

QUEJAS FORMULADAS POR USUARIOS
DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD.
BOGOTÁ, D. C. 2001-2002

ÉDGAR MAHECHA
JUAN DE LA CRUZ MARTÍNEZ
NÉVER ENRIQUE MEJÍA
MARÍA DE JESÚS OLIVO
ANA YAMILA PARDO
HUGO HENRY RINCÓN
JAIME DE JESÚS SÁNCHEZ

Doctor
JAIME CASTRO DÍAZ

*Escuela Superior de Administración Pública
Departamento de Posgrado
Especialización en Alta Gerencia del Sistema
de Seguridad Social en Salud*

•
CORRESPONDENCIA

Revisión de pares externos
Fecha recibido: 02/04/05
Fecha revisado: 29/05/05
Fecha aceptado: 06/06/05

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El anterior Sistema Nacional de Salud atendía las necesidades de una parte de la población colombiana mediante el subsidio a la oferta (1). Actualmente, se garantiza a la población el derecho a la salud (2) a través de los regímenes contributivo y subsidiado, transfiriendo los recursos del subsidio a la oferta en subsidios a la demanda; lo anterior, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Es por ello que a través del presente estudio se pretende determinar en forma cuantitativa y cualitativa los tipos de quejas en la prestación de los servicios a los afiliados al régimen subsidiado en salud, incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, el manejo de los eventos no cubiertos por las ARS y que se presentan con regularidad en la población afiliada; los hechos anteriormente relacionados, han conllevado a evaluar el actual programa de aseguramiento del régimen subsidiado y plantear mecanismos de ajustes que repercutan en beneficio de la población pobre y vulnerable (3). Los resultados de la misma sirven de referencia para los actores que conforman el sistema, en aras de una mejor atención a los usuarios que requieren de los servicios contemplados por ley.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los tipos de quejas presentadas por los usuarios del régimen subsidiado en Bogotá, relacionadas con el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y los eventos no contemplados en Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, durante el segundo semestre de 2001 y primer semestre de 2002, interpuestas en la Secretaría Distrital de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social, con el fin de tener una aproximación de cómo se está prestando el servicio y plantear estrategias de solución.

MÉTODO

Estudio de tipo descriptivo realizado en los afiliados al régimen subsidiado en Bogotá que radicaron quejas en el segundo semestre del año 2001 y el primer semestre del año 2002 en la Secretaría Distrital de

Salud de Bogotá, el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud a 14 ARS y 22 Empresas Sociales del Estado, en eventos POSS y no POSS en el periodo anteriormente descrito. Para la recolección de los datos, se aplicó un formato que permitió la medición de variables, las cuales fueron de tipo nominal, intervalo y razón; además, se utilizó el programa estadístico epiinfo 2000 para el análisis.

RESULTADOS

De 166 quejas interpuestas en los entes de control, el 89,90% fueron en la Secretaría Distrital de Salud. De lo anterior, el 28% de las quejas fueron en los servicios de endocrinología, obstetricia, odontología, ortopedia, hospitalización, rehabilitación, cardiología y urgencias, seguido de entrega de medicamentos por farmacia el 24% y el 18 % en el servicio de consulta externa. De las quejas, el 39% fueron por personas que padecían patologías de tipo neurológico, hematológico y dermatológico, seguido de cáncer en un 15% y traumatología en un 7%. Del total de quejas, el 62% de las atenciones solicitadas por los usuarios del Régimen Subsidiado se encuentran contenidas en el POS-S (4), en los grupos etáreos entre 15-44 años y 45-60 años. El mayor número de quejas provienen de las localidades Tunjuelito, Bosa y Ciudad Bolívar. Se observa aumento de las quejas en el primer semestre de 2002 en comparación con el segundo semestre de 2001.

Del tipo de queja interpuesta por lo usuarios del Régimen Subsidiado, se observó que el 42% era por la negación del servicio, seguida por la demora en la prestación del servicio en un 25%, la falta de claridad en la interpretación de la norma y desconocimiento por parte de los usuarios en un 12,65% y, por último, la limitación del contenido del POSS en un 7,23%. En cuanto a las atenciones contenidas en el POSS, el 63% de las quejas eran por servicios y patologías que están contempladas en el Acuerdo 72/97 y el 37% de las quejas restantes eran por atenciones no contenidas en el POSS.

CONCLUSIONES

Con base en el análisis de resultados y las observaciones plasmadas en el instrumento de recolección de datos de la investigación, se concluyeron los siguientes aspectos:

1. Los usuarios no saben tramitar la queja.
2. Delimitación imprecisa de funciones en los organismos de vigilancia y control.
3. Incumplimiento del POSS por las Administradoras del Régimen Subsidiado.
4. Falta de claridad y desconocimiento de la norma en las Empresas Sociales del Estado.
5. Discontinuidad en la integralidad del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

PALABRAS CLAVES

Régimen Subsidiado en Salud, Usuarios, Atención en Salud, Plan de Salud.

INTRODUCCIÓN

El anterior Sistema Nacional de Salud atendía las necesidades de una parte de la población colombiana mediante el subsidio a la oferta (5).

A partir de la Ley 10 de 1990 se inicia la descentralización de los servicios de salud y en concordancia con esta Ley, se promulga la Ley 100 de 1993 "Sistema General de Seguridad Social en Salud" (SGSSS) garantizando a la población el derecho a la salud (6) a través de los regímenes contributivo y subsidiado.

La atención a la población pobre y vulnerable se realiza a través del régimen subsidiado, previa aplicación de la encuesta socioeconómica (Sisbén) para los potenciales beneficiarios del régimen en mención teniendo derecho a la prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS).

