo que contribuye de manera muy negativa en la salud integral de las personas.

“La depresión mental es un reflejo de estas condiciones estresantes de vida desde la declaración de la pandemia por la COVID-19. La permanente atención a noticias sobre la enfermedad y la muerte por el virus, la incertidumbre y la pérdida de oportunidades o postergación de planes han gravitado en

nuestras perspectivas de futuro inmediato y mediano plazo.

¿Cómo superar este impacto?

El liderazgo nacional, departamental y local; la respuesta desde el sector salud, sumado a la vocación de servicios del personal sanitario y la sociedad en su conjunto, ha hecho posible que vayamos superando los enormes desafíos que nos ha presentado la COVID-19. El hecho de que se esté dando una positiva respuesta al Plan Nacional de Vacunación y atender las recomendaciones de bioseguridad son aspectos muy importantes.



Según la OMS, existen más de 200 tipos de zoonosis conocidos. ¿Qué medidas preventivas se deben adoptar para evitar contagios a través de animales?

El término zoonosis se refiere a las enfermedades infecciosas transmitidas desde los animales hacia los humanos, y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos. Estas infecciones pueden ir desde leves hasta severas comprometiendo la vida de los pacientes. Para evitar los contagios, deben tomarse medidas básicas de autocuidado.

La resistencia a los antimicrobianos es una amenaza a la salud y al desarrollo mundial, según la OMS. ¿Cómo está Colombia en esta materia?

De acuerdo con la OMS, las muertes por bacterias multi-resistentes podrían ascender a 10 millones de personas con pérdidas económicas mayores a los 100 billones de dólares. Los factores relacionados con esta resistencia son principalmente el uso indiscriminado de antibióticos en salud humana y animal.

En Colombia se ha conformado una mesa intersectorial para el abordaje de la resistencia antimicrobiana, en donde participan los ministerios de Salud y Protección Social, Agricultura y Desarrollo Rural, y Ambiente y Desarrollo sostenible, junto con sus entidades adscritas (INS, Invima, Agrosavia e ICA).



¿Qué se está haciendo para evitar la automedicación?

Se está trabajando con la comunidad en campañas de concientización para expendedores de medicamentos (farmacias) y para la población en general desde

Minsalud y el ICA, haciendo énfasis en la necesidad de evitar la automedicación en humanos y animales. La automedicación no solo aumenta la selección de bacterias resistentes, sino que conlleva a efectos secundarios. ©

Exitosos resultados de las convocatorias de Supersalud a IPS y EPS en el último año

El billón de la pandemia

Más de 1.600 mesas de flujo y jornadas de conciliación virtuales o semipresenciales se han traducido en recursos para las finanzas de cerca de 1.000 clínicas y hospitales en todo el país.



Dicen que hablando se entiende la gente. Y esa es la filosofía que pone en práctica la Superintendencia Nacional de Salud cada vez que convoca a los representantes de clínicas y hospitales con sus deudores (EPS y entidades territoriales) para que lleguen a unos acuerdos de pago que permitan la normalización de la cartera.

La Supersalud dispone de dos mecanismos clave para desarrollar estas convocatorias: las mesas de flujo de recursos y las jornadas de conciliación. En ellas, las partes son citadas formalmente y sus apoderados deben contar a la mano con los documentos, soportes y hasta facturas de prestación de servicios para aclarar las cuentas.



Entre marzo de 2020 y marzo de 2021, es decir en el primer año de la pandemia, se han convocado y facilitado más de 1.600 encuentros en todo el país, en los cuales se han suscrito compromisos de pago por cerca de un billón de pesos.

La mayoría de estas mesas y audiencias se han llevado a cabo de manera virtual y para ello se atendieron todos los protocolos de bioseguridad. Pero cuando las condiciones epidemiológicas lo han permitido, los equipos de la Superintendencia han ido hasta las regiones para realizar jornadas de conciliación de forma semipresencial.

Necesidad imperiosa

Los acuerdos económicos obtenidos tanto en las mesas de flujo de recursos como en las audiencias de conciliación se ven reflejados en nuevos proyectos y servicios que benefician la atención de los usuarios de la salud.

Un ejemplo es el del Hospital Universitario Hernando Moncaleano, de Neiva, que ya comenzó a hacer realidad el sueño de contar con un área dedicada exclusivamente a atender a las madres gestantes de la región.

Con los dineros obtenidos en las mesas de flujo de la Supersalud, más otros del Ministerio de Salud y de Adres, este hospital ya cuenta con los fondos para construir y dotar una torre especializada en la atención materno infantil.

Otro caso es el del Hospital Universitario San Jorge, de

Los compromisos de pago que resultan de las conciliaciones y las mesas de flujo constituyen un alivio para las finanzas de esa red prestadora pública y privada que atiende a los usuarios cada vez que acuden a los servicios médicos.

Pereira, una de las instituciones que más ha utilizado esos recursos para cumplir con el pago de los salarios a sus colaboradores y proveedores.

“Estos instrumentos de la Supersalud y su acompañamiento han sido de mucha utilidad. Nos han ayudado a mejorar el flujo de caja y a apalancar los servicios de la institución. Con esos dineros hemos podido pagar sueldos y comprar insumos que necesitábamos. Hacerlas virtuales fue una experiencia novedosa”, dice Juan Carlos Restrepo, gerente de ese hospital.

Herramienta útil

Para las instituciones prestadoras de salud, los recursos obtenidos también han servido para mejorar su capacidad de respuesta y atención a los pacientes críticos durante esta pandemia.

“Los recursos que hemos recibido entran al rubro de gastos generales y por eso nos ayudaron al crecimiento de las camas UCI y de cuidados intermedios. Además, como la facturación se nos cayó en un 70% durante la pandemia, estos recursos nos han ayudado

para el pago del personal”, dice César Edmundo Sarria, gerente del Hospital Universitario San José de Popayán.

En este primer año de la pandemia se han realizado cerca de 1.000 mesas de flujo que han posibilitado acuerdos para 430 IPS públicas y privadas de todos los departamentos.

Y en jornadas de conciliación se han logrado cerca de 600 acuerdos y alrededor de 130 pagos por la figura de desistimientos, es decir ejercicios de depuración de cartera que se evidencian en pagos por parte de las entidades territoriales y EPS antes de que se celebren las audiencias con las IPS correspondientes.

“Hemos tenido éxito en nuestras audiencias de conciliación y los acuerdos pactados han sido cumplidos por las EPS. Esta herramienta de la Supersalud es muy útil para obtener un flujo de recursos de manera más regular y sostener, así, la operatividad de las instituciones”, dice Álvaro Cardoso Castro, director del hospital departamental San Juan de Dios, de Puerto Carreño (Vichada).



Flujo de recursos

Una de las jornadas más exitosas por número de participantes y monto de acuerdos conciliados fue la que se realizó a comienzos de marzo de este año de manera semipresencial en Barranquilla.

Hasta allá se desplazó todo el equipo de conciliaciones de la Superintendencia para poder desarrollar en campo una gestión más cercana y facilitar muchas de las audiencias programadas.

En esa jornada, por ejemplo, se lograron compromisos de pago por más de 54.000 millones de pesos para 24 clínicas y hospitales de los departamentos de Atlántico y Magdalena.

Además de la suscripción de acuerdos conciliatorios y compromisos de pago, se lograron avances significativos para depurar cartera entre EPS e IPS por cerca de 19.000 millones de pesos.

“Con estos acuerdos entre las partes buscamos darles mayor sostenibilidad financiera a las



instituciones de salud porque eso redunda en la prestación de un mejor servicio a todos los colombianos”, explica Ivhon Adriana Flórez, Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

‘Oxígeno’ por billones

A partir de la llegada del actual Superintendente, Fabio Aristizábal Ángel, se dio una reactivación de estos instrumentos -mesas de flujo y jornadas de

conciliación- y por ello los montos conseguidos para las IPS en estos 33 meses de gestión son históricos.

Desde agosto de 2018 a marzo de 2021 se ha logrado facilitarles cerca de 2,2 billones de pesos a las clínicas y hospitales en los 32 departamentos del país.

Por supuesto, antes de la pandemia y las consecuentes medidas de confinamiento, tanto las mesas como las jornadas se realizaban de manera presencial.

Presencia en territorios

Desde el primer momento, una de las instrucciones de la actual administración de la Superintendencia fue hacer presencia directa en los territorios para que los actores de la salud sintieran la cercanía y el acompañamiento de la Entidad.

Estos espacios de interacción entre EPS, entidades territoriales e IPS se hacen frecuentemente por solicitud de los propios prestadores,

pero también se propician cuando la Supersalud detecta altos niveles de incumplimiento por parte de las entidades responsables de pago.

