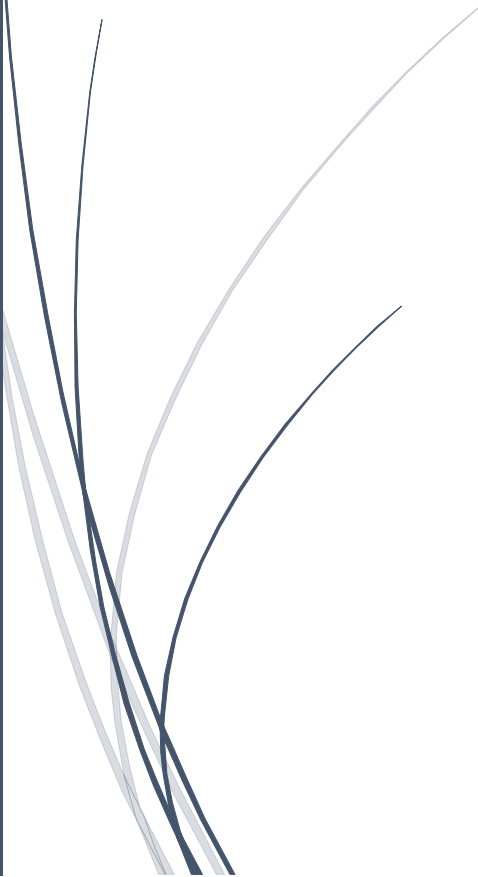


A dark blue vertical bar on the left side of the page. A blue arrow points to the right from the bar, containing the date.

27-6-2017

¿Cuáles son las acciones de mejora que deben implementar las EPS con su sistema de referencia y contrarreferencia, para que la atención sea oportuna y de calidad?

Ensayo

Several thin, curved lines in dark blue and light grey originate from the bottom left and curve upwards and to the right.

DIANA LORENA MAHECHA LÓPEZ D0104831
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA FAEDIS
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

¿Cuáles son las acciones de mejora que deben implementar las EPS con su sistema de referencia y contrarreferencia, para que la atención sea oportuna y de calidad?

Diana Lorena Mahecha López

Junio 2017

Universidad Militar Nueva Granada

Administración de Empresas

Diplomado Sistemas de Gestión de la Calidad

Tabla de Contenido

Introducción	3
1. Marco de Referencia	4
1.1. Planteamiento del problema e hipótesis	4
1.2. Objetivos de la investigación	4
1.3. Justificación	5
1.5 Metodología	5
1.6. Marco Teórico o conceptual	6
2. Diagnóstico	10
2.1. Principales Hallazgos	12
2.1.1. Limitaciones en el Aseguramiento del servicio	12
2.1.2. Limitaciones en la prestación del servicio	14
2.2. Análisis situacional: El Paseo de la Muerte	17
3. Estrategias diferenciadoras	19
4. Conclusiones	25
5. Referencias.	27

Introducción

Desde la creación del sistema de seguridad social integral regulado en la Ley 100 de 1993, el sistema de salud ha sufrido algunas transformaciones que buscan darle al individuo y a la sociedad una calidad de vida y el derecho que se merece de disfrutar de una buena salud dando cobertura casi que al cien por ciento sobre procedimientos, consultas, medicamentos, tratamientos integrales, programas de autocuidado, entre otros servicios. Todo ello con la intervención del Estado, la sociedad y las empresas promotoras de salud (EPS), que a su vez cuentan con una red de Instituciones prestadoras de servicios (IPS). Sin embargo se han identificado aspectos que dificultan la efectividad y eficacia en el aseguramiento y la prestación de éste valioso servicio ocasionando pérdidas en la buena condición física y mental de las personas, al punto de llegar a la muerte por falta de oportunidad y disponibilidad de los recursos y tecnologías apropiadas para la atención, así como pérdidas económicas por sobre costos, recobros infructuosos, tramitología excesiva, baja calidad de los servicios y trato del personal de salud y no menos importante las quejas, que se ven reflejadas en la cantidad de acciones jurídicas que un usuario o paciente debe tomar para que su derecho no se vea vulnerado.

Con el presente documento se realiza un diagnóstico del sistema de salud actual en Colombia y se plantean algunas estrategias diferenciadoras que promuevan la calidad, oportunidad, integralidad y acceso a la salud disminuyendo las quejas y favoreciendo la calidad de vida de las personas afiliadas.

Marco de Referencia

1.1. Planteamiento del Problema e hipótesis

El sistema de referencia y contrarreferencia en salud se ha convertido en una de las principales alianzas estratégicas para que las EPS puedan cumplir con su propuesta de valor consistente en brindar una atención oportuna y de calidad ante un evento inesperado como lo es una urgencia vital, o que sirva como elemento de apoyo para la complementación diagnóstica. Es por esto que se deben analizar cuáles son los factores que están influyendo en la deficiente calidad para la prestación del servicio, incluyendo los tiempos de espera, la atención del personal de salud, la pertinencia en la remisión y autorización de los servicios; y la red de cobertura. Es importante identificar cuáles son las amenazas y desventajas que tiene el sistema de salud que llevan al usuario y/o paciente, a radicar una queja o alcanzar instancias jurídicas como las tutelas.