Por tanto, a través del presente trabajo de investigación se pretendió determinar los tipos de quejas en la prestación de los servicios a los afiliados al régimen subsidiado en salud, incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, el manejo de los eventos no cubiertos y que se presentan con regularidad en la población afiliada, los hechos anteriormente relacionados, han conllevado a plantear mecanismos de ajustes que repercutan en beneficio a la población pobre y vulnerable (7).

Este estudio se realizó en forma retrospectiva, basado en la información del segundo semestre del año 2001 con corte al segundo semestre

del año 2002, tomando como referente la población que en el periodo señalado, que interpuso ante los organismos de vigilancia y control las solicitudes para la prestación de los servicios contemplados y no contemplados en el POSS.

Los resultados de la investigación sirven de referencia para los actores que conforman el sistema, en aras de una mejor atención a los usuarios que requieren de los servicios contemplados por ley.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los tipos de quejas presentadas por los usuarios del régimen subsidiado en Bogotá, relacionadas con el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y los eventos no contemplados en Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, durante el segundo semestre del 2001 y primer semestre de 2002, interpuestas en la Secretaría Distrital de Salud, La Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social, con el fin de tener una aproximación de cómo se está prestando el servicio y plantear estrategias de solución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Clasificar y cuantificar los tipos de quejas en la prestación de los eventos del Plan Obligatorio POSS y No POSS, mediante aplicación del formato de recolección de datos.
2. Identificar el tipo de queja de los afiliados del Régimen Subsidiado frente a la prestación del POSS y de los eventos no POSS por parte del asegurador y el prestador.
3. Determinar en forma cuantitativa las enfermedades y los servicios por los cuales se quejan con más frecuencias los afiliados al régimen subsidiado.
4. Proponer estrategias para la integración efectiva del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, teniendo en cuenta los diferentes actores que intervienen en el proceso, garantizando la continuidad de la atención al usuario del régimen subsidiado.

MÉTODO

El estudio realizado es de tipo descriptivo, analizando de manera cualitativa y cuantitativa las quejas radicadas por la población de afiliados al

régimen subsidiado en Bogotá entre el segundo semestre del año 2001 y el primer semestre del año 2002.

Se tuvo en cuenta la totalidad de las quejas que interpusieron los usuarios en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, el Ministerio de salud y la Superintendencia Nacional de Salud; con requerimientos o solicitudes a las 14 ARS y 22 ESEs en eventos POSS y no POSS en el periodo anteriormente descrito.

Para la recolección de los datos, se aplicó un formato, con preguntas abiertas, que nos permite la medición de variables. Se realizó una prueba piloto para probar el formato de recolección de datos, aplicándose al 2% de la muestra de las quejas de los usuarios del régimen subsidiado en los entes de control anteriormente descritos y se utilizaron los resultados que arrojó el programa epiinfo para el análisis de dichas variables.

Las variables y medición que se utilizaron en el estudio son de tipo nominal, intervalo y razón, definidas de la siguiente manera:

- Usuario: persona afiliada al régimen subsidiado en salud.
- Edad: medida en años cumplidos.
- Sexo: diferenciación de género humano (masculino o femenino)
- ARS: Administradora del Régimen Subsidiado.
- IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ESE: Empresa Social del Estado.
- Cédula de ciudadanía: entendida como el número del documento que identifica al afiliado.
- Ubicación geográfica: se tendrá en cuenta la localidad de procedencia de la persona que instaura la queja.
- Fecha de la queja: es el momento en que se radica la queja ante la institución de control competente.
- Tiempo de resolución de la queja: es el tiempo comprendido entre la fecha de radicación de la queja y una respuesta a la misma.
- Demora en la resolución del problema en salud: entendida como el tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio por parte del usuario y el momento de resolución del mismo.
- Negación de servicios: eventos en los cuales no se le autoriza al usuario cualquier procedimiento, prestación o servicio que esté o no incluido en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
- Falta de claridad en la interpretación de la norma: determinado por la ambigüedad y multiplicidad de criterios e interpretaciones que de la

norma manejan los funcionarios de la Administradora del Régimen Subsidiado.

- Desconocimiento de los derechos, por parte de los usuarios, del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado: definido como la poca socialización del contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado dentro de la población afiliada al régimen subsidiado.

RESULTADOS

La presente exposición de resultados se realizó en consideración a cada uno de los aspectos definidos previamente en el formato de recolección de la información, las variables y los cruces respectivos de las mismas; teniendo en cuenta que las observaciones (de tipo cualitativo), aspecto final de dicho formato, serán asumidas en el componente de análisis de resultados como complemento del mismo, las cuales serán retomadas en las conclusiones y recomendaciones. Por tanto los resultados de dicha investigación son los siguientes:

SOLICITUD DE USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

De 166 quejas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado ante los entes de control, se observa que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá recibió el 89,90% de las mismas, seguido del Ministerio de la Protección Social con el 7,80% y la Superintendencia Nacional de Salud con el 2,40%.

SOLICITUD ENTES DE CONTROL VS. PATOLOGÍAS

De las quejas interpuestas en los entes de control, el 39% fueron por padecer otras patologías como las neurológica, ginecológica, politraumatismo, mentales, quemaduras, hipertensión, dermatitis, hemofilia, embarazo, síndrome anémico, síndrome nefrítico, entre otras, y no por cáncer, como se había estimado inicialmente.