De esta manera, en medio de la virtualidad, la Superintendencia continúa con el compromiso de darles oxígeno financiero a las instituciones prestadoras con el objetivo de que haya garantías para una mejor atención de los usuarios de la salud. ©



Un grupo élite de 80 profesionales hacen seguimiento estricto al proceso

El 'ojo'

en la vacuna

La Supersalud desplegó la mayor estrategia de inspección y vigilancia para verificar el cumplimiento de los lineamientos por parte de EPS, IPS y entes territoriales en el Plan Nacional de Vacunación.



Vacunar por primera vez y de forma masiva a 35 millones de colombianos es otro de los enormes retos que ha tenido que enfrentar el sistema de salud durante el último año: adecuar en tiempo récord la infraestructura y la logística en cada uno de los departamentos para la conservación de los biológicos, capacitar a todo el personal de vacunación, y entre muchos otros, lograr una mayor articulación entre las EPS, IPS y Secretarías de Salud en los territorios.

Este nuevo desafío, en medio de una pandemia que parece no dar tregua, ha hecho también que inspeccionar y vigilar el Plan de inmunización nacional

se convierta en un compromiso retador, pues ‘ponerle el ojo’ a la vacuna ha implicado el diseño y la puesta en marcha de una estrategia logística sobre un proceso tan ambicioso que ha requerido un despliegue simultáneo de decenas de profesionales en todo el país.

Desde finales de febrero la Supersalud emprendió la mayor estrategia de inspección y vigilancia a través de un grupo élite conformado por 80 profesionales que, divididos en 12 equipos, se desplazan a los territorios para verificar las acciones desarrolladas por las IPS, EPS y Secretarías de Salud según los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud para la vacunación contra

la COVID-19 en las etapas de alistamiento, operación y seguimiento contempladas en el Plan.

Paralelo a las acciones que cumple el grupo élite, la Supersalud aborda casos emergentes que se van presentando aleatoriamente en el territorio y que son puestos en conocimiento por parte de la ciudadanía, el personal de la salud, las mismas entidades territoriales, los medios de comunicación y los entes de control.

A estos casos puntuales la Supersalud les pone la lupa y hace zoom sobre la ejecución de todo el proceso de vacunación adelantado por la EPS, la IPS y/o la Entidad Territorial para identificar las fallas e incumplimientos que se pueden estar generando.

En esta segunda línea de trabajo se han abordado casos mediáticos como el de la politóloga, las jeringas vacías y el salto a la fila, entre otros, que también han sido objeto de visitas de inspección especial.

Líneas de acción

Son estas dos líneas de inspección y vigilancia las que han permitido a la Superintendencia tener una visión periférica de la ejecución del Plan Nacional de Vacunación en todo el país y, además, generar alertas preventivas para que los prestadores, como aseguradores y entes territoriales implementen las acciones de mejora correspondientes o de persistir los incumplimientos se inicien los procesos administrativos que pueden derivar en sanciones.



INSPECCIÓN Y VIGILANCIA AL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN



A mediados de marzo de este año el grupo élite concluyó el primero de cuatro ciclos de visitas de inspección y vigilancia programados para hacerle seguimiento a la vacunación. Este inició en plena etapa de

alistamiento y cubrió hasta la vacunación de la fase 1.

El balance de este despliegue nacional de supervisión deja un total 1.205 alertas que el mismo Superintendente Nacional de Salud, Fabio Aristizábal Ángel, ha denominado como

preventivas, pues, como él mismo lo explica, el primer ciclo de auditorías se hizo para que los actores implementaran las acciones de mejora a las observaciones tempranas, antes de que se iniciara la vacunación masiva.



Paralelo a las acciones que cumple el grupo élite, la Supersalud aborda casos emergentes que se van presentando aleatoriamente en el territorio y que son puestos en conocimiento por diferentes actores.





En total, fueron 39 visitas de inspección a las diferentes Secretarías de Salud departamentales y distritales, a 31 EPS y 68 IPS, las cuales se volvieron a programar a partir de la tercera semana de abril como parte del segundo ciclo de seguimiento al plan de vacunación.

Ese enfoque preventivo de las alertas fue bien aceptado

por los actores de la salud en los territorios.

Buen recibo

Carlos Andrés Vasco, secretario de Salud de Montería, consideró las visitas del equipo de la Supersalud como “un acompañamiento previo con función preventiva, para la ejecución del plan de acción más importante

que se ha desarrollado en el país en las últimas décadas”.

Para Alma Solano, secretaria de Salud del Atlántico, las auditorías han sido importantes para el proceso. “De la mano con ellos hemos venido identificando debilidades sobre las que hemos tenido que trabajar y, sobre todo, fortalecer las estrategias que nos han funcionado”.

Por su parte, Andrea Palacios Polanía, coordinadora de Promoción y Prevención del Magdalena, dijo que “es un gran acompañamiento y respaldo que significa transparencia en este proceso, no solo en la asignación si no que se garantiza que va a llegar a toda la población”.

Omar Perilla, gerente de la Subred Occidente de Bogotá, afirmó que esta política de acompañamiento es muy importante porque cambia el rumbo. “El acompañamiento y los hallazgos nos permiten hacer un plan de mejoramiento. Es fundamental porque es un proceso nuevo y estamos en una curva de aprendizaje”.

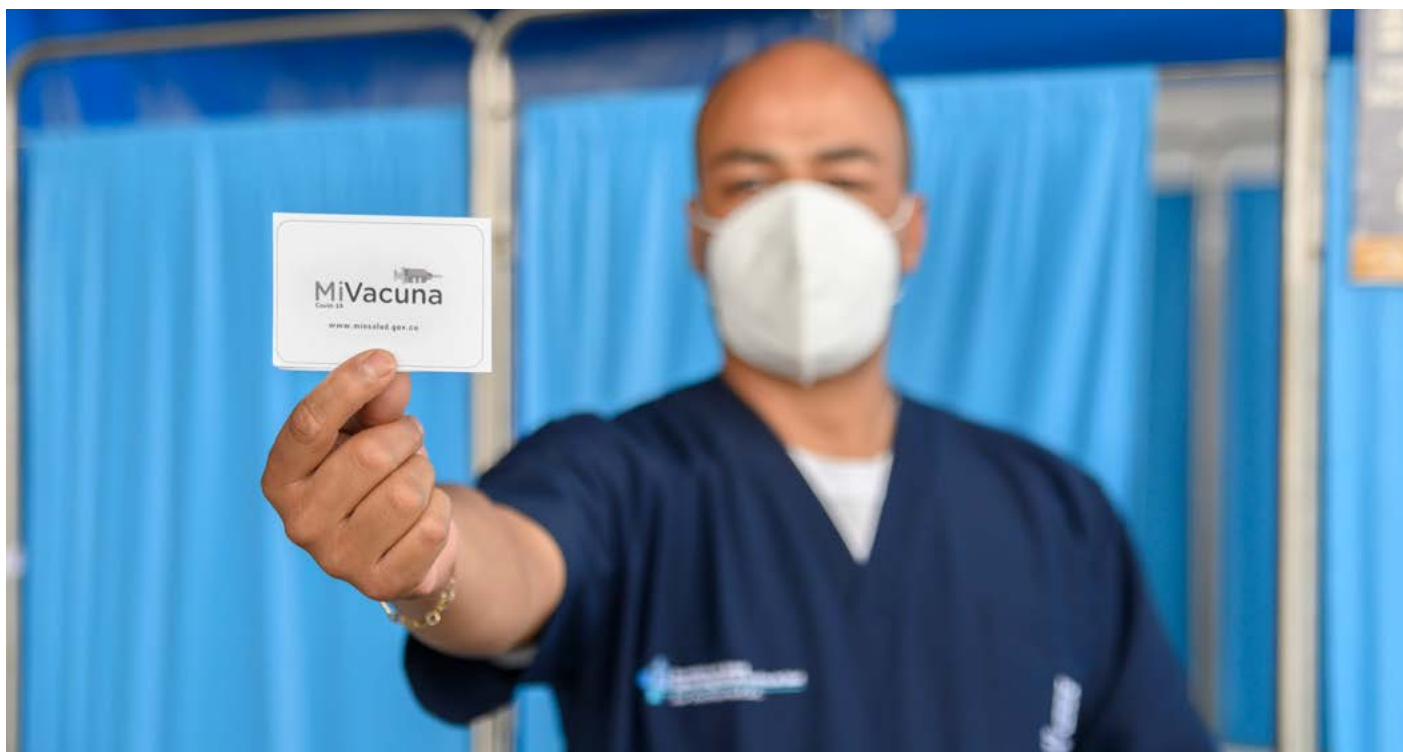
Javier Villamizar Suárez, secretario de Salud de Santander calificó la visita de la Superintendencia como “pedagógica para ir articulando y tener buenas herramientas”.

Y, Humberto Mendoza Charris, secretario Distrital de Salud de Barranquilla, afirmó que “estas visitas llegan en buena hora porque ayudan mucho para que en este primer semestre se tengan gran cantidad de ajustes”.