1.2. Objetivos de la Investigación

Definir y estructurar las actividades estratégicas que las EPS pueden ejecutar para que su sistema de referencia y contrarreferencia brinde un servicio eficiente y calificado, permitiéndole al paciente atender sus necesidades de salud oportunamente y disminuir las quejas, así como, fortalecer el relacionamiento entre EPS y proveedores basados en el principio de apoyo, beneficio mutuo y diferenciación.

1.3. Justificación

El sistema de referencia y Contrarreferencia es un conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red prestadora de servicios definida por la entidad responsable del pago, gestionando oportunamente la referencia y contrarreferencia ambulatoria y hospitalaria a través del proceso o sistema autorizador que tenga en cuenta el modelo de salud desde la perspectiva del servicio a las personas, incluyendo las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios; y el plan de beneficios, con el fin de cumplir los requisitos del cliente, legales y organizacionales. La métrica se definirá teniendo en cuenta el número de horas transcurrido dentro de los tiempos establecidos en la norma, de acuerdo al tipo de servicio, y el total de las solicitudes de referencia por mes, con el fin de evaluar los agentes externos e internos que impiden o permiten el cumplimiento de indicadores de oportunidad y efectividad.

1.4. Metodología

Para detectar los aspectos o elementos que están propiciando la falla en la oportunidad y calidad de la prestación del servicio en cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia, es necesario identificar cuáles son los procesos, recursos, los lineamientos organizacionales y la normatividad legal que esté aplicando en la actualidad, así como los medios por los cuales el paciente y/o usuario hace el primer contacto con la EPS.

Con lo anterior es necesario analizar por qué medio el usuario se está comunicando, cuál es su solicitud, cuáles son los servicios definidos como básicos, especializados y hospitalarios, así como la red de cobertura según el modelo de atención; cómo está estructurado el sistema de contratación de los proveedores, especialmente la red hospitalaria y el sistema de ambulancias. De igual manera, entender el funcionamiento de los procesos que intervienen en la autorización de los servicios, así como los roles que tiene el personal, la frecuencia de rotación de cargos, pues se considera que además de tener experiencia y conocimientos en salud, es necesaria la permanencia y curva de aprendizaje apropiados para que la información que se brinde a los usuarios sea correcta, esto le garantiza al usuario/paciente la eficacia de la referencia, logrando captar a la mayoría de los usuarios en las unidades de atención correspondientes evitando la tramitología, pérdidas de tiempo, dinero, desplazamientos y deterioro de su condición de salud, así mismo implícitamente, la empresa está ganando reconocimiento por su gestión, optimización de los recursos financieros, sostenibilidad y rentabilidad.

1.5. Marco Teórico

El sistema de referencia y contrarreferencia es uno de los pilares estratégicos que toda entidad promotora de salud debe consolidar, controlar y vigilar con el fin de garantizar al usuario *oportunidad, accesibilidad y continuidad* en sus tratamientos logrando preservar y cuidar la salud del afiliado como el objetivo máximo y razón de ser de una EPS.

Es importante definir algunos conceptos con el fin de dar claridad al tema en cuestión, por lo cual se citarán los más relevantes.

En primer lugar se hace necesario identificar las *modalidades* para la solicitud del servicio que de origen a la referencia y contrarreferencia, en donde el Decreto 2759 de 1991 define¹:

- **Remisión:** *Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.*
- **Interconsulta:** *Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.*
- **Orden de servicio:** *Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.*
- **Apoyo tecnológico:** *Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios. (radiografías, ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, laparoscopia o artroscopia diagnóstica; habilitación y acreditación del personal en salud)*

¹ Decreto 2759 de 1991. Artículo 4. De las modalidades de solicitud de servicios. <https://www.medellin.gov.co>

El Decreto 4747 de 2007: *por medio del cual se regulan algunos aspectos de las **relaciones** entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones, define:*²

- **Prestadores de servicios de salud:** *Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.*
- **Entidades responsables del pago de servicios de salud:** *Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.*
- **Red de prestación de servicios:** *Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.*
- **Modelo de atención:** *Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las*

² Decreto 4747 de 2007 Nivel Nacional. Capítulo 1 Art.3. <http://www.alcaldiabogota.gov.co>

actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

- **Referencia y contrarreferencia:** *Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.*

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- **Acuerdo de voluntades:** *Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.*