SOLICITUD ENTES DE CONTROL VS. SERVICIOS

De las solicitudes realizadas por los usuarios del régimen subsidiado se observa que el mayor número de quejas fueron por otros servicios, como endocrino, obstetricia, odontología, ortopedia, hospitalización, terapias,

cardiología (marcapasos) y urgencias en un 28%, seguido de entrega de medicamentos POS (24%) y consulta externa (18%), de las cuales en su mayoría fueron instauradas en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

GRUPO ÉTAREO

Del total de solicitudes presentadas, se observa que el mayor número de quejas fueron sin el dato de edad (62,5%), seguido de los grupos étareos entre las edades de 15 - 44 años de edad (15,6%) y 45 - 65 años (14,46%), llamando la atención que son las etapas de vida productiva en Colombia.

GRUPO ÉTAREO VS. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO

Del total de quejas, se observa que el 62% de las mismas se encuentran contenidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, similar al porcentaje observado en el comentario de grupo étareo que no tenían el dato de edad y que no permitió realizar un análisis más profundo del tema, seguido de los grupos étareos entre 15-44 años (16%) y 45-60 años (16%).

GÉNERO

Según el género se observa que el 59,54% fueron mujeres, seguido del 32,5% por hombres y sin dato el 7,83% del total de las quejas.

GEORREFERENCIACIÓN DE LA QUEJA

Del total de quejas interpuestas, se observa que el mayor número no reportan lugar de procedencia (25,3%), entre las que reportan el mayor número de quejas provienen de Tunjuelito (13,9%), Bosa (10,2%) y Ciudad Bolívar (9,6%) y otras Localidades (Engativá, Chapinero, Suba, Usme, Candelaria, San Cristóbal, Fontibón, entre otras) (24,7%).

GEORREFERENCIACIÓN POR ASEGURADORA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El mayor número de quejas fueron instauradas por los usuarios provenientes de localidades distintas al área de influencia de las Administradora del Régimen Subsidiado en Bogotá, siendo en su orden las quejas provenientes de las localidades de Tunjuelito, Bosa, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe. Por otra parte, llama la atención que el mayor número de quejas provenían de la Localidad de Bosa y eran para la Administradora del Régimen Subsidiado Humana Vivir, seguida de la Administradora del Régimen Subsidiado Salud Total; inclusive dicha situación se hace similar en las restantes localidades.

GEORREFERENCIACIÓN POR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Se observa que el mayor número de quejas instauradas por los usuarios fueron dirigidas a la Empresa Social del Estado El Tunal tercer nivel de atención, usuarios provenientes de las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Kennedy, seguido por el Hospital de Occidente de Kennedy tercer nivel de atención, cuyas quejas fueron interpuestas por los usuarios ubicados en la localidad de Bosa.

PERÍODO DE INTERPOSICIÓN DE LA QUEJA

Comparando el total de quejas entre el segundo semestre del año 2001 y el primer semestre del año 2002, se observa que aumentaron las quejas en el primer semestre del año 2002 en un 56% frente al 43% del semestre anterior.

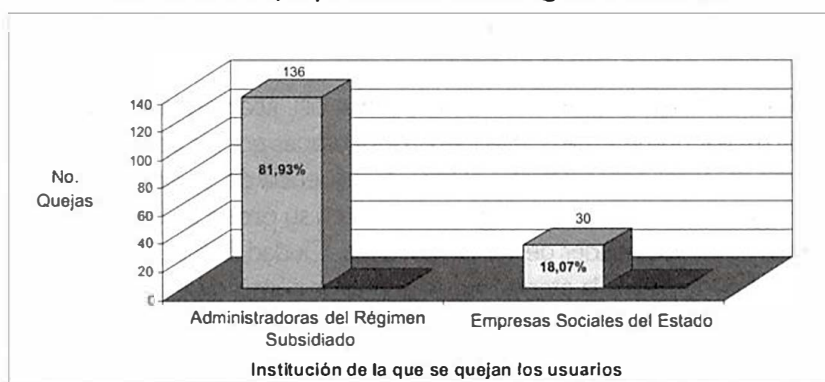
TIEMPO DE RESPUESTA DE LA QUEJA

El 22,9% de las quejas se encuentran resueltas en los primeros quince días del mes, seguidas del 43% que tienen resolución en un mes el resto de las quejas se resuelven entre 2 y 10 meses y 7 de las quejas se les dieron traslado por no ser competencia de la entidad.

TIPO DE QUEJAS DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Del total de quejas erigidas por parte de los usuarios del régimen subsidiado, el 81,93% son para las ARS y el 18,07% para las Empresa Social del Estado. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Quejas por usuarios del régimen subsidiado



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de la Protección Social 2003.

SOLICITUDES NEGADAS POR ASEGURADOR

Del total de quejas por solicitudes negadas en las ARS, se observa que las Administradoras del Régimen Subsidiado liquidadas y en liquidación presentan el mayor número de quejas, seguidas de otras Administradoras del Régimen Subsidiado vigentes (Mutual Ser, Caprecom, Ecoopsos, entre otras) y el resto de quejas eran hacia la ARS Humana Vivir. Es importante anotar que en 10 quejas no se encontró el dato del asegurador.

SOLICITUDES NEGADAS POR INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)

Se observa que el Hospital El Tunal tercer nivel de atención obtuvo el mayor número de quejas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado ante los entes de control por solicitudes de servicios negados en un 30%; seguido de las Empresas Sociales del Estado de tercer nivel como son Kennedy y Santa Clara en un 16% y en menor proporción de quejas el Hospital Simón Bolívar tercer nivel de atención con un 6%.