Crterios sobre los que puso la lupa Supersalud

- Condiciones de habilitación y disponibilidad de recursos
- Agendamiento de citas y aplicación de vacuna
- Medidas de bioseguridad
- Cadena de frío
- Eventos adversos al proceso
- Reportes en sistemas de información
- Articulación con los actores del sistema
- Talento humano
- Reportes en sistemas de información
- Vigilancia en salud pública
- Plan de comunicación y educación
- Postulación y manifestación de desacuerdos
- Planificación para implementar el Plan de Vacunación
- Aspectos financieros

De no identificar las acciones de mejora sobre los correctivos solicitados, la Superintendencia iniciará los procesos y eventuales sanciones a que haya lugar.



Principales alertas

En términos generales, el mayor número de alertas preventivas se concentran en 6 aspectos donde los actores deben hacer mayores esfuerzos.

En la estructuración de los planes de acción de la vacunación contra COVID-19.

Una mejor articulación entre los actores del Sistema de Salud en el territorio (Secretarías, EPS e IPS).

Mas celeridad y efectividad en la actualización de las bases de datos de afiliados, en el agendamiento de citas y en

la búsqueda activa de afiliados para que asistan a la cita de vacunación.

En la disponibilidad y capacitación del recurso humano.

En el fortalecimiento de la aplicación de las medidas de bioseguridad tanto para pacientes como para el talento humano en salud.

Y en la rigurosidad con la custodia, conservación y disposición de los biológicos e insumos para aplicar la vacuna. En la cadena de frío y la gestión de insumos. ©

Encuesta revela alta satisfacción de usuarios que estrenaron EPS

Un diagnóstico alentador



La mayoría de los usuarios trasladados de EPS entre 2019 y 2020 reconocen una gran mejoría en los servicios de salud que vienen recibiendo.

Más de cuatro millones de colombianos lograron ‘estrenar’ salud en los últimos dos años luego de que la Superintendencia Nacional de Salud sacara de funcionamiento, total o regionalmente, las EPS donde se encontraban afiliados.

Muchos de estos usuarios vivieron en carne propia situaciones como atraso en el suministro de medicamentos,

imposibilidad de conseguir una cita con un médico especialista, interrupción en su tratamiento de salud o tener que esperar meses enteros para que les autorizaran una cirugía vital.

Esas crecientes barreras al acceso de la salud, sumadas al deficiente desempeño administrativo y financiero de las EPS, ponían en riesgo la prestación de los servicios y amenazaban la sostenibilidad del sistema.



“Los resultados arrojados muestran una satisfacción mayoritaria, tanto con la EPS receptora como con la red prestadores de servicios”.

Por eso, para evitar un mayor perjuicio financiero en las redes de prestación contratadas por estas EPS y para asegurar la protección de salud a estos usuarios, entre 2019 y 2020 la Superintendencia tomó medidas administrativas como la revocatoria -parcial o total- o la liquidación definitiva de 8 EPS: Comfacor, Emdisalud, Cruz Blanca, Saludvida, Medimás, Comparta, Comfamiliar Cartagena y Comfacundi.

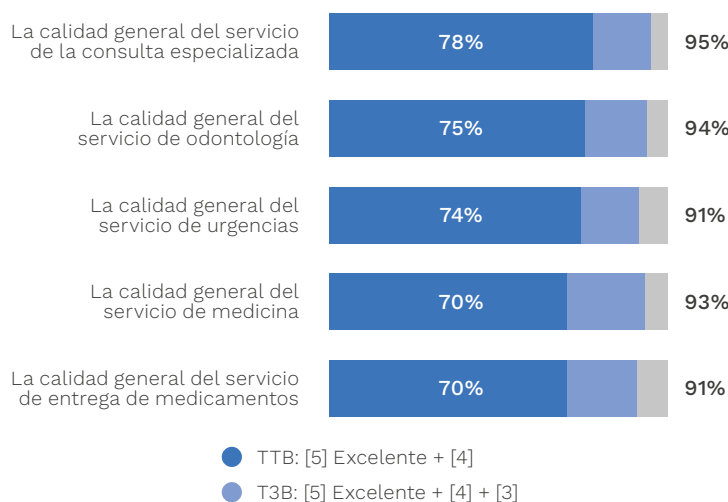
Reasignaciones

Como efecto inmediato de estas decisiones de la Supersalud, los afiliados fueron asignados y trasladados por el Ministerio de Salud a EPS receptoras que les permitían garantizar el acceso a los servicios con calidad y oportunidad.

“Los usuarios han sido siempre el foco inspirador de todas esas actuaciones que hemos tomado para protegerlos de aquellas EPS que no ven la salud como un derecho”, explica el Superintendente Nacional de Salud, Fabio Aristizábal Ángel.

En ese sentido, agrega, para la Supersalud es fundamental conocer la percepción de los usuarios frente a los cambios que han generado las medidas. Por eso, a comienzos de este 2021 se hizo el ejercicio de conocer cómo les ha ido a los usuarios que fueron trasladados

CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO POR LA ACTUAL EPS



y que ‘estrenaron’ EPS en los últimos dos años.

Para ello contrató una encuesta con el Centro Nacional de Consultoría que sondeó la percepción de una muestra representativa de esta población de usuarios.

En vía de la excelencia

Los resultados arrojados muestran una satisfacción mayoritaria, tanto con la EPS receptora como con la red prestadores de servicios.

Según la encuesta, el 89% de los consultados calificó de buena o excelente la calidad de los servicios que les prestan las actuales EPS.

Un porcentaje similar, 90%, consideró como buena o excelente la experiencia global de los servicios que recibe de su EPS receptora, y ese mismo porcentaje califica en iguales términos la calidad de los servicios que le prestan las IPS para la atención de salud.

EL 89%
calificó de buena o excelente la calidad de los servicios que les prestan las actuales EPS.



“Los positivos resultados de esta encuesta nos confirman que estamos cumpliendo con nuestro propósito de garantizarles a los usuarios un mejor aseguramiento y una mayor calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud”, considera el Superintendente Aristizábal Ángel.

Mejor calidad

Los mejores índices en la encuesta se dan al medir la percepción sobre servicios específicos. El 95% de los usuarios trasladados calificaron entre ‘excelente’, ‘muy bueno’ y ‘bueno’ el acceso y servicio a medicina especializada, un 94% al servicio de odontología, un 93% a medicina general y un 91% a la entrega de medicamentos y urgencias.

Frente a la calidad de los programas de salud que vienen recibiendo después de ser trasladados, las percepciones también son mayoritariamente positivas.

Por ejemplo, el 91% de personas consultadas aseguran que en

caso de estar gravemente enfermas pueden acceder de manera oportuna a los servicios de salud de su actual EPS.

Beneficios

Esta tendencia mayoritaria también se evidencia cuando el 91% de los usuarios contestan, con varios rangos de probabilidad, que si les ofrecieran cambiar de EPS no lo harían, sino que continuarían utilizando los servicios de la EPS a la que fueron trasladados.

En esa misma línea, un 87% estuvo de acuerdo en afirmar que la actual EPS garantizaba la atención requerida, en tanto que el 81% opinó que en su Entidad Promotora de Salud contaba con funcionarios amables.

En la lista de beneficios que han encontrado estos usuarios en sus EPS receptoras, figuran: calidad de la atención, asignación de citas y entrega de medicamentos, entre otras.



Un cambio necesario

De acuerdo con la encuesta, un 78% de los usuarios calificó de buena o excelente la solución que le dieron a su necesidad de salud cuando tuvieron la última consulta médica.

Asimismo, a la pregunta ¿qué tan fácil le fue acceder a servicios de salud, exámenes hospitalizaciones, consultas médicas y terapias?, un 77% respondió que fácil o muy

fácil, con lo cual se observa que en sus EPS actuales pueden acceder a servicios donde antes encontraban barreras.

Finalmente, según los resultados, 7 de cada 10 consultados consideró que la EPS es oportuna en las respuestas cuando se solicita un servicio y un número similar dijo sentir apego por su actual EPS. ☺

El reconocido psiquiatra colombiano, investigador y docente de la facultad de medicina de la Universidad Descartes de París y miembro del equipo de internistas del Hospital Americano de la capital francesa, Luis Guillermo Álvarez, considera que cuando pase el actual trance de la COVID-19, se puede presentar una ola de pandemia que ya no sería epidemiológica sino mental.

“Salud
mental:
la próxima pandemia”



Luis Guillermo Álvarez es un médico colombiano, radicado en Francia desde hace muchos años, reconocido internacionalmente por sus investigaciones en el área de psiquiatría infantil. Es autor de 6 libros, entre ellos “La Psiquiatría del Bebé” y “Psiquiatría del Embarazo: de la Mujer a la Madre”. Actualmente es el responsable de la Unidad de Psicología Perinatal en el Hospital Americano de París y docente en la facultad de Medicina de la Universidad París V René Descartes.

