



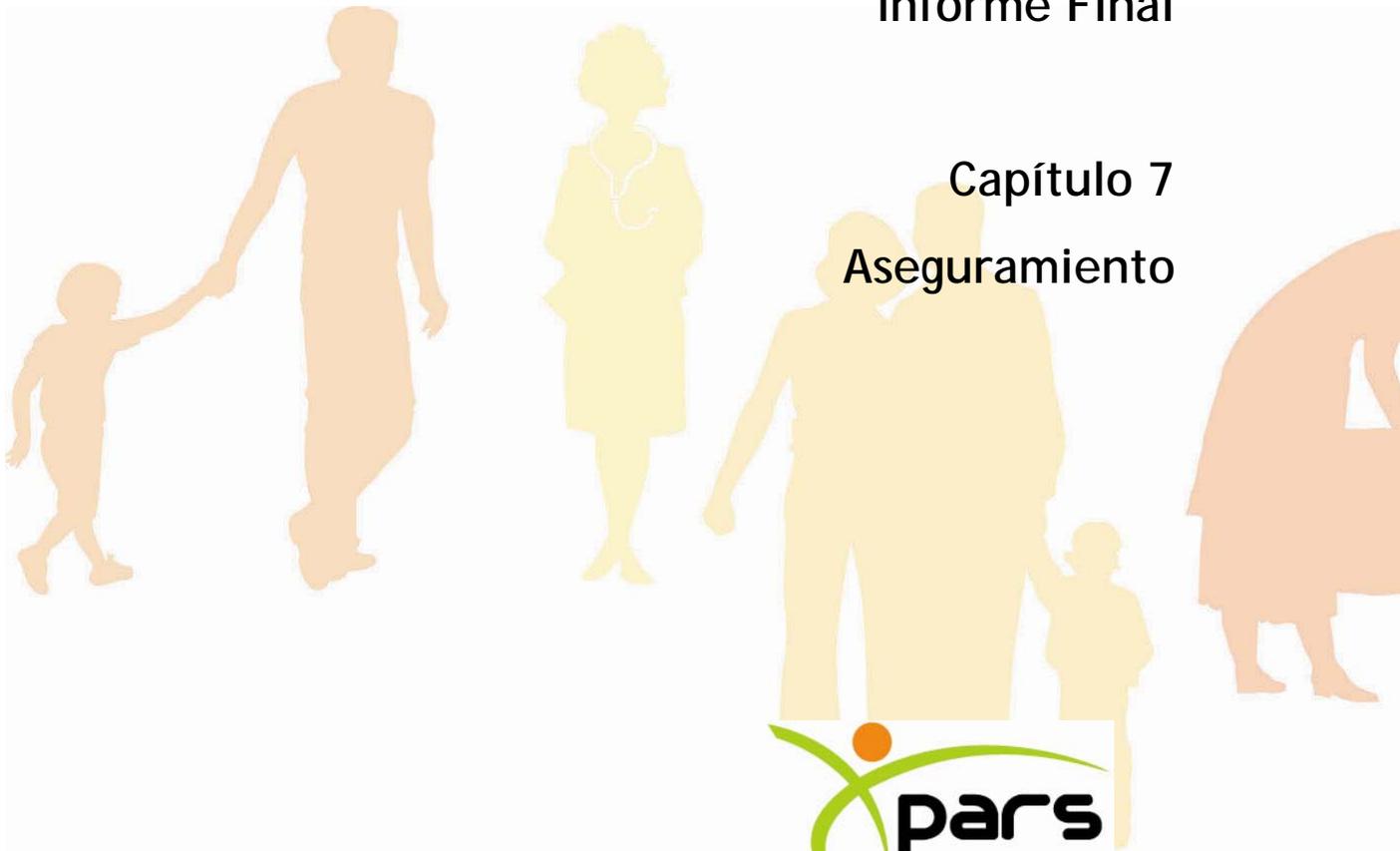
Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud

Informe Final

Capítulo 7 Aseguramiento



CAPITULO 7

ASEGURAMIENTO

A continuación se desarrollan los procesos prioritarios de IVC relacionados con el Eje del Aseguramiento.

Para llegar al desarrollo mencionado se identifican las debilidades detectadas¹, la naturaleza de las mismas, las propuestas de solución, los instrumentos para su implementación, los agentes implicados, su coordinación y en algunos casos el esquema de la situación sugerida.

Los procesos críticos o prioritarios, parte del presente eje son:

Organización y Funcionamiento

Verificación de las Condiciones Financieras de los Vigilados (Aseguradoras y Prestadores)

Condiciones de Gestión de Aseguradoras y Prestadores

Contratación con las Administradoras del Régimen Subsidiado y Seguimiento de los Contratos

Relaciones con los Usuarios (Selección, Afiliación y Carnetización)

¹ Fase I: Proyecto de referencia. Informes de Objetivo.

Transparencia (“Disclosure”)

Quejas y Reclamos

Flujos de Caja de las Aseguradoras a las Prestadoras

Autoregulación

Autocontrol

PROCESO: ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

7.1.1

**ASPECTOS
GENERALES**

Bajo el rótulo de organización y funcionamiento se han agrupado todos aquellos elementos que tienen que ver con estos aspectos en los vigilados, los cuales comprenden:

Los requisitos de capital mínimo y la verificación de las condiciones de idoneidad moral y técnica para ingresar al sistema y, posteriormente, para permanecer en él.

Las condiciones financieras generales incluyendo, además del margen de solvencia, su solidez, su gestión administrativa, su capacidad de generar rentabilidad y su liquidez, así como lo referente a las operaciones autorizadas y el régimen de inversiones.

El cumplimiento de requisitos esenciales en el caso específico de los prestadores.