TIPO DE QUEJA POR SERVICIO Y ASEGURADOR

Se observa que el mayor número de quejas que instauraron los usuarios es por otros servicios prestados por las Administradora del Régimen Subsidiado, como ambulancia, hospitalización, terapias física y de lenguaje, ortopedia y odontología, frente a servicios como consulta externa, cirugía, entre otros, siendo representativas las ARS liquidadas y en liquidación, otras vigentes (Comfenalco, Mutual Ser y Solsalud), seguidas de las ARS Asfamilias y Humana Vivir.

Otro servicio que niegan los aseguradores es la entrega de los medicamentos POS, siendo más notable estas quejas en las ARS liquidadas y en liquidación, otras vigentes y la ARS Comfenalco. En tercer lugar otro de los servicios negado por el asegurador son los servicios en Alto Costo (trámites administrativos, autorizaciones, entre otras), siendo las más representativas las ARS Humana Vivir, Asfamilias y las ARS liquidadas y en liquidación. Por último, los servicios de consulta externa y cirugía fueron negados en su mayoría por las Administradora del Régimen Subsidiado Comfenalco y Asfamilias, respectivamente.

TIPO DE QUEJA POR PATOLOGÍA Y ASEGURADOR

Se observa que el mayor número de quejas instauradas por los usuarios está en la agrupación de otras enfermedades, como cirrosis, bronco

neumonía, hemofilia, hernias, epilepsia, cardiopatías, patología ginecológica, patología urológica, enfermedad mental, entre otros, negadas por las ARS liquidadas y en liquidación, seguidas por las ARS Comfenalco, Salud Total y Humana Vivir. En segundo lugar las atenciones negadas fueron las patologías asociadas a cáncer por las ARS liquidadas y en proceso de liquidación, seguidas por las ARS Comfenalco, Salud Total y Humana Vivir. En tercer lugar, se negaron las atenciones para enfermedades ortopédicas en las Administradora del Régimen Subsidiado Humana Vivir, seguida por las ARS liquidadas y en liquidación y la ARS Asfamilias. Por último, es representativa la negación a la atención de enfermedades de vías digestivas y renales en las Administradora del Régimen Subsidiado Salud Total y Humana Vivir, respectivamente.

TIPO DE QUEJA POR SERVICIO Y PRESTADOR

Se observa que el mayor número de quejas presentadas por los usuarios se refleja en otros servicios POS (urgencias, endocrino, obstetricia, cardiopatías), siendo las Empresas Sociales del Estado Kennedy y Santa Clara, ambas de tercer nivel de atención las que negaron los mismos, seguidas por la dispensación de medicamentos en farmacia por las ESE Santa Clara tercer nivel de atención, Hospital el Tunal tercer nivel de atención, Kennedy tercer nivel de atención y Rafael Uribe primer nivel de atención, respectivamente. Otros servicios en importancia negados son los siguientes: apoyo diagnóstico por el Hospital El Tunal tercer nivel de atención, consulta externa por los Hospitales de Kennedy y Tunal tercer nivel de atención y cirugía por el Hospital Tunal.

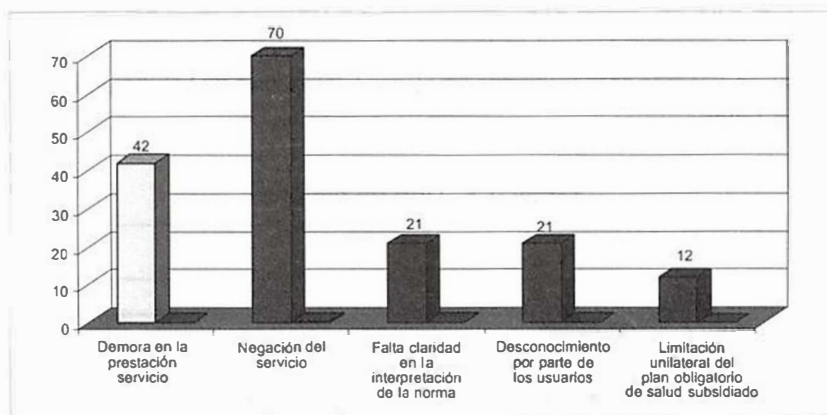
TIPO DE QUEJA POR PATOLOGÍA Y PRESTADOR

Se observa que el mayor número de quejas presentadas por los usuarios se refleja en otras patologías (cáncer, colangitis, embarazo, enfermedad del adulto mayor, hipertensión, neurológicas, oculares, vías digestivas, entre otros) y en otras Empresas Sociales del Estado (San Blas nivel II, Usme nivel I, Rafael Uribe Nivel I y del Sur nivel I, entre otras), seguidas de los hospitales de Tunal, Santa Clara, Kennedy y Simón Bolívar tercer nivel de atención. Otras patologías que no fueron atendidas por las Empresas Sociales del Estado son la epilepsia, endocrinas y cardiopatía, especialmente en los hospitales de Santa Clara y Kennedy, ambos de tercer nivel de atención.

TIPO DE QUEJA INTERPUESTA POR USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Del tipo de quejas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado en salud, se observa que la mayoría son por negación del servicio (42,17%), seguidas de demora en la prestación del servicio (25,30%); en su orden le siguen falta de claridad en la interpretación de la norma y desconocimiento por parte de los usuarios (12,65%) y por último, la limitación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (7,23%). Ver Gráfico 2.