Diagnóstico

El sistema de salud, el aseguramiento y la prestación de éste servicio siempre han sido un tema crítico en Colombia, de ahí que la Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 del 2008 haya considerado la salud como un ***derecho humano fundamental***, por ello los colombianos hicieron uso de sus derechos judiciales para poder acceder a los servicios de salud, que de acuerdo con la información de la Defensoría del Pueblo, se presentaron en el 2015, 614.520 acciones de tutelas de las cuales el 64% correspondían a servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), actualmente llamado Plan de Beneficios en Salud (PBS). Una de las regiones que más recurrió a este derecho judicial fue Norte de Santander con 8.171 acciones, debido principalmente al virus del zika y el chikunguña, así como el cierre de la frontera con Venezuela.³

Gráfico 1. Evolución de las Tutelas 1999 a 2013

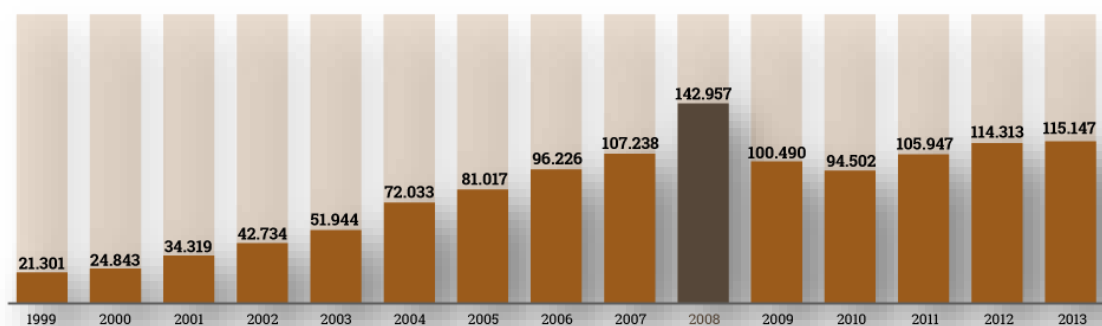


Imagen tomada de www.eltiempo.com

³ Cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud. Redacción El Tiempo. 26 de Diciembre 2016.
<http://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>

Para el 2016, los colombianos presentaron 617.000 acciones de tutela en donde más de 163.000 solicitaban servicios de salud entre los cuales se encuentran: oxígeno, citas médicas, exámenes e imágenes diagnósticas básicas o reclamos por no atención oportuna de enfermedades terminales y exceso de trámites (Ley 962 de 2005).

Gráfico 2. Servicios de salud más demandados en el 2013



Imagen tomada de www.ciudadregion.com

El gráfico anterior muestra las estadísticas de los servicios más demandados por los colombianos en el año 2013. En donde se evidencia que los medicamentos corresponden al servicio que más acciones de tutela tiene, lo cual no ha mejorado en la actualidad de acuerdo a lo indicado por el Ministro de Salud Alejandro Gaviria quien dice que: “*el país enfrenta 140.000 fallos judiciales al año por salud. La mayoría son por medicamentos. Colombia tenía un ahorro para la atención en salud de sus habitantes de 10 billones de pesos, los cuales estaban en*

el fondo público Fosyga. Como consecuencia y en buena medida por los altos costos de los medicamentos monopólicos, ese ahorro desapareció. Hoy en día tenemos un defecto patrimonial de las aseguradoras de unos 5 billones de pesos, esto es, que no solo desapareció el ahorro, sino que se extinguieron los de las compañías aseguradoras”.

Lo anterior es una consecuencia de que los altos costos de los medicamentos son pagados con recursos públicos mediante un sistema conocido como recobros, el cual se activa tras las acciones jurídicas que contempla la legislación para ello.⁴

2.1. Principales Hallazgos

Con la información anterior se han podido detectar las causas del por qué, los usuarios siguen recurriendo a instancias jurídicas con el fin de que su derecho a la salud no se vea vulnerado, sin embargo podría llegarse a pensar que las cifras no son tan reales si cada usuario afectado interpusiera una queja, estos datos son tan solo de aquellos que se documentan y buscan el tiempo y la manera de obligar a las EPS's e IPS's a respetar sus derechos.

2.1.1. Limitaciones en el Aseguramiento del servicio:

- En relación a **Medicina Especializada**, las quejas están relacionadas con la demora para la prestación del servicio. Según el Ministerio de Educación (año 2014) existen 685 programas de posgrado en el área de la salud (13 doctorados, 80 maestrías y 592 especializaciones). En los últimos 12 años se han graduado 39.164 médicos y 14.387 especialistas. Para Jaime Arias, presidente de Acemi (gremio de las EPS del régimen contributivo), el recurso médico ha crecido sin planeación. *“Aquí, alguien comenzó a especializarse en la mano; luego pasó al dedo pulgar, después a la uña de ese dedo y así,*

⁴ Un sistema de salud en crisis: el caso colombiano. Unidad de datos El Tiempo. 17 de Mayo 2017.
<http://www.eltiempo.com/datos/precio-de-los-medicamentos-en-colombia-88298>

y nadie le dijo nada”, y resultaron las 150 especialidades de las que se habla.