La enumeración de trastornos mentales asociados a la pandemia de la COVID-19 es larga: ansiedad, depresión, angustia, estrés, tristeza, insomnio y desesperanza, entre muchos otros. Algunos han desembocado en suicidios y en adicciones o abusos a ciertas sustancias farmacológicas.

De hecho, según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 14 y el 20% de los adolescentes del planeta experimentan trastornos mentales, pero estos no se diagnostican

ni se tratan adecuadamente. La depresión, precisa el organismo de la ONU, es la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de edades entre los 15 y los 19 años.

Lo que ha hecho la pandemia de la COVID-19, afirma el experto en siquiatria, internista y profesor universitario en París, Luis Guillermo Álvarez, es no solo aumentar este tipo de trastornos sino revelar las fragilidades de “nuestra sociedad” y la ausencia de programas de bienestar, tanto en algunos países ricos como en los más pobres y los que están en vía de desarrollo.

Los más afectados

Según el experto, quien es autor de seis libros sobre siquiatria y numerosos ensayos sobre salud mental, los más afectados por la pandemia no serán los bebés (salvo que se presente violencia intrafamiliar), sino los adolescentes escolares en etapas más avanzadas y los adolescentes adultos. Los mayores, por supuesto, sufrirán y hasta se sentirán culpables, y en mayor nivel las mujeres que soportan una gran carga mental.

Monitor Salud entrevistó al doctor Álvarez, quien coincide con la teoría de un grupo de siquiatrias de Europa (donde reside) y de Estados Unidos, según la cual la próxima pandemia será la de salud mental, por lo que los tomadores de decisiones públicas deberían priorizar la atención a esta rama de la salud.

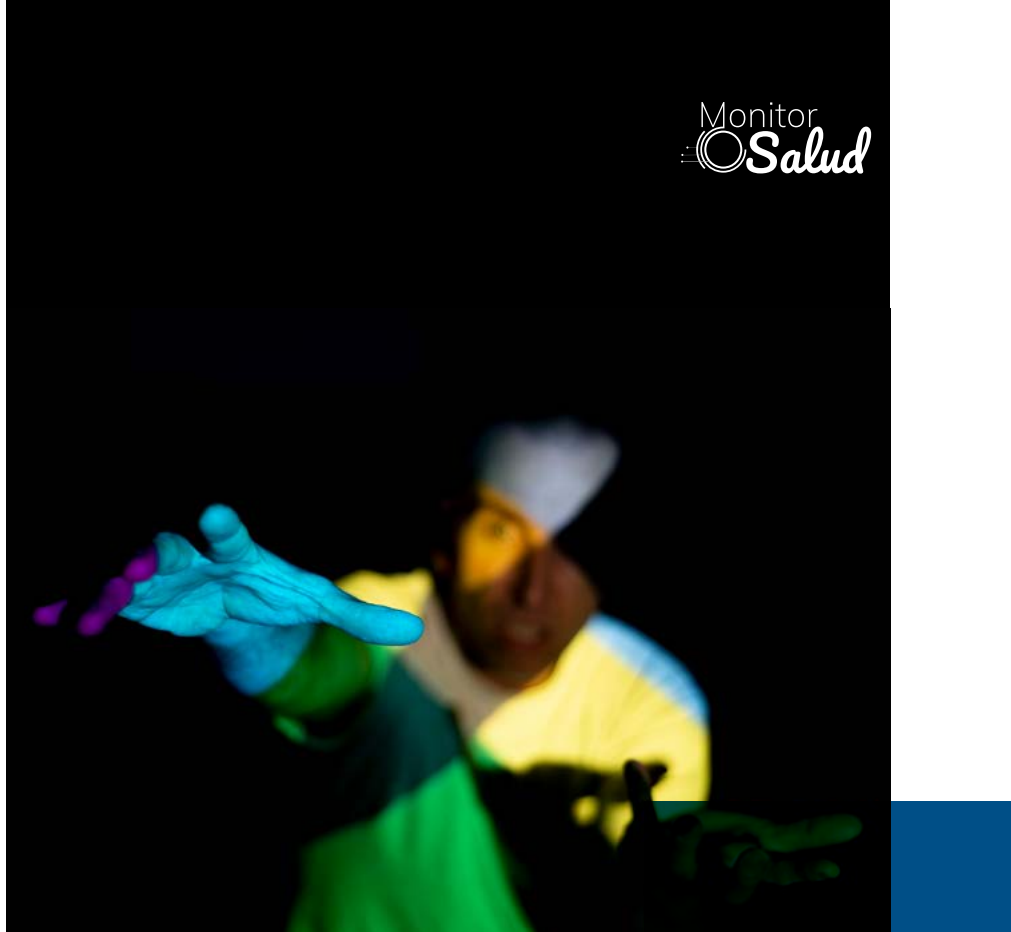


¿Cuáles serán las principales secuelas desde el punto de vista de salud mental que dejará la pandemia?

Estamos viviendo como sociedad una experiencia inédita en la cual tenemos que aprender a vivir en una era de la urgencia y la amenaza. Las perspectivas económicas y sociales son sombrías y todo esto crea un nivel de estrés bastante elevado en todas las capas de la población. Las personas que ya tenían algún trastorno mental van a experimentar trastornos agravados, que será una secuela directa de la pandemia. A la vez la COVID-19 está afectando también a todas aquellas personas que tenían alguna fragilidad y las están haciendo sufrir.

¿En qué puede derivar toda esta situación?

La consecuencia directa de este clima de estrés es el aumento de la violencia intrafamiliar y conyugal. Quienes son los principales afectados de esta situación son los niños. También estamos observando que los jóvenes están siendo muy golpeados por la pandemia porque se sienten solos, desincertados. Las universidades, las entidades de formación secundaria y terciaria, que significaban para ellos un lazo social, lo están dejando de ser, lo cual hace que se sientan solos, aislados y empobrecidos. En Europa, por ejemplo, está aumentando la tasa de suicidios y la desesperanza.



¿Cuál es el impacto en jóvenes y adultos?

Los adolescentes y los jóvenes adultos son las capas de la población que están sintiendo el mayor azote de esta pandemia en términos de salud mental. En lo que se refiere a las personas más maduras y a las de tercera edad, viven la pandemia con un mayor riesgo y, además, cargan la culpa en cierta manera de entorpecer la marcha de la sociedad y todo esto hace que su cotidiano se vea ausente de sentido. Entonces estamos viendo mucho aislamiento y mucha depresión en hombres y mujeres de edad. Hay que recalcar que las modificaciones de vida cotidiana han acrecentado la carga mental de las mujeres. Ellas son también las grandes afectadas por la pandemia.

“Todas estas facetas de la humanidad, las mejores y las peores, la pandemia las revela y las muestra en toda su dimensión. Es decir, una vez más, la humanidad es capaz de lo mejor y de lo peor”.



“Hay suficiente material científico donde se documenta el grave problema de salud mental en el mundo. Ahora bien: esta pandemia está revelándonos las fragilidades y las fuerzas que todos tenemos”.

¿Cuando llegue la pos-pandemia, la sociedad necesitará un tratamiento médico, sobre todo quienes padecieron trastornos como ansiedad, depresión, angustia y estrés?

Primero que todo esto requiere un tratamiento de sociedad. La angustia y el estrés generalizado que está viviendo nuestra sociedad no es una enfermedad mental, sino un fenómeno social y político. Yo creo que nos equivocaríamos considerando esta situación bajo el prisma de la enfermedad mental porque se está sufriendo como sociedad. Entonces, en términos generales, la principal respuesta tiene que ser de tipo social. Es importante precisar que todo depende de la capacidad de adaptación de las personas, que es diferente en cada individuo.

¿Lo que usted nos quiere precisar es que no todo lo que aparezca como trastorno mental es culpa de la pandemia?

Claro. Hay suficiente material científico donde se documenta el grave problema de salud mental en el mundo. Ahora bien: esta pandemia está revelándonos las fragilidades y las fuerzas que

todos tenemos. Algunas personas frágiles, con pobre capacidad de adaptación, van a sufrir, incluso, van a llegar a situaciones de trastornos mentales. Por supuesto que ellos sí necesitan una asistencia médica y psiquiátrica. Pero el resto lo que necesita es una respuesta política para aliviar el peso que se hereda de la pandemia, y esto es lo que no estamos viendo aparecer de forma coherente en ninguna sociedad, ni rica ni pobre.

¿El distanciamiento social y con mayor razón el aislamiento que han sufrido algunas personas, niños y jóvenes, puede incidir en la conducta y comportamiento de las generaciones futuras?

Los humanos somos seres sociales. Hay demasiada evidencia científica que demuestra que necesitamos ternura, contacto físico, contacto emocional, compartir nuestros sentimientos para poder formar ciertos comportamientos. Infortunadamente, esta pandemia está poniendo en peligro nuestra naturaleza humana. Nuestras posibilidades de vivir se reducen hoy al núcleo familiar, es decir a una muy pequeña muestra de humanidad,

lo cual debe provocar inquietud en nosotros como sociedad. Sería muy arriesgado hacer una predicción de lo que podría pasar en el futuro. Mucho depende de la dinámica diferente de vida que podamos encontrar para estar más tranquilos, más sosegados. Entre más nos demoremos en encontrar ese camino y salir de este mal trance, mayores serán las secuelas.