Gráfico 2. Solicitud interpuesta por usuarios del régimen subsidiado



TIPO DE QUEJA POR ASEGURADOR

Del tipo de quejas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado, especialmente en la variable negación del servicio, el mayor número de quejas se observan en las Administradoras del Régimen Subsidiado liquidadas y en liquidación, seguidas de otras Administradoras del Régimen Subsidiado vigentes (Salud Vida, Mutual Ser, Ecoopsos, entre otras) y de las Administradoras del Régimen Subsidiado Salud Total y Humana Vivir. La misma tendencia se observa en las variables demora en la prestación del servicio y desconocimiento por parte de los usuarios, lo anterior constatado por las respuestas que en su momento daban los entes a los usuarios.

TIPO DE QUEJA POR PRESTADOR

Del tipo de quejas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado, especialmente en la variable negación del servicio, el mayor número de quejas se observan en las Empresas Sociales del Estado (San Blas nivel 2,

Usme nivel 1, Simón Bolívar nivel 3, entre otras), seguidas de los hospitales de tercer nivel como Santa Clara y Tunal. Esta tendencia también se observa en las variables falta de claridad en la interpretación de la norma y demora en la prestación del servicio.

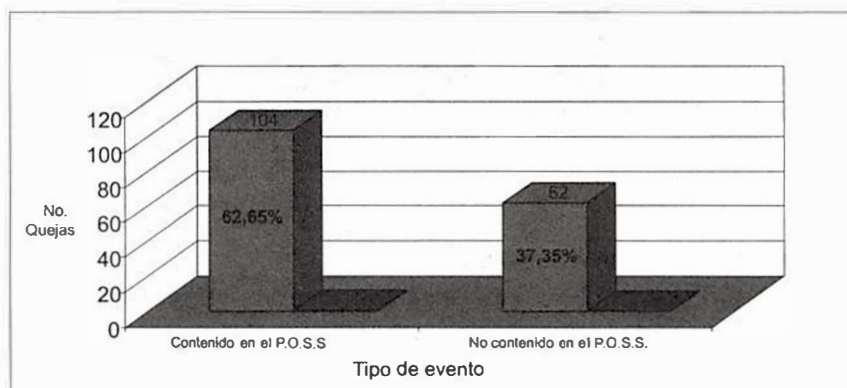
TIPO DE QUEJA POR EVENTO

Del total de quejas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado, se observa que la mayoría se presentaron en eventos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado en un 62,65%. Ver gráfico 3.

TIPO DE QUEJA EVENTOS ASEGURADOR VS. PRESTADOR

Del total de quejas interpuestas por los usuarios, se observa que las Administradoras del Régimen Subsidiado presentan el mayor número de quejas en eventos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, en un 63%.

Gráfico 3. Tipo de evento



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de la Protección Social 2003.

TIPO DE QUEJA EVENTOS PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POR ASEGURADOR

Del total de quejas, se observa por los datos arrojados en el estudio que la Administradora del Régimen Subsidiado Asfamilies presenta el mayor número de quejas en eventos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, seguido por las ARS Humana Vivir y Salud Total, y en eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado el mayor número de quejas se presentan en la ARS Humana Vivir, seguido de las ARS Comfenalco y Salud Total.

TIPO DE QUEJA EVENTOS PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POR PRESTADOR

Del total de quejas, se observa que la Empresa Social del Estado El Tunal tercer nivel de atención presenta el mayor número de quejas en eventos contemplados (40%) y no contemplados (60%) en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, seguida por los Hospitales de tercer nivel Kennedy y Santa Clara.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POR TIPO DE SERVICIO

Del total de servicios, se observa que el mayor número de quejas interpuestas es por la dispensación de medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, seguidas de servicios relevantes como consulta externa, cirugía y actividades de alto costo. Por otra parte, se observa que la entrega de medicamentos presenta el mayor número de quejas en los eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, seguida de las actividades de alto costo.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POR TIPO DE PATOLOGÍA

Del total de patologías, se observa que el mayor número de quejas interpuestas están contenidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y en el grupo de patologías asociadas con cáncer, seguidas de patologías oculares, cardiopatías y vías respiratorias. Por otra parte, se observa que el grupo de patologías asociadas con cáncer presenta el mayor número de quejas en los eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, seguida de las patologías renales, epilepsia y del sistema músculo esquelético.

DISCUSIÓN



Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta los resultados del estudio, se observa que los usuarios del régimen subsidiado interponen el 89,9% de sus requerimientos en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, ente de vigilancia y control al que le compete la resolución de las deficiencias en la prestación de los servicios de salud que contrata con las Administradoras del Régimen Subsidiado para la población pobre y vulnerable, seguida por el Ministerio de la Protección Social con un 7,8% y el restante 2,4% en la

Superintendencia Nacional de Salud, posiblemente desconociendo que estas dos entidades no son las que en principio resolverían dichas solicitudes y que por el contrario sí pueden ejercer presión ante la Secretaría Distrital de Salud para la respuesta oportuna de sus quejas.

Por otra parte, servicios como alto costo, dispensación de medicamentos, procedimientos quirúrgicos revisados en las quejas, entre otros, son eventos que se encuentran contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación) (8) y que cuando no están incluidos en éste, deben ser asumidos por las Empresas Sociales del Estado o por entidades privadas con las cuales tenga contrato el Estado para así garantizar la integralidad de los mismo; sin embargo, están siendo negados en un 62,65% y por tanto los usuarios del régimen subsidiado se quejan (9).