Adicionalmente el recurso humano especializado se encuentra concentrado en pocas ciudades, en donde Bogotá, Medellín y Cali acumulan el 80% de la oferta.

Sin embargo la oportunidad y efectividad en la prestación del servicio se ve limitada debido a la normatividad que regula lo que se puede hacer en cada nivel de atención; obligando al médico general a remitir a interconsulta con especialistas o subespecialistas sin tener en cuenta que la formación de éste da la posibilidad de resolver entre el 60 o 70% de los problemas en salud.

En el 2003 el promedio para tener una cita era de ocho días; en el 2008 subió a 17 y en el 2010, a 19.⁵ La normatividad vigente a través de la Resolución 1552 de 2013 en el artículo 1 párrafo 1 define: *En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS), esta deberá dar respuesta sin exceder los **cinco (5) días hábiles**, contados a partir de la solicitud.*

- Con respecto a las quejas por **Procedimientos médicos**, se encuentran servicios como cirugías y quimioterapias. Sin embargo con la entrada en vigencia de la resolución 6408 de diciembre de 2016 y 1132 de 2017 ingresaron al Plan de Beneficios en Salud muchos procedimientos, exámenes de apoyo diagnóstico y servicios de tecnologías que anteriormente sólo se encontraban cubiertas por los Planes Adicionales en Salud (PAS) o planes complementarios, pero la transición de la normatividad ha impactado a las EPS principalmente porque no se cuenta con una red definida para las nuevas inclusiones, ni se han definido tarifas acordes para la prestación de los servicios. De acuerdo con un informe de la OICA (observatorio Interinstitucional de cáncer de adultos) en el año 2016,

⁵ El embudo en la formación de los médicos especialistas. Jorge Correa. 22 de Septiembre 2014.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14575217>

aún se seguían presentando barreras de acceso a los tratamientos oncológicos, en donde el 9% de las quejas correspondían a negaciones de libre elección por parte de la IPS. Un ejemplo de barrera en el servicio es que se autorice el medicamento pero no se entregue porque no existe un contrato con la IPS que puede suministrarlo de manera intravenosa. “Como son drogas de infusión, si no hay quien la aplique no la dan”, señala Martha Gualtero Presidente de OICA.⁶

- Cuando se habla de **Tratamiento integral**, se hace referencia por ejemplo al tratar una enfermedad de alto costo (como el cáncer) suele ocurrir que, como algunos medicamentos y servicios que se requieren están por fuera del POS, los pacientes deben pedirlos vía tutela, comprarlos o quedarse sin ellos así mismo sucede con los **insumos, el transporte y viáticos**. Con la nueva ley queda claro que estos pacientes recibirán lo que necesiten para recuperarse.⁷ (Ley 1384 de 2010 “*Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia*” y la Ley 1388 de 2010 “*Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia*”)

2.1.2. Limitaciones en la Prestación del servicio:

Por otro lado se ha identificado que no sólo la oportunidad en los tiempos de autorización ha sido el detonante para las quejas de los usuarios, pues a ello se suma la falta de calidad en relación a la prestación del servicio.

⁶ Se requieren 30 trámites para acceder al tratamiento de cáncer. Semana Ideas que lideran. 22 de julio 2016. <http://www.semana.com/nacion/articulo/tramites-para-acceder-al-tratamiento-de-cancer/482896>

⁷ Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país. Carlos Francisco Fernández. 19 de Febrero 2017. <http://www.eltiempo.com/vida/salud/cambios-con-nueva-ley-estatutaria-de-salud-60517>

- Las **fallas de comunicación** entre personal de salud e irrespeto de sus conceptos generando mala imagen y desconfianza en el usuario frente a la EPS y/o IPS.
- **Falta de ética y profesionalismo**; como también la baja calidad en la emisión de ordenes médicas (letra ilegible, formatos mal diligenciados o incompletos) que dificultan a su vez la calidad en las autorizaciones repercutiendo éstas, en demoras para la atención, incrementos en la tramitología, pérdidas económicas, sanciones, entre otras; viéndose mayormente afectado el afiliado al régimen de salud.

En relación a lo anteriormente mencionado, con la Ley estatutaria se busca autonomía médica. *“La ley garantiza la autonomía y la autorregulación de profesionales de la salud lo que va a redundar en mejoras en la calidad de la atención de los pacientes, prohíbe expresamente el constreñimiento, la presión o la restricción del ejercicio profesional. Ni la EPS ni el hospital pueden obligar prescripciones que el médico no considere. En este orden de ideas, el médico debe prescribir lo que el paciente necesita y no lo que la empresa de salud indique.*

- La falta de efectividad de esta gestión se debe a la **baja disponibilidad y acceso** en cuanto a uso de tecnologías avanzadas que permitan un mejor y oportuno diagnóstico (equipos dañados, falta de infraestructura y personal capacitado en el manejo de equipos), así como una herramienta óptima en donde se pueda revisar en línea y actualizada la historia clínica del paciente (con todos los protocolos de confidencialidad. Ley 1581 de 2012) permitiendo la continuidad de los tratamientos, ya sea que el paciente haya ingresado allí como consulta externa, remisión o urgencia; adicionalmente evitando así la duplicidad de remisiones que obstaculicen y demoren la atención efectiva.