¿Un niño en su primera etapa de formación, verá afectada su conducta hacia el futuro?

Lo que yo le puedo decir, sin tener un estudio científico que lo valide, sino a través de mi experiencia de clínico, es que los bebés, los niños muy pequeños, incluso los niños en edad escolar, se adaptan a la pandemia. La mascarilla y la imitación social no afectan tan duramente a los pequeñines. Ellos saben jugar, sonreír, divertirse. Los más afectados son los de las edades escolares más avanzadas y los adolescentes más adultos. Para mí el mayor riesgo reside en los adolescentes y los jóvenes adultos, que podrían ser los mayores damnificados por la pandemia.





“La consecuencia directa de este clima de estrés es el aumento de la violencia intrafamiliar y conyugal. Quienes son los principales afectados de esta situación son los niños”.

Usted es colombiano, pero tiene una visión global de lo que significa la salud mental porque su mayor tiempo profesional lo ha ejercido en Europa. ¿Qué debería hacer América Latina y, en especial Colombia, en este tema?

Ahí me la pone muy difícil. Creo, que de una vez, sentirnos nación. La gran diferencia entre los países desarrollados y los que están

en vía de desarrollo es que en los primeros existe esa noción de nación. Se sienten pueblo, actúan unidos. Nosotros carecemos de esa identidad común. Nuestros pueblos están compuestos de una amalgama de capas sociales distantes entre sí. Nuestros gobiernos no han tenido una visión social de bienestar. Antes de la pandemia un verdadero programa de bienestar social era indispensable para nuestros

países. Hoy lo es aún más. Salud, educación, vivienda, alimentación, poder brindarles a los niños asistencia médica de base, ofrecer unas redes de guarderías que permitan a los padres desprotegidos laborar tranquilamente, son esenciales. La pandemia lo que ha hecho es revelar la ausencia de políticas de bienestar social.

Hay una corriente de siquiátras en España que aseguran que la próxima pandemia será la de salud mental. ¿Coincide usted con ese pensamiento?

Tienen razón. Los siquiátras de Europa y de Estados Unidos pensamos lo mismo. En un momento dado, como sociedades, tenemos que cuestionarnos y preguntarnos, cuál es el costo de las restricciones sociales, económicas, educativas y de salud de esta pandemia. Muy probablemente la próxima ola es una ola siquiátrica por todas las razones que hemos abordado, por este clima de estrés permanente, por ese futuro que se ve sombrío, por el desgaste que sufrimos y con tanta restricción que nos afecta como seres humanos, sobre todo en su esencia. Lo que más nos está afectando actualmente es la violencia a todo nivel, la intrafamiliar, la conyugal y la ejercida contra los niños (esa sí los afecta más que la pandemia), así como la violencia sexual. La próxima ola, efectivamente, va a ser una ola de sufrimiento más que una ola epidemiológica o viróloga.



¿Desde el punto de vista de salud mental, qué lecciones nos deja esta pandemia y cómo evitar los errores que se cometieron con la COVID-19?

Como todos los hechos históricos que han marcado la trayectoria de la humanidad sobre el planeta, esta pandemia revela la fuerza que podemos tener como seres humanos, nuestra cohesión, nuestra capacidad de buscar un bien común y al mismo tiempo nos muestra una vez más que somos egoístas, que tenemos miedo y que cuando el miedo nos habita, actuamos mal, que solamente pensamos en el corto plazo, que antepone los intereses económicos a los sociales y que podemos hacer negocio de todo. Todas estas facetas de la humanidad, las mejores y las peores, la pandemia las revela y las muestra en toda su dimensión. Es decir, una vez más, la humanidad es capaz de lo mejor y de lo peor.

Con su experiencia en el ejercicio científico desde el exterior, ¿cómo ve las políticas de salud pública en Colombia?

Infortunadamente la siquiatria y la salud mental son siempre el pariente pobre de toda política de salud de toda sociedad, bien sea rica o pobre. En Francia y en el norte de Europa existe una política de salud mental coherente que busca la igualdad y que tiene un ideal humanista. Yo no conozco la situación de los países pobres, pero en nuestra

región no son las mejores. Y esa situación sí es preocupante.

Finalmente, ¿existe el riesgo de que en el personal de salud se presente el síndrome de Vermouht tras esta larga y agobiante pandemia?

Infortunadamente es un gran riesgo. Estamos empezando a evidenciarlo tristemente. Nuestros actores de salud están agobiados, agotados y están sufriendo porque tienen que hacerle cara a la muerte, a la soledad y a la falta de reposo. Uno de los sectores de la población que más está sufriendo en este momento es el segmento de los trabajadores de la salud. La urgencia originada por la COVID-19 es tal que ni siquiera tenemos tiempo de pensar en los médicos, enfermeras y auxiliares.



En nuestro Podcast de la presente edición de Monitor Salud tenemos como invitado a un Colombiano que tiene un gran reconocimiento en Europa en el campo de la Psiquiatría. Se trata del doctor Luis Guillermo Álvarez, médico siquiatria, investigador, autor de varios libros y docente en la Universidad Americana de París. Con él abordaremos un tema de gran actualidad: La salud mental en tiempos de la pospandemia.
<http://bit.ly/saludMentalLaProximaPandemia>



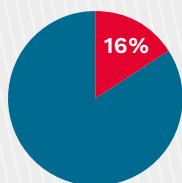
UN PROBLEMA MAYOR



ALGUNOS DATOS DE LA SALUD MENTAL EN EL MUNDO

Una de cada seis personas tiene entre

10 y 19
años de edad.



Los trastornos mentales representan

el 16%

de la carga mundial de enfermedades y lesiones en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años.



La mitad de los trastornos mentales comienzan a

los 14 años

o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan.



La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial.



El suicidio es

la tercera causa de muerte

para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.



No abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto a la salud física como a la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria.



HÁBITOS EMOCIONALES Y SOCIALES IMPORTANTES PARA EL BIENESTAR MENTAL



Conservar pautas de sueño saludables.



Realizar ejercicio físico con regularidad.



Desarrollar habilidades sociales.



Mantener relaciones interpersonales.



Aprender a enfrentar situaciones difíciles y resolver problemas.



Aprender a gestionar emociones.



Contar con un entorno favorable en la familia, la escuela y la comunidad en general. 🗣️

Vendrán nuevos desarrollos y reglamentaciones

Teleconsultas: una alternativa que llegó para quedarse

La teleconsulta, que es una modalidad de la telemedicina, se ha convertido en una alternativa para mantener los servicios médicos en Colombia durante la pandemia.



Un año y dos meses después de haberse confirmado el primer caso de COVID-19 en Colombia, muchos de los servicios médicos ya no se prestan como antes, desplazándose hasta un consultorio, leyendo una revista en una sala de espera o haciendo cola en una calle o en un corredor congestionado de pacientes.

Aunque la telemedicina es una práctica que en Colombia ha venido tomando forma desde hace unos ocho años, fue a partir del 2020 con el rigor de la pandemia que su uso se generalizó y los prestadores de servicios de salud -públicos, privados y mixtos-, se han visto obligados a alternar sus prácticas de atención a través de las diferentes herramientas digitales como la video-llamadas, las videoconferencias y las llamadas telefónicas.



“La medida para la atención ambulatoria durante la emergencia sanitaria ha permitido prestar 90,7 millones de servicios, entre ellos, 37,5 millones de teleconsultas y 25 millones de orientación en salud”.

Según estadísticas del Ministerio de Salud y Protección Social, la evolución de la telemedicina ha sido considerable en los últimos años, con tendencia creciente a partir del año pasado. Los servicios habilitados a través de herramientas digitales, que sumaban 1.883 en 2012, pasaron a 11.807 en 2021, según corte a febrero, y las sedes de los prestadores permitidos variaron de 502 a 2882 en el mismo periodo.

El informe, basado en el Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud -REPS, señala que esta modalidad viene avanzando tanto en los establecimientos públicos, como privados y mixtos, con presencia en 412 municipios del país de los 32 departamentos y el Distrito Capital.

El gran salto

A raíz de la emergencia sanitaria vigente desde el 12 de marzo del año pasado, Minsalud expidió la resolución 521 que estableció la atención ambulatoria de la población en aislamiento preventivo obligatorio, con énfasis en personas con 70 años o más o en condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento dentro de la pandemia.

La medida, de carácter transitoria, estableció la alternativa

de realizar seguimiento domiciliario, incluidas algunas herramientas propias del modelo de telemedicina como el teleapoyo, la teleatención, la telesalud y la virtualidad. Esta decisión empezó a evidenciar un gran crecimiento en la oferta médica a través de estas modalidades. De febrero del año pasado a febrero del presente año, el aumento fue del 159% en sedes y del 273% en servicios, señala el informe del Ministerio.

