

ABECÉ CIRCULAR EXTERNA 2023151000000010-5 DE 2023 “TÉRMINOS PARA RESOLVER LOS RECLAMOS EN SALUD Y NUEVA CLASIFICACIÓN DE MOTIVOS”

El presente documento ha sido preparado por la Dirección de Innovación y Desarrollo y la Delegada para la Protección al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y no debe ser utilizado para cualquier fin distinto a servir como material informativo. Así mismo, busca orientar en las instrucciones impartidas a través de la Circular Externa (CE) 2023151000000010-5 de 2023 a las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado (incluyendo las indígenas), entidades adaptadas, entidades pertenecientes a los regímenes exceptuados y especiales, administradoras de riesgos laborales, servicio de ambulancia prepagada, empresas de medicina prepagada, entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicio de salud privadas, públicas y mixtas. El mismo, no constituye un concepto, interpretación, o alcance de las normas, en él contenidas.

Agosto 2023, Versión 1

CONTENIDO

1. ¿Qué modifica la Circular Externa 202315100000010-5 de 2023?.....	3
2. ¿Por qué es necesario realizar una nueva clasificación del riesgo de los reclamos?.....	3
3. ¿Cuál es la nueva clasificación del riesgo de los reclamos?.....	4
4. ¿Cuáles son los nuevos términos para resolver los reclamos?	5
5. ¿Por qué se reducen los tiempos de respuesta a los reclamos?	5
6. ¿Los términos para resolver los reclamos en salud son en tiempo hábil?	6
7. ¿En qué momento empiezan a contar los términos para resolver los reclamos radicados en la Superintendencia Nacional de Salud -SNS y trasladados a la entidad correspondiente de gestionarlo?	6
8. ¿Por qué cambió la clasificación de los motivos de los reclamos en salud? ...	7
9. ¿Cuáles son los principales cambios en el anexo técnico GT005?	7
10. ¿Cuáles son los principales cambios en el anexo técnico GT006?	8
11. ¿Qué aspectos debe tener el sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas y reclamos - PQR?	9

12. Cuando la reclamación es direccionada a otra entidad ¿quién debe dar respuesta?..... 10

13. En caso de tener inquietudes o problemas con el reporte de los anexos técnicos, ¿Cuál es el canal de atención de la Superintendencia Nacional de Salud?

11



A continuación, encontrará las respuestas a preguntas relacionadas con las instrucciones emitidas en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023.

1. ¿Qué modifica la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023?

La Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 modifica el numeral 3.3 del literal B la Circular Externa 008 de 2018, en lo que respecta a la clasificación de los reclamos y los términos para su resolución.

Adicionalmente, se realizan modificaciones en los anexos técnicos relacionados con reclamos dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020 (Archivos técnicos GT005 y GT006).

2. ¿Por qué es necesario realizar una nueva clasificación del riesgo de los reclamos?

La nueva clasificación de los reclamos busca mejorar la identificación de los casos con el mayor nivel de urgencia, de tal manera que la gestión de estas se priorice por parte de las entidades responsables del aseguramiento en salud y su red prestadora de servicios en salud y proveedores de tecnologías en salud.

3. ¿Cuál es la nueva clasificación del riesgo de los reclamos?

Entendiendo que los reclamos son solicitudes de los usuarios del Sector Salud a través de los cuales da a conocer su insatisfacción con la prestación de los servicios o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud, estos se han clasificado en 3 niveles:

- Reclamo de riesgo simple: insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni cause gran impacto en el sector
- Reclamo de riesgo priorizado: Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que afecte a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Sector Salud
- Reclamo de riesgo vital: Reclamo que involucra un riesgo inminente para la vida o para la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

4. ¿Cuáles son los nuevos términos para resolver los reclamos?

Los nuevos términos para resolver los reclamos en salud dependerán del tipo de clasificación del reclamo:

- Reclamo de riesgo simple: tendrá un tiempo **máximo** de respuesta de setenta y dos (72) horas.
- Reclamo de riesgo priorizado: tendrá un tiempo **máximo** de respuesta de cuarenta y ocho horas (48) horas.
- Reclamo de riesgo vital: tendrá un tiempo **máximo** de respuesta de veinticuatro (24) horas.

La nueva priorización busca dar respuesta a las barreras que se le presentan a los usuarios al acceder a los servicios y tecnologías en salud; por lo anterior, los nuevos tiempos definidos en la misma, son acordes al riesgo al que está expuesto el paciente según criterios clínicos

5. ¿Por qué se reducen los tiempos de respuesta a los reclamos?

Teniendo en cuenta la necesidad manifestada por los usuarios del Sector Salud en cuanto a que sus reclamos sean resueltos de fondo, con la inmediatez que la

situación clínica del paciente requiere y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud, se identificó la necesidad de replantear los **plazos máximos** establecidos para dar respuesta.

6. ¿Los términos para resolver los reclamos en salud son en tiempo hábil?

No. Todos los términos establecidos en la Circular Externa 202315100000010-5 de 2023 consideran horas corridas, no horas hábiles.

7. ¿En qué momento empiezan a contar los términos para resolver los reclamos radicados en la Superintendencia Nacional de Salud -SNS y trasladados a la entidad correspondiente de gestionarlo?