Lo anterior es consecuente con las enfermedades que padecen los usuarios (cáncer, lesión de cadera, cardiopatías, oculares como cataratas, entre otras) las cuales independientemente de su complejidad están cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, ya que éste, como se mencionó anteriormente, garantiza la atención integral, incluyendo las ayudas diagnósticas, hospitalización, medicamentos, entre otros. (10)

También es importante anotar que dichas enfermedades tienen una posible relación con los grupos etáreos que obtuvieron el mayor número de quejas, entre 15 – 44 (15%) y 45 – 65 años (14%), y que por los requerimientos para el tratamiento de las mismas (medicamentos, apoyo diagnóstico, entre otros) están siendo negadas las atenciones a los usuarios del Régimen Subsidiado. También llama la atención que las enfermedades antes mencionadas se están presentando en los grupos productivos de la pirámide poblacional, los cuales viven unas condiciones precarias de salud, independientemente del gasto en salud que ha venido haciendo el Estado por mantener la población sana (11). Por otra parte, la mayoría de los usuarios en el momento de interponer la queja no anotan la edad (62%), no permitiendo así realizar un análisis más claro sobre esta variable.

Habiéndose realizado cruce de variables entre grupos etáreos y los eventos contenidos y no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, es importante mencionar que se mantiene la tendencia para las quejas por atenciones contempladas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado en los grupos etáreos descritos anteriormente, violándose así mismo los principios planteados en la ley 100/93 del SGSSS.

En relación con la variable género, las cifras nos indican que las mujeres son las que presentaron el mayor número de quejas, esto como han

anotado otras investigaciones, quizás debido a su vulnerabilidad o porque son las que más utilizan los servicios, por la preocupación de su salud y la del núcleo familiar, y por ser cabeza de familia¹, como bien lo indican los resultados del estudio de accesibilidad realizado frente al tema por la Secretaría Distrital de Salud, pudiéndose a la vez establecer una relación directamente proporcional a la morbilidad presentada en las mujeres.

En la recolección y descripción de los datos del estudio, se observa que comparando el primer semestre del 2002 con el segundo semestre del 2001 se aumentaron en un 13% las quejas posiblemente por la no mejoría en la prestación de los servicios en salud por las ARS, o que la gente está conociendo y reclamando sus derechos; consideramos que se están presentando los dos casos al mismo tiempo debido a que las ARS por mantenerse en el mercado ofrecen un portafolio de servicios que no están garantizando a los usuarios, y por otra parte, los usuarios están conociendo más sus derechos en salud.

Del tiempo que transcurre en los entes de control para dar respuesta a las quejas es de un mes de haber sido interpuesta por el usuario, en un 66,3% (111 quejas) y el 33,7% restante se resuelve en un periodo de 2 a 10 meses y 4,2% se hallan sin información; aunque el estudio no alcanza a determinar si las quejas fueron efectivamente resueltas o no para el usuario, el simple hecho de la demora en el ente de control para solucionar el problema puede estar ocasionando un desgaste administrativo para los actores involucrados, en detrimento del pronóstico de la salud del paciente. Dicha situación, denota el retraso por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado, por la no atención oportuna de la necesidad de salud del usuario, vulnerando así los principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cuanto a la georreferenciación, el mayor número de quejas provenían de usuarios que viven en las zonas sur y sur occidente de Bogotá Distrito Capital, posiblemente porque la mayoría de los usuarios del Régimen Subsidiado viven en las mismas y además, existe poca oferta de servicios de salud en estas zonas de Bogotá (12). Por otra parte, y según los resultados del estudio, se observa que la mayorías de las quejas fueron instauradas hacia las Administradoras del Régimen Subsidiado y provenían de usuarios que viven en localidades diferentes al área de influencia de las Empresas Sociales del Estado de tercer nivel de atención que están actual-

¹ Factores condicionantes y determinantes del acceso a servicios de salud, régimen subsidiado-vinculado 1999.

mente referenciadas por redes de atención a las cuales fueron remitidos. Lo anterior puede indicar que las Administradoras del Régimen Subsidiado están contratando con hospitales e IPS privadas que no están cerca del área de vivienda de los usuarios del régimen subsidiado. Pese a los resultados, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha dividido el Distrito en cuatro zonas para facilitar el acceso a los usuarios, disponiendo la oferta de servicios en salud por niveles I, II, III de atención en cada una de ellas, y aun así, se observa que los usuarios no están siendo atendidos en los hospitales o Empresas Sociales del Estado de su referencia, ocasionando en algunos casos rechazo de los mismos en el momento de brindar la atención.

Los resultados aquí presentados, relacionados con la georreferenciación, se realizaron en forma de frecuencias absolutas y no en tasa, dado que el tiempo tomado para obtener las quejas no puede ser relacionado con el número de usuarios para la construcción del tema investigado, lo cual podría llevar a falsa interpretación, dado al bajo número de quejas en relación con el tiempo de la investigación.

En cuanto a las quejas radicadas por los usuarios ante los entes de control, observamos que están dirigidas en su gran mayoría (81,93%) hacia las Administradoras del Régimen Subsidiado, siendo éstas las que en principio deben garantizar el aseguramiento y prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable del Distrito Capital.

Considerando las observaciones registradas en el formato de recolección de la información e independientemente si las Administradoras del Régimen Subsidiado estén vigentes o en proceso de liquidación forzosa, las mismas están presentando dificultades en cuanto a la contratación con las IPS, para la prestación de los servicios en salud, debido al tipo de negociaciones definidas en las diversas modalidades de contratación (por capitación, por evento, por actividad) y adicionalmente algunas IPS no cumplen íntegramente requerimientos de calidad e idoneidad en la prestación de los servicios a los usuarios, en detrimento de la atención oportuna de los mismos.