Procedimiento

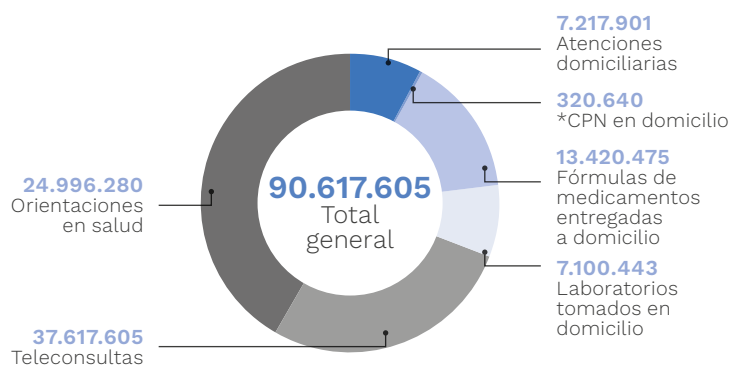
La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales de salud son las encargadas de hacer cumplir las normas establecidas en la resolución

521 y aplicar los procedimientos sancionatorios correspondientes, por lo que el organismo de inspección, control y vigilancia ha diseñado una estrategia de seguimiento y evaluación de los servicios y calidad de la atención prestada.

Resultados

La medida para la atención ambulatoria durante la emergencia sanitaria ha permitido prestar 90,7 millones de servicios, entre ellos, 37,5 millones de teleconsultas y 25 millones de orientación en salud, según el informe que, además, destaca que del total, 16,2 millones corresponden a actividades relacionadas con la COVID-19.

RESUMEN CONSOLIDADO DE IMPLEMENTACIÓN DE RESOLUCIÓN 521 DE 2020



*CPN: Control Prenatal.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.



Las teleconsultas por COVID-19 suman 4,7 millones y la orientación en salud 5,1 millones, muchas de las cuales se han realizado vía digital. Los exámenes tomados a domicilio, que generalmente se programan virtualmente, sumaron a febrero 28 del presente año 4,3 millones.

Entre tanto, las teleconsultas no COVID-19 durante la vigencia de la resolución 521 llegaron a 37,5 millones y las orientaciones en salud 24,9 millones.

Futuro promisorio

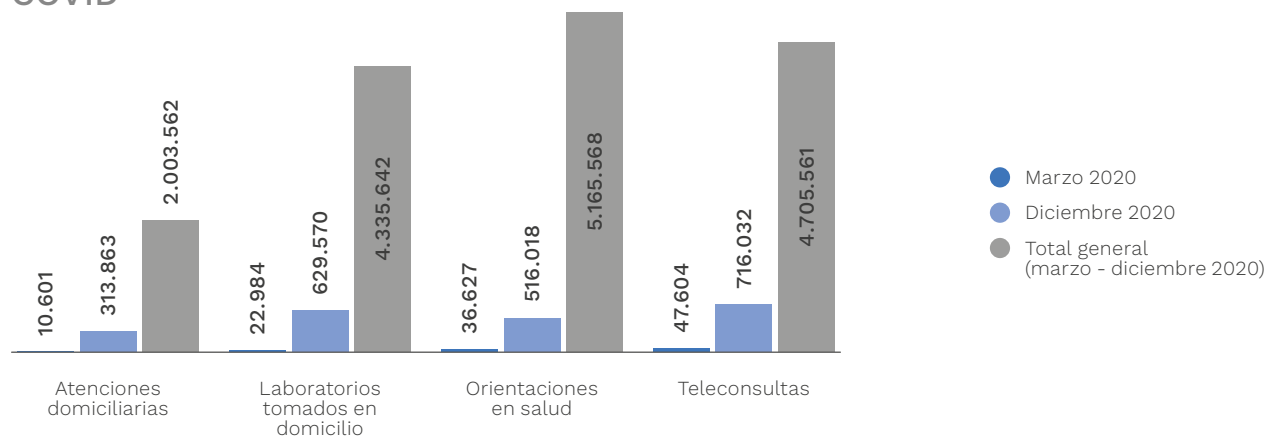
Tanto la atención domiciliaria como la telemedicina, incluidas las teleconsultas, han sido fundamentales para evitar suspensión o traumatismos en la prestación de servicios de salud durante la pandemia, sobre todo en los momentos críticos de la restricción de la movilidad. Igualmente, muchos usuarios del sistema consideraron dejar de asistir a consultas y exámenes de

laboratorio por temor a infectarse del virus.

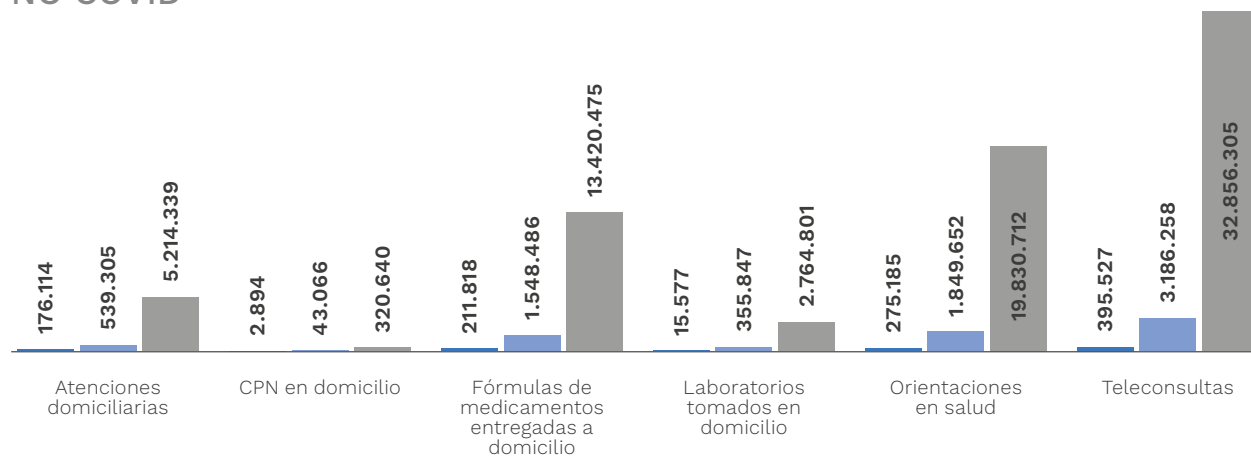
“Este proceso ya no tiene reversa, pero habrá que evaluar la satisfacción del usuario y desarrollar integralmente el concepto de telemedicina como conectividad, disponibilidad de plataformas, reconocimiento y pago, domicilio y otros aspectos normativos”, afirma Sandra Eugenia Gallegos Mejía, Asesora de Prestación de Servicios del Ministerio de Salud y Protección Social. 🗣️

RESUMEN CONSOLIDADO SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA DURANTE LA PANDEMIA

COVID



NO COVID



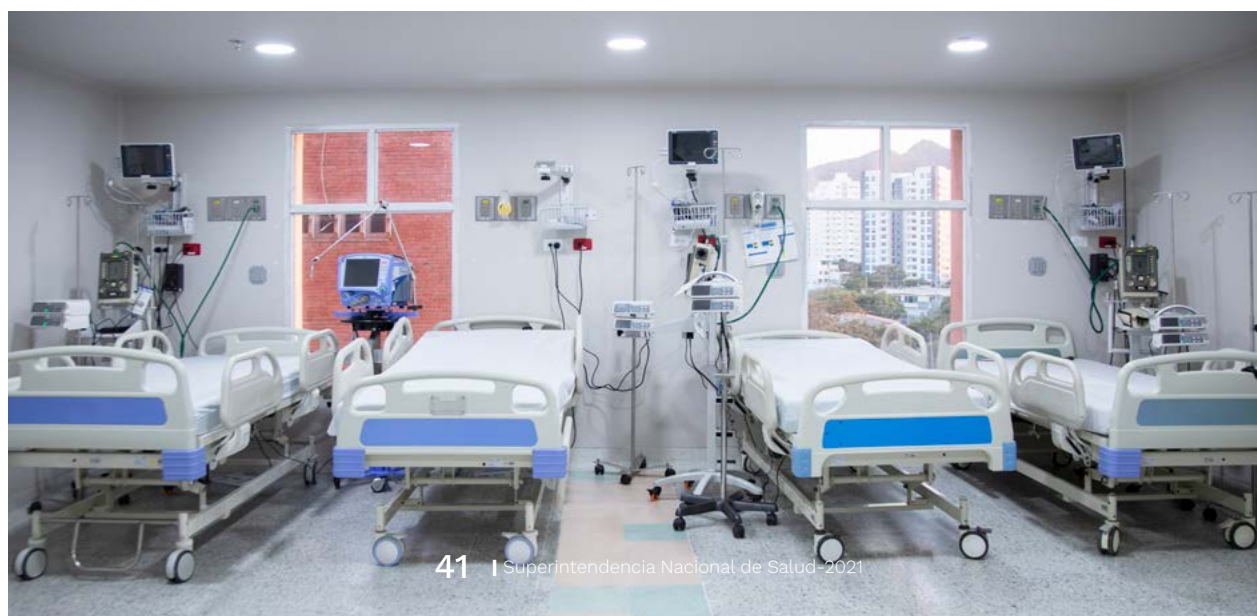
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social



Los avances son tangibles y satisfactorios para los usuarios

Un hospital que le pone corazón a su recuperación

En medio de la pandemia, el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, del Magdalena, remodeló y reactivó nuevos servicios, entre ellos los de hemodinamia y ginecobstetricia.