Es importante tener en cuenta que no sólo la gestión interna entre la red prestadora puede ocasionar demoras y baja calidad en la referencia y contrarreferencia, sino también aquellos

aspectos externos de difícil control por parte de los actores que integran el sistema de salud, como por ejemplo:

- **Las distancias** entre la IPS que remite y la que recibe y viceversa, así como el transporte.

Los proveedores de ambulancias son limitados para la cantidad de remisiones que se hacen y las IPS que existen para lo cual la OMS ha definido que una ciudad debe contar con una ambulancia por cada 25 mil habitantes⁸, recayendo en el “*paseo de la muerte*”, ese recorrido trágico que hace un paciente de una institución a otra, con sus propios medios económicos debido a que no lo atiende por temas de afiliación o convenio entre IPS y EPS, a travesando incluso en ocasiones la ciudad en todos sus puntos cardinales sin lograr ser tratado diligentemente, sin lograr ser tratado con dignidad, pues la salud NO es un SERVICIO es un DERECHO. Por esta razón y otras, el Presidente Juan Manuel Santos con la Ley Estatutaria 1751 firmada el 16 de febrero de 2015 busca: *“impedir las barreras de acceso a urgencias. En urgencias sí o sí todos deben ser atendidos. Los hospitales no podrán alegar problemas de afiliación, falta de contratos con las EPS o dificultades al tramitar las autorizaciones”*.

Por otro lado se encuentra definido que el servicio de ambulancia está dentro de las coberturas del POS (Plan Obligatorio de Salud) por consiguiente es la EPS quien debe suministrar de forma oportuna la remisión y prestación del servicio, sin embargo esto puede convertirse en un arma de doble filo puesto que comenzarán a jugar los factores determinantes de las contrataciones y los pagos de éstos servicios al mejor postor, así

⁸ En Bogotá hay 80 ambulancias menos para atender emergencias. El Espectador. Mayo 2 de 2016

como se dio a conocer en el Programa “Séptimo Día” del Canal Caracol en las emisiones del mes de Agosto de 2016.

1.3. Análisis Situacional: El paseo de la Muerte

“No entiendo por qué esos paramédicos llevaron a mi hija a un lugar tan lejos, tan lejos”. A Fredis Palencia se le nota que la tristeza no quiere salir de su cuerpo. Hace un poco más de tres años, el 13 de abril de 2013, Fredis vio salir de su casa por última vez a su hija Laura Milena Palencia, de 24 años.

“Ella se despidió de mí, vi que iba con la niña (la hija de Laura de seis años). Como unos cinco minutos después yo escuché que una ambulancia pasó cerca de la casa”, cuenta Fredis. Él no sabía que ese vehículo iba a atender a su hija Laura, que había arrollada por un camioneta en una calle del barrio Soledad 2000, al sur de Barranquilla.

Ni Fredis, ni Laura, que padecía múltiple traumas y esta inconsciente, esperaban que el conductor y el paramédico de la ambulancia recorrieran, en promedio, 45 minutos hasta el norte de Barranquilla para trasladar a Laura a la Clínica Jaller, donde después de una hora murió. “El tiempo que ella pasó en la ambulancia fue determinante para que ella muriera. Por qué no la llevaron a la Clínica de la Universidad del Norte que está aquí, aquí mismito de mi casa. Por qué hasta el norte de Barranquilla, es increíble”.

Lo que Fredis dice entre llanto, es lo mismo que se preguntan víctimas de estos ‘paseos’ en ambulancias que lograron sobrevivir a un traslado lejano. Séptimo Día encontró esas víctimas en Bogotá, Cali, Buga, y Pereira que son parte fenómeno que según la Superintendencia de Salud de está ocurriendo en todas las ciudades del país.

“Es un delito, están poniendo en riesgo la vida del paciente porque en un accidente de tránsito prima la vida del paciente y por este tipo de incentivos fuera de la ley y antiéticos se está jugando con la vida de las personas”, sentencia el Superintendente de Salud, Norman Julio Muñoz.

Muñoz tiene en su oficina un largo expediente que involucra investigaciones en contra de 54 clínicas en el país donde están los nombres de la Clínica Medical Pro Info de Bogotá –donde le pagaron 70 mil pesos a un paramédico por llevar a un herido— y la Clínica Jaller de Barranquilla, donde murió Laura Palencia.