Por otra parte, también se observa que los terceros niveles de atención adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá son el blanco de la mayoría de las quejas probablemente porque la capacidad instalada de algunos servicios muy especializados no logra suplir las necesidades de atención de toda la población asegurada; lo anterior, basados en los resultados de las observaciones realizadas en el formato.

El problema de la entrega de los medicamentos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se evidencia de forma contundente en esta

investigación, independientemente de la patología, en el servicio al que acude el usuario o a la entidad (Administradora del Régimen Subsidiado, Empresa Social del Estado), con el agravante de que el poder adquisitivo del afectado es mínimo, lo que no le permite suplir la consecución de los medicamentos por otro medio, quedándose muchas veces sin el tratamiento ordenado por el médico tratante.

Las especialidades objetos de las quejas (oncología, nefrología, endocrinología, cardiología, neurología) tienen carencias e insuficiencia de oferta en la red pública, y si bien es cierto que existe la contratación con entidades privadas no se llenan las expectativas de los usuarios, dado que muchas de estas patologías requieren para su manejo, de periodos prolongados de estancias hospitalarias, de tecnología de punta (subespecialidades, medicamentos, procedimientos complejos) que algunas veces no le solucionan el totalmente el problema de salud, pero sí pueden mejorar la calidad de vida del afectado.

Analizando la cuantificación del tipo de queja interpuesta, se determinó que la negación del servicio es la más relevante (42,17%), seguida por la demora en la prestación del servicio. Cabe señalar que los trámites administrativos para las autorizaciones y las dificultades en la negociación para la contratación siguen siendo, según las observaciones del formato, las barreras de acceso para la atención oportuna del usuario.

Según resultados del estudio y complementado con las observaciones del formato de recolección de las quejas, la falta de claridad en la interpretación de la norma por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado (13%) y las Empresas Sociales del Estado (14%), además del desconocimiento de dicha norma por parte del usuario, favorece el conflicto entre usuario vs Administradora del Régimen Subsidiado o usuario vs Empresa Social del Estado. Estas ineficiencias se perpetúan en el tiempo, observándose una tendencia similar en las Administradoras del Régimen Subsidiado vigentes, como en las Administradoras del Régimen Subsidiado en proceso de liquidación o las ya liquidadas y aun también en las Empresas Sociales del Estado.

En cuanto al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado se observa que las quejas por servicio y por patología están contenidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (63%) y el resto, no POSS (37%), está cubierto con recursos de la oferta y es allí donde pierde su integralidad, la cual se encuentra legalmente garantizada; es en ese límite donde se presenta la falencia en la continuidad y dinámica en el proceso de la prestación del

servicio en salud, dejando al paciente sin orientación, conllevando al desequilibrio del Sistema. (13).

LIMITACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Pocos estudios relacionados con el tema, datos incompletos en las quejas interpuestas por los usuarios, poca flexibilidad de la norma para plantear estrategias más contundentes frente al tema.

FORTALEZAS

Tema nuevo. Sirve como base para nuevas investigaciones sobre régimen subsidiado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



Con base en el análisis de resultados y las observaciones plasmadas en el instrumento de recolección de datos de la investigación se concluyen los siguientes aspectos:

1. Frente a las quejas interpuestas por los usuarios, se puede determinar que las redactan según la necesidad de atención, obviando información valiosa para realizar un adecuado seguimiento y ajuste a la problemática, que lo hacen en los entes de control relacionados con salud, y que desconocen sus derechos o mal interpretan la norma.

Por lo anterior, se recomienda a los entes de control diseñar un formato único de quejas y reclamos de fácil manejo para los usuarios y que contenga la información sociodemográfica suficiente para el seguimiento de la queja y así realizar las intervenciones a que haya lugar frente a la problemática del régimen subsidiado. También sería conveniente por parte de la Administradora del Régimen Subsidiado para beneficio de sus afiliados, rediseñar e implementar planes de capacitación tendientes a clarificar y estandarizar conceptos frente al régimen subsidiado, el plan de beneficio y definir claramente la competencia del ente de control respectivo para la interposición de la queja, con el fin de disminuir la problemática anteriormente descrita. Para lograr la implementación de estas recomendaciones es necesario que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y su Oficina de participación promueva la capacitación permanentemente a

los usuarios, asociaciones de usuarios, Copacos, a través de cartillas, folletos, foros que expliquen de manera clara y sencilla sobre los derechos y deberes en salud. También, se recomienda la creación y utilización de la figura del Defensor del Usuario dentro de las ARS, para que a través de éste se canalicen, clasifiquen y prioricen las quejas. Esta instancia también es útil en la resolución rápida de problemas de baja complejidad.

2. Se observa una delimitación imprecisa de funciones en los organismos de Vigilancia y Control.

Por lo anterior, se recomienda al Ministerio de la Protección Social dirimir claramente las funciones de vigilancia frente a las competencias de los entes de control y dar a conocer a los usuarios lo respectivo sobre el tema, lo cual está generando reprocesos y un desgaste administrativo en las entidades y demora en la resolución de la queja. Por lo que se debe replantear la norma, procesos y procedimientos frente a los mecanismos explícitos de control sancionatorios o de mejoramiento que contribuyan a la resolución de dicha problemática. También se sugiere a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá la estandarización de un procedimiento investigativo frente a las anomalías presentadas por los usuarios de los servicios del régimen subsidiado en salud, notificando así a la Superintendencia Nacional de Salud para que imponga las sanciones a lugar. Llamamos la atención a los organismos de control para que establezcan un sistema de corrección y seguimiento tanto a las Administradoras del Régimen Subsidiado como a los prestadores para que mejoren la oportunidad en la prestación del servicio, la suficiencia de la red contratada (capacidad instalada, insumos y suministros) y georreferenciación de la misma. Por otra parte, se considera necesario que el Gobierno Nacional fortalezca los mecanismos de vigilancia y control para que ésta establezca los mecanismos adecuados que solucionen, de manera definitiva, las causas que dan origen a las irregularidades en la prestación del servicio.