Arcesio Arias y Francisco Luis Castro, los dos oriundos del departamento del Magdalena, hacen parte de los centenares de usuarios que han acudido a los nuevos servicios de cardiología del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, que fue intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud a mediados de mayo de 2020 con el fin de mejorarlo.

En medio de la pandemia de la COVID-19 que ha congestionado

las instalaciones hospitalarias y puesto a prueba las Unidades de Cuidado Intensivo, el Julio Méndez Barreneche reactivó servicios que en el pasado habían sido suspendidos, ha avanzado en la remodelación de su infraestructura y ha adquirido nuevos equipos para mejorar la atención.

Con la remodelación y reequipamiento de la sala de hemodinamia, por ejemplo, han sido intervenidos más de 50 usuarios con patologías cardíacas desde

febrero pasado que, de lo contrario, hubiera sido necesario remitirlos a otras instituciones.

Casos

Así sucedió con don Francisco Arias, de 59 años de edad, quien tiene antecedentes cardiovasculares, pues desde hace cinco años le instalaron un Stem. En plena pandemia debió ser atendido de urgencias y sometido a un segundo cateterismo, que se realizó con éxito en el Hospital Universitario Méndez Barreneche.



El Hospital fue intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud en mayo de 2020 y cuando ya se va a cumplir un año de la medida son muchos los cambios tangibles en atención, infraestructura y equipos, entre otros aspectos.

“Además de susto de contagiarme de COVID-19 se sumaba el temor por la prestación del servicio”, señala Arias, quien agrega que luego de la cirugía tiene la mejor experiencia, tanto en atención médica como en uso de instalaciones.

Y es que la rehabilitación del servicio de cardiología llegó con la adecuación de un quirófano y 14 camas UCI, que también se usan para atender personas afectadas por la pandemia cuando la demanda así lo amerita.

Otro caso es el de don Arcesio Arias, quien acudió de urgencia al Hospital ante una afección cardíaca que lo puso en jaque. “Nunca me imaginé, dice, que este hospital fuera así de confortable; eso me lo imaginaba que sucediera en clínicas privadas”, señala tras advertir que las habitaciones son amplias, en tanto que la Unidad de Cuidados Intensivos y el quirófano están muy bien equipados.

Desde la intervención del hospital se nota el cambio y la mejoría. Attalah Antonio Rizcala Muvdi, médico cirujano, quien práctica procedimientos cardiovasculares -entre ellos cateterismos-, recuerda que hacía muchos años no se realizaban este tipo de intervenciones allí.

Efectos positivos

Hace 15 años Attalah Antonio fundó la sala de hemodinamia de este hospital universitario. Dice que en los primeros 10 años practicaron cerca de 4.000 procedimientos y luego vino su deterioro. Como testigo de lo que ha pasado, destaca que ahora se notan los efectos de la intervención.

“Ha sido un proceso que en poco tiempo registra muchos logros positivos y beneficios para nuestros usuarios”, precisa y señala que

esta situación se ve reflejada en la satisfacción de quienes acuden a los servicios restablecidos.

Adicionalmente a la remodelación del quinto piso donde funciona cardiología, también se hicieron inversiones en las áreas de psiquiatría y ginecobstetricia. A la vez, se pusieron en funcionamiento cuatro quirófanos que fueron totalmente dotados y se adquirieron 89 equipos para el proceso diagnóstico y tratamiento de los usuarios. 📍



Más cerca de los usuarios en todo el territorio nacional

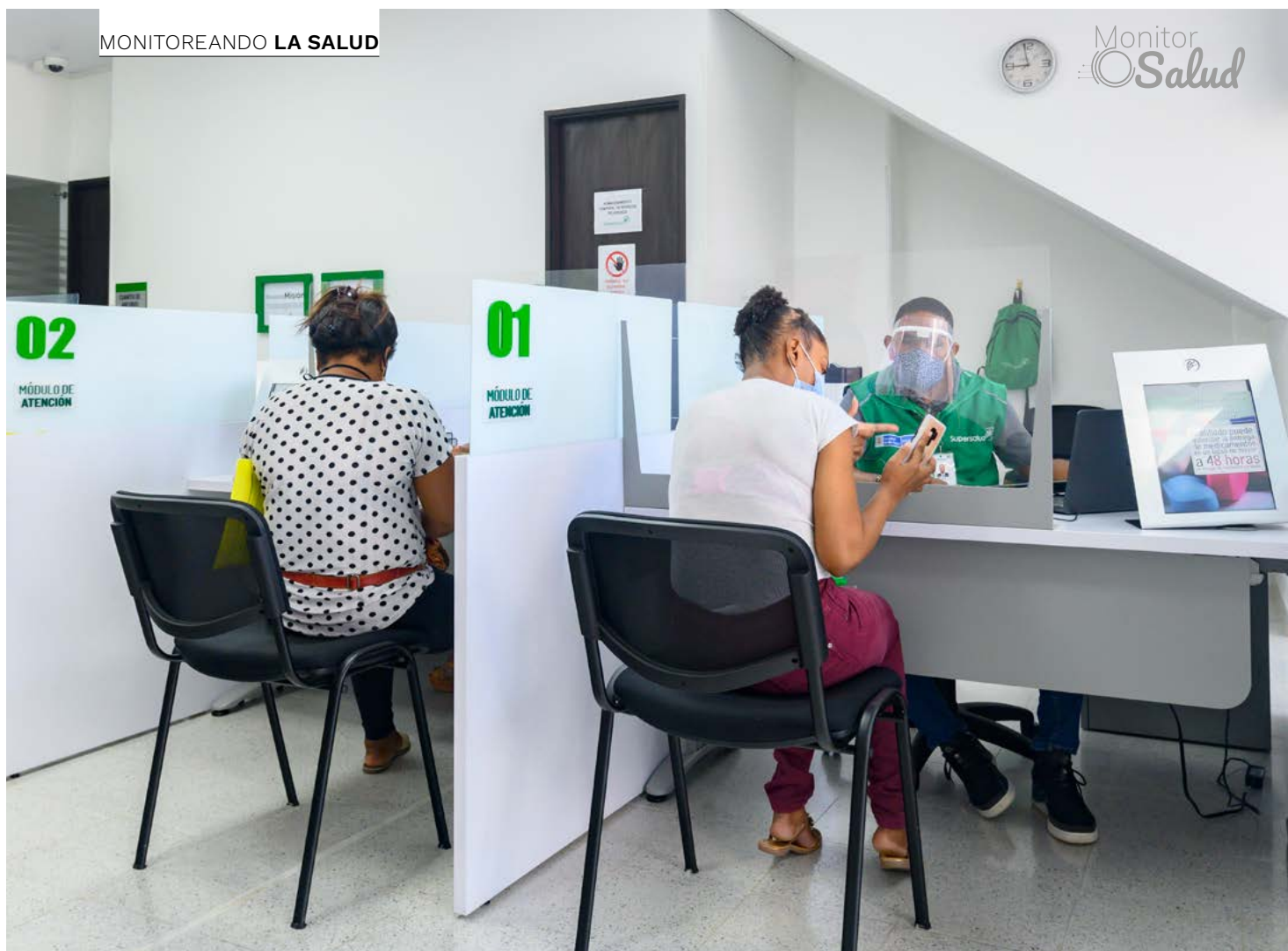
Salud:

¿de qué se quejan los colombianos?

A raíz del fortalecimiento de los canales de comunicación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, los usuarios del sistema acuden cada vez más a la entidad para que se le solucionen sus quejas y reclamos.

En los últimos 14 meses, la Superintendencia Nacional de Salud recibió y tramitó más de 1 millón de quejas de los usuarios del sistema de salud. El ranking está conformado por 6 motivos principales, según un reciente informe del equipo de poblaciones especiales y análisis estadístico de la entidad.





Para atender las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios, la Supersalud dentro de su nuevo esquema de gestión y relacionamiento con su población objetivo, fortaleció la línea gratuita de atención nacional, facilitó la accesibilidad a la página web, impulsó sus redes sociales y aumentó de 62 a 208 el número de agentes entre 2018 y 2020.