Pero también hay una investigación abierta en contra de las Clínicas del Grupo Empresarial Campbell, un conglomerado de centros de salud con sedes en Sincelejo, Cartagena, Soledad, Malambo, Barranquilla y Cali. El socio mayoritario de ese grupo es Iván Reátiga, un médico ortopedista que se hizo famoso en Barranquilla por el crecimiento de la Clínica Campbell, dedicada solo a atender traumas.

Séptimo Día obtuvo un video en el que se ve a funcionario de una de las Clínicas de Iván Reátiga en Cali ofreciéndole entre 150 mil y 600 pesos a un grupo de paramédicos para que lleven, sin importar el lugar del choque, heridos por accidente de tránsito a la clínica.

Esos pagos han generado una verdadera guerra de ambulancias donde el más afectado es precisamente quien necesita más atención: el herido. No importa si el lugar del choque es lejos o cerca de la clínica, las autoridades de la salud tienen documentados varios casos de nuevos ‘paseos de la muerte’ que han cobrado vidas de lesionados que terminaron más de 40 minutos en una ambulancia esperando llegar a un clínica.

Estrategias Diferenciadoras

Partiendo de la información anteriormente relacionada y como objetivo principal del presente documento, se plantean las estrategias que el sistema de Salud en Colombia por medio de las EPS puede implementar con el fin de fortalecer la gestión administrativa y en mayor instancia favorecer la mejora y preservación de la salud del afiliado.

1. Hay que enfatizar mucho en la necesidad de que exista una relación de apoyo, beneficio mutuo y confianza entre la entidad promotora de salud y la Institución prestadora del servicio, puesto que serán los mayores aliados para el desarrollo de planes que permitan alcanzar el logro de los objetivos organizacionales y los relacionados a la conservación y cuidado de la salud de los afiliados. Para reforzar éste punto, es importante definir una **red diferenciada y específica** teniendo en cuenta la cantidad de población afiliada a la EPS, y su lugar de ubicación con el fin de asociarla con la IPS más cercana teniendo en cuenta la preferencia del usuario, es decir asignarle una IPS de acuerdo a su lugar de residencia o a su lugar de trabajo y así mismo a su grupo familiar si lo hubiere. No solo es indispensable establecer las sedes de atención primaria y ambulatoria, sino además, la red de atención hospitalaria, en donde el sistema de referencia y contrareferencia juega un papel vital para el cumplimiento de los objetivos.

Pues de acuerdo con la información del gráfico anterior, en el 2013 se interpusieron por demoras de trámites entre EPS's e IPS's 63 tutelas, así como problemas de tipo administrativo que representaron un total de 28 quejas.

2. Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población afiliada, el rango de edades y sexo, se deben definir una serie de programas focalizados así como los profesionales en las áreas de la salud que estarán a cargo de identificar riesgos, realizar promoción y prevención de enfermedades, diagnosticar y tratar oportunamente. Si se ha identificado un afiliado en un riesgo en salud y se remite a una IPS que no cuente con la tecnología, infraestructura y personal en salud necesarios para su manejo, se estará incurriendo en un altísimo riesgo de afectar gravemente al paciente, desviando el ciclo de atención; por otro lado, los recursos enfocados a atender éstos casos así como la contratación con proveedores especializados se verá afectada ocasionando modificaciones en la parametrización de los servicios, inoportunidad en el pago de las cuentas médicas, retrasos en el cumplimiento de acuerdos y riesgos como: legal, reputacional, operativo y de crédito, administrativamente hablando.
3. Por otro lado, se aconseja que en la comunicación entre las IPS's y EPS's se tengan en cuenta elementos y aspectos como:
 - **Sinergia entre los procesos definidos por las EPS's:** todos ellos deben tener como eje central al afiliado, es por ello que se debe fijar una meta para captación de usuarios, facilitando las vías para presentar la documentación y la rapidez con la que la solicitud se radique, procese y sea registrada en el sistema. Una vez la afiliación se refleje en el sistema, éste debe ser dinámico para que los colaboradores puedan ubicar toda la información del afiliado y registrar los servicios que éste requiere, por ello se hace necesario disponer de una herramienta de ayuda actualizada en donde se encuentren los datos más importantes como normatividad legal vigente, coberturas

según el plan de beneficios y un instructivo de la forma en cómo se deben registrar servicios, radicar solicitudes y/o brindar información al usuario, ante cualquier duda.

No obstante el entrenamiento que debe tener el personal requiere de un tiempo prudencial en el que reciba toda la información de la empresa, del cargo a ocupar y de la labor a desempeñar, así mismo, un tiempo dedicado a la práctica de la teoría aprendida, con acompañamiento de personal con experiencia y con la capacidad de emitir una calificación sobre el desempeño del colaborador de tal manera que se puedan encontrar las debilidades y cambiarlas por oportunidades de mejora. Esto es relevante debido a que los canales de atención por los que el afiliado tiene contacto con la empresa deben estar disponibles y con la información de primera mano.