3. A partir de la revisión y el análisis, se observa incumplimiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado para la eficiente prestación de los servicios a los usuarios de dicho régimen, debido a la negación de los servicios contemplados en el POSS, a la deficiencia en la contratación con las IPS, por falta de claridad en la interpretación de la norma por parte de las ARS, la deficiente georreferenciación por parte de la Administradora del Régimen Subsidiado que no facilita el acceso de los usuarios que requieren

los servicios, las barreras de acceso en la autorización de los servicios, y el desconocimiento por parte de la Administradora del Régimen Subsidiado del portafolio ofertado por las Empresas Sociales del Estado, especialmente en servicios subespecializados (datos obtenidos del formato de información).

Por lo anterior, frente a la contratación, se recomienda definir criterios claros de portafolio en cuanto a lo que se ofrece acorde con la necesidades de salud de los usuarios, ubicación geográfica del prestador y estandarización de trámites para la autorización de los servicios, además realizar los pagos oportunos a las IPS para garantizar la atención de los afiliados. Que las Administradoras del Régimen Subsidiado revisen la norma frente a los eventos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y conjuntamente con el ente de control para las mismas, estandaricen la competencia para la contratación y prestación de los servicios. Las mismas deben brindar la información veraz, oportuna y suficiente a los afiliados para evitar la confusión de los mismos; a través de charlas, folletos propaganda. Por otra parte, se debe establecer desde las ARS un proceso de auditoría sólido y permanente a través del cual se detecten oportunamente las irregularidades en la prestación de los servicios, evitando así la repetitiva ocurrencia de quejas de la misma naturaleza. Finalmente proponemos que la Secretaría Distrital de Salud determine parámetros claros frente al cumplimiento del contrato (objeto, obligaciones, parágrafos aclaratorios frente a los eventos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado) y dirija los procesos de interventoría hacia la identificación de estas anomalías, y redefina mediante la planeación estratégica los mecanismos tendientes a corregir las falencias que se estén presentando.

4. Falta de claridad y desconocimiento de la norma en las Empresas Sociales del Estado por la no prestación de los servicios por las Empresas Sociales del Estado contratados con la ARS, por no tener oferta adecuada y suficiente en algunos servicios especializados (tercer nivel de atención).

Por tanto recomendamos que el personal de las Empresas Sociales del Estado que tienen a cargo la autorización de los servicios cuenten con la suficiente capacitación en los contenidos del Plan de Beneficios y con base en sus conocimientos revisen y apliquen la norma para la aceptación del usuario, existiendo una comunicación directa con la ARS o en su defecto que se establezcan reglas claras a la hora de contratar los servicios bajo la premisa del gana-gana en pro de la satisfacción del usuario. También deben mejorar la capaci-

dad instalada actual o en su defecto fortalecer el trabajo en red para la complementariedad de los servicios, procurando el fácil acceso de los usuarios y la oportuna resolución de la problemática en salud.

5. Discontinuidad en la integralidad del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, debido a que el afiliado al terminar el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado queda desprotegido para continuar el tratamiento, viéndose reflejado en la no entrega de medicamentos, procedimientos diagnósticos, no permitiendo solucionar la situación de salud del afiliado.

Se recomiendan al Ministerio de Protección Social las siguientes estrategias para garantizar la continuidad y la integralidad del Plan Obligatorio en Salud Subsidiado:

1. Implementar mecanismos de información tales como: medios masivos de comunicación, talleres y seminarios a los usuarios, a los Copacos (Comité de Participación Comunitaria), para sensibilizar a la población y así generar una cultura de salud frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Realizar la revisión de los eventos no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado de mayor y menor frecuencia y plantear la inclusión de éstos en el Plan en mención, con el fin de garantizar la continuidad en la atención.
3. Mejorar el proceso de remisión de los usuarios a los servicios que requieran vía subsidio a la oferta mediante el mecanismo de referencia y contrarreferencia, aplicando los ajustes realizados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, estableciendo la estandarización de lineamientos frente a la remisión de los usuarios que estén en proceso de atención.
4. Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales deberán coordinar con las Administradoras del Régimen Subsidiado la estandarización de procesos y procedimientos de tipo administrativo (formatos de autorización, pagos, entre otros) con el fin de mejorar la funcionalidad del sistema en el régimen subsidiado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social, tomos I y II, 1994.
2. Constitución Política de Colombia, artículos 48 y 49.
3. Plaza B et al. Managed competition for de poor or poorly managed competition? Lessons from de Colombian health reform experience. Health Policy and Planning, 2001. pp. 44-51.
4. Ley 100, 1993, Acuerdo 72 de 1997. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
5. Ministerio de Salud, op. cit.
6. Constitución Política de Colombia, artículos 48 y 49.
7. Plaza B et. al., op. cit.
8. Acuerdo 72, 1997.
9. MacPake B. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? Health Policy and Planning, Health Module, 2003, pp. 182.
10. Acuerdo 72 de 1997, numerales 4 y 5.
11. Secretaría Distrital de Salud. Informe anual de gestión.
12. Secretaría Distrital de Salud. Resultados de la política de regulación para la oferta de servicios de salud en Bogotá. 2003.
13. Idem.