Los términos para dar respuesta a los reclamos recibidos por la Superintendencia Nacional de Salud empiezan a contar a partir de la fecha y hora de radicación. Por lo anterior, este plazo incluye el traslado a la entidad, el análisis y respuesta que deban emitir al usuario.

8. ¿Por qué cambió la clasificación de los motivos de los reclamos en salud?

La clasificación de motivos de los reclamos se modifica con el fin de facilitar la identificación de la motivación del reclamo. Lo cual, permite optimizar la clasificación y gestionar los reclamos por parte del vigilado, ya que permite reducir de más de 300 motivos específicos a tan solo 37.

Los elementos de clasificación de tipo y subtipo de motivo facilitan la identificación de especialidades, procedimientos y tecnologías en salud requeridas.

El proceso de clasificación implica, en primera instancia, la identificación del motivo específico al cual hace referencia el reclamo, y, posteriormente, identificar el tipo y subtipo de motivo específico. Según estimaciones realizadas, el tiempo promedio de radicación en la Supersalud se redujo en más de tres minutos.

9. ¿Cuáles son los principales cambios en el anexo técnico GT005?

A continuación, se relacionan los principales cambios en el anexo técnico GT005.

- Cambia la tabla de códigos de motivos de reclamos en salud a una nueva clasificación según las tablas de referencia AT GT005– 1, AT GT005 – 2 y AT GT005 – 3 (publicadas en la página web de la Superintendencia Nacional

de Salud en la ruta: Normatividad – Circulares Externas – Dar clic en la tabla a consultar).

- Se crea el campo “Afil_codMunicipio” en el cual se deberá reportar el municipio de afiliación del afectado.

Adicionalmente, si requiere un mayor detalle sobre cómo se debe reportar el GT005 puede consultar el instructivo de este archivo dispuesto para tal fin (publicado en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud en la ruta: Vigilados – Reporte de circular única – Consulte los archivos para reporte de información – Seleccionar tipo de vigilado - dar clic en el instructivo a consultar).

10. ¿Cuáles son los principales cambios en el anexo técnico GT006?

Cambia el nombre de la tabla referencia AT GT006 – 01 de “Acciones o Respuesta a Motivos específicos PQRD” por “Acciones o Respuestas a reclamos en salud”.

Si requiere un mayor detalle sobre cómo se debe reportar el GT006 puede consultar el instructivo de este archivo dispuesto para tal fin (publicado en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud en la ruta: Vigilados – Archivos para reporte de información – Seleccionar tipo de vigilado - dar clic en el instructivo a consultar).

11. ¿Qué aspectos debe tener el sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas y reclamos - PQR?

Las entidades deben tener en cuenta como mínimo los siguientes aspectos, sin perjuicio de que la entidad desee adicionar más ítems con el fin de obtener mayor información para gestionar efectivamente las PQR:

- a. Fecha de recibo de la PQR.
- b. Canal de presentación de la PQR.
- c. La codificación asignada por la entidad
- d. Entidad a la cual está asociada la PQR (nombre del prestador o asegurador)
- e. Nombre del peticionario
- f. Tipo de identificación del peticionario
- g. Número de identificación del peticionario
- h. Datos de contacto del peticionario
- i. Nombre del afectado/paciente
- j. Tipo de identificación del afectado
- k. Número de identificación del afectado
- l. Datos de contacto del afectado
- m. Aspecto o tema principal que motivó la PQR
- n. Indicar si existe o no fallo judicial (tutela)
- o. Lugar de origen de la petición: Departamento y municipio
- p. Régimen (contributivo, subsidiado, excepción, especial)
- q. Estado de la PQR.
- r. Fecha de la solución de la PQR.
- s. Acción realizada para solucionar la PQR y solicitudes de información, (Descripción breve).

Ante una eventual negación de la solicitud debe indicarse:

- a. Motivo que fundamenta la negación.
- b. Responsable de la negación.

12. Cuando la reclamación es direccionada a otra entidad ¿quién debe dar respuesta?

Cuando las reclamaciones en salud sean direccionadas a un vigilado diferente al que se radicó inicialmente, los riesgos y términos de respuesta se mantienen, ya que la fecha y hora de radicación nunca se modifican.

Las EAPB, o quienes hagan sus veces, en su calidad de responsables de obligaciones indelegables como son la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y demás actores, deben establecer un sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas y reclamos -PQR que logre superar las barreras administrativas que, eventualmente, dilatan o niegan el acceso a los servicios de salud o afectan la calidad de su prestación, garantizando al usuario la materialización efectiva de su derecho fundamental a la salud en condiciones de calidad, continuidad, oportunidad e integralidad y demás principios inmersos en la naturaleza de este derecho, cuya prestación constituye un servicio público esencial.

13. En caso de tener inquietudes o problemas con el reporte de los anexos técnicos, ¿Cuál es el canal de atención de la Superintendencia Nacional de Salud?

La Superintendencia Nacional de Salud dispone una mesa de ayuda para la resolución para apoyar a sus entidades vigiladas en el proceso de reporte de información.

El canal de contacto de la mesa de ayuda es soportevigilados@supersalud.gov.co