Ello ha hecho posible que se hayan tramitado oportunamente 140.212 citas médicas con especialistas entre el año pasado y febrero de 2021. La queja sobre demora en este tipo de procedimientos es, precisamente, la que

ocupa el puesto número 1 en el ranking de quejas.

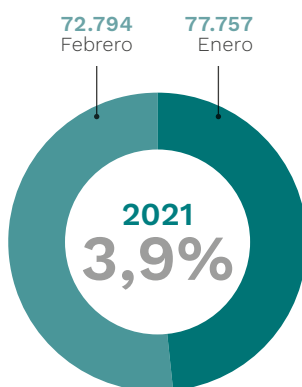
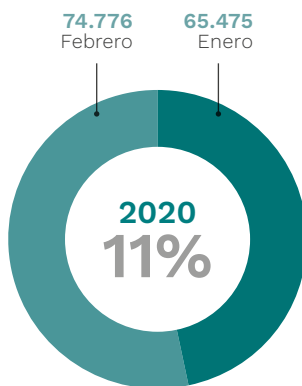
“El usuario es nuestra razón de ser y estamos para evitar que se le vulneren sus derechos y se le garanticen de forma eficiente y oportuna los servicios”, afirma el Superintendente de Salud, Fabio Aristizábal Ángel.

Tradicionalmente, en Colombia la asignación de citas con el especialista ha sido uno de los problemas más complejos del sistema, pero es lo que el organismo de Inspección, Control y Vigilancia quiere prevenir, pues de por medio está el bienestar y la vida de los usuarios.

“El usuario es nuestra razón de ser y estamos para evitar que se le vulneren sus derechos y se le garanticen de forma eficiente y oportuna los servicios”, afirma el Superintendente de Salud, Fabio Aristizábal Ángel.



COMPORTAMIENTO PQRD



“El primer puesto en el ranking de quejas y reclamos de los usuarios del sistema de salud en Colombia se relaciona con el hecho de que no se haya tramitado oportunamente las citas médicas con el especialista”.

“Cualquier usuario, donde esté, puede acudir a nuestro Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias”, sostiene Aristizábal Ángel, quien señaló que solo al cierre de 2020, año en que las instituciones de salud estuvieron agobiadas por la expansión de la pandemia, se recibieron y tramitaron 850.931 quejas.

El equipo de poblaciones especiales y análisis estadístico de la Supersalud, que es el encargado de recopilar y hacer seguimiento de los casos formulados a través de los diferentes canales habilitados (presenciales y no presenciales), encontró que la segunda queja más frecuente corresponde a la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no incluidos en el plan de beneficios.

En total, entre 2020 y el primer bimestre del presente año, se contabilizaron y se gestionaron 76.298 peticiones, quejas y reclamos por este motivo. En tercer lugar, se ubica la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos incluidos en el plan de beneficios, con 59.840 casos.

Los colombianos también reportaron 46.014 quejas por la dificultad en la asignación de cita de consulta con médico general. Ya no se trata del especialista, número uno en el ranking, sino aquella de carácter externo que el médico general está en capacidad de resolver.

| Motivos | 2020 | 2021 | Total |
|--|---------|--------|---------|
| Demora en la asignación de citas con médico especialista | 118.660 | 21.552 | 140.212 |
| Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no incluidos en el plan de beneficios | 67.944 | 8.354 | 76.298 |
| Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos incluidos en el plan de beneficios | 53.790 | 6.050 | 59.840 |
| Dificultad en la asignación de cita de consulta con médico general | 36.530 | 9.484 | 46.014 |
| Demora en la autorización de medicamentos no incluidos en el plan de beneficios | 38.283 | 6.936 | 45.219 |
| Demora en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos | 34.920 | 7.399 | 42.319 |

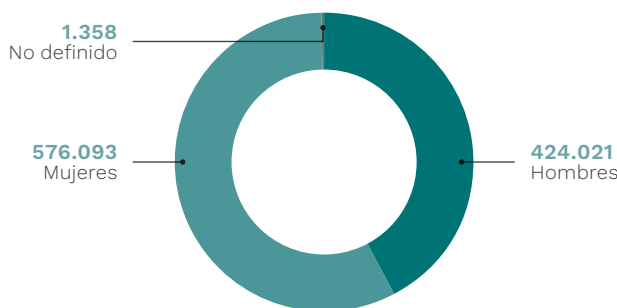


Entre tanto, la demora en la autorización de medicamentos no incluidos en el plan de beneficios, con 45.219 casos, (distinto a la falta de oportunidad) y la demora en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos, con 42.319 ocasiones, conforman el quinto y sexto ranking de quejas y reclamos de los usuarios, que son el punto de partida de requerimientos remitidos a las EPS para gestionar los servicios requeridos hasta que reciban una respuesta oportuna.

¿Quiénes se quejan más?

El análisis del equipo de la Supersalud también encontró que existe una tendencia de las mujeres a acudir más a los canales de la entidad para remitir sus quejas y reclamos. Del total de PQRS, ellas participaron con

PQRD POR GÉNERO



el 57%, en tanto que los hombres lo hicieron en un 43%.

Por edades, quienes más acuden a los diferentes canales de la entidad para reclamar sus derechos en salud son quienes tienen entre 50 y 63 años. Los primeros, de acuerdo con el análisis estadístico, acudieron en 209.294 ocasiones y los segundos en 304.942 oportunidades

Para el equipo de trabajo de la Supersalud, el propósito es que las quejas sean resueltas a la mayor brevedad, garantizando una atención oportuna, integral y de calidad. Así mismo, las instrucciones que no obtienen respuesta en los plazos establecidos pueden generar otro tipo de investigaciones administrativas que, es posible, terminen en eventuales sanciones.

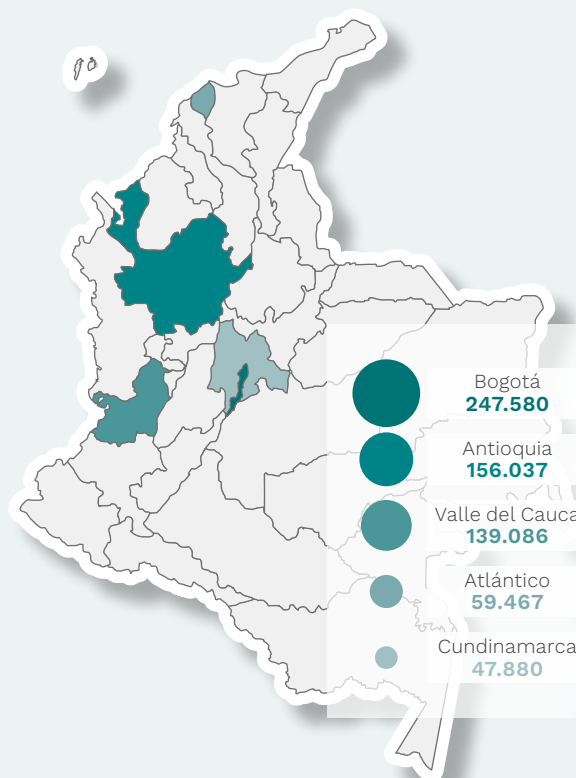


Regiones donde más se quejan

El análisis estadístico del equipo de la Supersalud también reveló que los habitantes del Distrito Capital son los que más acuden a los diferentes canales dispuestos por la entidad para recibir y gestionar las quejas de los usuarios. Los residentes en la capital participaron con 247.580 quejas durante el periodo señalado.

Por su parte, los usuarios del sistema de salud en el departamento de Antioquia interpusieron 156.037 quejas y los vallecaucanos 139.086. Atlántico, con 59.467, y Cundinamarca, con 47.880, siguen en la lista de reclamaciones relacionadas con las dificultades en la prestación de los servicios de salud.

La Superintendencia tiene la línea gratuita nacional **01 8000 513 700**, el sitio web **www.supersalud.gov.co** y las redes sociales: **@Supersalud** y **/Supersalud**, que están permanentemente habilitadas para recibir las quejas y reclamos.



Canales Supersalud

Seguimiento a las PQRD



Canal telefónico:
1.308.761



Opción 6*:
57.148



Opción 7**:
6.952



Web:
435.348



Chat:
365.939



Escrito:
119.225



Personalizado:
99.637



Correo electrónico:
89.538



Redes sociales:
23.978



Eventos:
751



Medios de comunicación:
81



1.499.634 Solicitudes de información

943.624 PQRD

- **287.661**
PQRD adulto mayor
- **86.281**
PQRD alto costo
- **102.660**
PQRD coronavirus
- **85**
PQRD vacuna



31.083
PQRD

Relacionadas con servicios y/o medicamentos NO PBS, **13.185** fueron objeto de requerimientos de información a las EAPB y **1.435** trasladados para viabilidad de una apertura de investigación a la Delegada para los Procesos Administrativos.

*Opción 6: COVID-19
** Opción 7: Vacunación