- **Canales de atención:** Dado el entorno cambiante y el avance en las tecnologías, se hace necesario no sólo definir un canal presencial, sino también el canal telefónico las 24 horas, la página web en donde puedan acceder a transacciones en línea y así mismo crear una aplicación (APP) con el fin de que el usuario tenga todas las facilidades de acceder a los servicios de tal manera que la falta de tiempo y/o los desplazamientos no sean una excusa para dejar de un lado el cuidado de la salud. Los canales de atención y en especial el canal presencial permiten dar valor agregado al afiliado logrando diferenciación en el mercado por el buen trato, la escucha activa, atender el requerimiento exacto del usuario y de éste manera lograr fidelizarlo, ofrecer confianza y seguridad como entidades de salud.
- **El modelo de salud** que se haya implementado debe definir cuáles serán los servicios “puerta de entrada” para que el usuario acceda de forma directa (sin necesidad de remisión) y por lo que se requiere una red de atención ambulatoria que

además cuenta con servicios de apoyo diagnóstico como imagenología, laboratorio clínico, vacunación, salud oral y programas de promoción y prevención.

- **Auditoria y calidad:** Con el fin de verificar el adecuado uso de los recursos (personal administrativo y de salud, disponibilidad de citas, técnico, tecnológico) y la pertinencia de las remisiones y las autorizaciones, es importante contar con médicos auditores que analicen el impacto costo-efectividad de las mismas, teniendo en cuenta grupos de riesgos que pueden definirse como aquellas patologías que demandan alto uso por el riesgo al que está expuesto el usuario si no hay un tratamiento oportuno y continuo, por ejemplo: VIH, materno-infantil, Cardio-cerebro-vascular, osteomuscular, respiratorio, atención domiciliaria, cáncer, alto costo y baja frecuencia. Así se podrán mitigar las quejas que por falta de tratamiento integral se presentaron en el año 2016 con patologías como el cáncer en donde, según el informe presentado por la OICA de las 3.300 quejas formuladas entre el primero de julio del 2015 y el 31 de mayo del 2016, se pudo establecer que la mayoría de ellas (21%) se producen por la demora en autorizaciones de todo tipo, ya sea de procedimientos de quimioterapia, exámenes o medicamentos. El 18% corresponde a negaciones de medicamentos; el 12%, a demora en la entrega de los mismos; el 11%, a negaciones definitivas del servicio; el 5% a demoras para conseguir la cita con un especialista, y el 2% por fragmentación en la atención, es decir que el paciente debe visitar distintas IPS para recibir su tratamiento. El 1% está relacionado con la entrega fragmentada de medicamentos.

- 4. Infraestructura:** se hace necesario poder contar con una infraestructura adecuada para la atención del paciente en aspectos como: ventanillas de servicio al cliente, salas de espera, consultorios provistos de: camillas, sillas, biombos, baños, equipos de cómputo ágiles, entre otros con el fin de brindar comodidad en el momento de la prestación del servicio. Es indispensable que cada EPS tenga su propia IPS equipada con la tecnología y servicios básicos de primera línea con el fin de referenciar a la mayor cantidad de la población afiliada dentro de sus recursos evitando remitir a IPS externas.
- 5. Educación médica:** es muy importante que el personal contratado, especialmente el del área de la salud, tenga capacitación e inducción constante acerca de las actualizaciones que se vayan presentando de acuerdo a la normatividad, así mismo que la organización promueva el desarrollo personal a través de cursos y talleres referentes a su profesión u ocupación. Esto no sólo desarrollará el interés personal, sino que contribuirá con mejorar los estándares de calidad en la atención y prestación de los servicios, así como en la buena imagen de la organización pues contará con profesionales competentes que estén a la vanguardia de las últimas novedades del sector.
- 6. Pago oportuno:** con el fin de realizar los pagos oportunos a proveedores, es importante definir fechas apropiadas para la radicación y respuesta de cuentas médicas, así mismo el personal necesario que pueda ocuparse de cada proveedor fortaleciendo la fácil comunicación y acuerdos entre las partes ante alguna eventualidad. Establecer acuerdos tarifarios por servicios prestados por evento o paquetes teniendo en cuenta que la

organización debe incluir dentro de sus procesos el equipo de trabajo que gestione toda la parte de la negociación y sus requerimientos.

- 7. Cobertura:** crear alianzas estratégicas con IPS dentro de todo el territorio nacional con el fin de evitar sobre costos por traslados o inoportunidad de atención básica y/o especializada. Fortalecer la atención deficiente en las zonas rurales y de difícil acceso lo que beneficia en una reducción importante del gasto en salud de los pacientes, quienes en general son de bajos recursos, disminuyendo las barreras económicas a la accesibilidad.
- 8. Promoción y prevención:** toda EPS debe tener al afiliado como el eje central de cualquier actividad, por este motivo es indispensable que se desarrollen programas de promoción y prevención de acuerdo a la población afiliada, zonas de referenciación y patologías que puedan ser manejadas desde el autocuidado y a través del *telecoaching* mejorando la accesibilidad y eficiencia de la atención.
- 9. Transparencia:** toda entidad debe obrar con equidad, justicia y ética propendiendo por el logro de la misión y los objetivos organizacionales, es por ello que se deben implementar auditorías internas en todas las unidades de negocio tanto del aseguramiento como de la prestación del servicio, que permitan identificar las posibles desviaciones de los recursos, baja calidad de gestión financiera, oportunidades de mejora en los colaboradores y ayudar a crear el sentido de pertenencia por la organización lo que involucra al personal con el mejoramiento continuo, el respeto, la responsabilidad y todos los valores organizacionales.

Conclusiones

- Las buenas relaciones entre EPS's e IPS's, la comunicación y el apoyo mutuo son estrategias que favorecen el buen funcionamiento de las empresas como organización, así como el cumplimiento del objetivo primordial: la salud del usuario.
- La implementación de un modelo de salud en el que el usuario sea participe promoverá a la familiarización con la organización y propiciará el mejoramiento continuo a través de canales de comunicación diversos en el que pueda expresar sus quejas, reclamos y/o sugerencias y que éstas puedan ser atendidas en un tiempo prudencial cumpliendo promesas de valor.
- La georeferenciación de usuarios a un IPS primaria permite el acceso oportuno a los servicios básicos, contando además con un grupo interdisciplinario para cada cierta cantidad de población afiliada, logrando maximizar los beneficios de la atención.
- Al afiliado/paciente se debe educar en relación a sus derechos y deberes, de tal manera que llegue a las instancias jurídicas sólo cuando realmente se hayan vulnerado sus derechos.
- El uso de herramientas de tecnología y comunicación deben ser un pilar estratégico con el fin de llegar a todo tipo de afiliado y que éste no tenga excusa de acceder a los servicios.
- El personal de salud y operativo debe estar en constante actualización pues esto permite al paciente tener seguridad y confianza en la prestación del servicio y así mismo la entidad de salud podrá aprovechar los recursos de infraestructura, tecnología, personal y demás, definiendo nuevas estrategias para preservar la salud del afiliado.

- La ética profesional tal vez es un tema olvidado en la actualidad y por eso se ven muchos casos de corrupción. Es por ello que se debe reforzar el concepto y establecer el compromiso personal de cada profesional partiendo de la premisa “éste puede ser mi familiar”.
- Las entidades de salud deben asegurar y contratar el personal tanto de salud como operativo para la atención y prestación de los diferentes servicios y definir los planes contingentes que se requieran en caso de cambios normativos, nuevas afiliaciones y nuevas patologías.
- Es importante que se implemente un sistema de gestión de la calidad que impacte positivamente al interior de la organización comprometiendo a todos los empleados desde los cargos más bajos hasta los superiores, pues esto se verá reflejado en la autorizaciones correctas, la referenciación oportuna, reducirá tiempos de espera, largas filas, quejas, se eliminará la tramitología y todo será más accesible para el usuario.

Referencias

- SGS Academy. Norma ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad Requisitos.
<http://www.sgs.co/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../Encuesta%20de%20Evaluacion.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008.
<https://r3047.dssa.gov.co/r3047/Resolucion-3047-2008.pdf>
- Hospital Local de Cartagena. Manual de referencia y contrareferencia.
www.esecartagenadeindias.gov.co
- Comisión séptima del Senado de la República de Colombia. Decretos sobre salud. Decreto 2759 de 1991. <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/>
- Death Moth. Referencia y contrarreferencia. Publicado Octubre 27 de 2016.
<https://www.youtube.com/watch?v=6RsAXsFkzDo>
- Aula virtual Sintranordessa. Referencia y contrarreferencia. Publicado Julio 18 de 2016.
<https://www.youtube.com/watch?v=n4S-ea21WtU>
- Félix J. Sansó Soberats¹. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. Marzo 3 de 2002.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi15302.htm
- Médico Martín Silberman. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud.
<http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>

- Noticias Caracol.com. Con la Ley Estatutaria se acaba paseo de la muerte: Santos al sancionar norma. Febrero 17 de 2015. <http://noticias.caracoltv.com/salud/con-ley-estatutaria-se-acaba-paseo-de-la-muerte-santos-al-sancionar-norma>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria de Salud: Implementación. Boletín de Prensa No.017 de 2017. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>
- La cuarta parte de las tutelas en Colombia reclaman el derecho a la salud. 21 de Abril 2017.Caracol Radio.
http://caracol.com.co/radio/2017/04/21/salud/1492800196_111047.html
- ¿Cuáles son las causas más frecuentes de las tutelas contra el sistema de salud? 16 de Septiembre 2016. Ciudadregion. http://www.ciudadregion.com/salud/cuales-son-causas-mas-frecuentes-tutelas-contrasistema-salud_1379334590