El régimen de inhabilidades e incompatibilidades, y
La prevención de conflictos de interés y de prácticas restrictivas de la competencia.

Los aspectos relacionados en estos tópicos con los prestadores de servicios serán examinados en el capítulo 8 del presente documento.

7.1.2 DEBILIDAD ES DETECTADAS (LOS REQUISITOS DE INGRESO AL MERCADO)

En primer lugar el marco normativo, anterior a la ley 715 planteaba superposiciones y duplicidades de competencias entre los diferentes agentes, al asignar de manera generalizada y sin establecer mecanismos de coordinación o dependencia, que las entidades territoriales, en su jurisdicción, deben vigilar y controlar la función de aseguramiento.

No obstante, es bueno señalar que en el nivel territorial no se han desarrollado nunca estas actividades en lo relacionado con el aseguramiento, al paso que la ley 715 estableció los instrumentos requeridos para solucionar las confusiones del entorno regulatorio anterior al definir a la SNS como ente rector de la supervisión en el sistema y, en tal sentido, supeditar la acción del nivel territorial a las directrices de ésta.

En lo que se refiere de manera particular a las aseguradoras, el primer elemento a mencionar dentro

de la organización y funcionamiento es la importante diferenciación que existe en el tratamiento que se otorga, en lo referente a los capitales mínimos de ingreso y a los que se deben acreditar para permanecer en operación, a diversos subconjuntos de las mismas, en lo que se relaciona con los requisitos de ingreso al mercado e incluso en su posterior funcionamiento, fenómeno que es verificable tanto al interior de los distintos grupos de aseguradoras como en lo que se refiere a la comparación de los conjuntos correspondientes a cada régimen.

De la manera señalada, en lo que se refiere a las aseguradoras del régimen contributivo, es posible diferenciar entre el conjunto de EPS privadas y las públicas, existiendo un nivel importante de cumplimiento de las distintas normas por parte de las primeras, mientras frente a las segundas (por ejemplo el ISS y La Caja Nacional de Previsión) se actúa con laxitud y con un gran nivel de desinformación.

Las diferencias entre las aseguradoras del régimen contributivo y las del régimen subsidiado han sido históricamente más notorias, lo que ha prohiado innecesarias diferenciaciones entre los aseguradores que actúan al interior del sistema. Además, los estudios microeconómicos realizados a las ARS muestran que en la mayoría de los casos ellas no se encontraban en capacidad de realizar el “pooling” necesario para manejar los riesgos que asumen.

Es indudable que esta falla regulatoria ocasionó importantes irregularidades en el sistema del régimen subsidiado concretadas en desviaciones y pérdidas de recursos en manos de las ARS.

El Ministerio de Salud consideró que la multiplicidad de ARS, muchas de ellas pequeñas, era la causa de la ineficiencia, la corrupción y la imposibilidad de ejercer un adecuado control y expidió el Decreto 1804/99 que exigió coberturas y capitales mínimos de operación obligando a generar proceso de fusión o integración entre varias ARS, especialmente entre las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar.

La expedición del decreto en comento significó el rompimiento del criterio antiguo de ofrecer condiciones especiales a las ESS y ahora la norma les exige igualdad de patrimonio mínimo a todas las ESS y ARS así como se les exige a las EPS en Régimen Contributivo. No obstante, dicho decreto otorgó un plazo de 18 meses a la ARS para normalizar su situación y adecuarse a las nuevas exigencias, lo cual ha provocado que los requerimientos que se les realizan sean soslayados frecuentemente bajo el argumento según el cual aún se encuentran en el periodo de ajuste contemplado en la norma.

Adicionalmente, al lado de estos conjuntos de aseguradores coexisten los denominados regímenes excluidos que son igualmente objeto de un

tratamiento distinto hasta el punto que, en rigor, su supervisión escapa al alcance de la SNS.

Por otra parte, las condiciones de solvencia moral de quienes se postulan para ingresar al mercado son objeto de verificación por la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante, no existe un registro sistematizado de las personas que permita realizar confrontaciones acerca de las actuaciones pasadas de tales persona.

7.1.3

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De Marco Regulatorio

De Sistemas de Información

7.1.4

PROPUESTA A DE SOLUCION

i. Ordenamiento de las Actividades de Supervisión

A partir de la promulgación de la ley 715 y en virtud de los instrumentos que ella otorga, es necesario ordenar las tareas de supervisión en relación con la verificación de las barreras de entrada y, en general, el funcionamiento de los Aseguradores y de las IPS.

Para el efecto la propuesta consiste en centralizar en la SNS las funciones de autorización al ingreso de los agentes aseguradores, siendo ella quien se encargue de manera directa de la verificación del cumplimiento de las barreras de entrada (capital mínimo,

condiciones de idoneidad técnica y moral, etc.) y del otorgamiento de las autorizaciones correspondientes.

En este sentido las tareas a realizar en el nivel local, según se define en los diferentes procesos tratados en el presente documento, se encuentran debidamente coordinadas y dirigidas por la SNS, existiendo una delimitación clara de las funciones, acorde con las capacidades que puede ofrecer el nivel territorial.

ii. Condiciones de Entrada

Por otra parte, para resolver la situación planteada en torno a las condiciones de organización y funcionamiento de los agentes encargados de la función de aseguramiento, es preciso corregir las diferenciaciones que se han producido a nivel regulatorio y retornar por la senda de una regulación funcional, propendiendo por un conjunto homogéneo de aseguradores.

Sin duda una medida de particular importancia dentro de este orden de ideas es el cambio de concepción frente a las aseguradoras del régimen subsidiado, propendiendo por la constitución de organizaciones de carácter nacional o, al menos, supradepartamental, que se constituyan en garantía para el manejo de los recursos del régimen y para la correcta prestación de los servicios de la población afiliada al mismo. De contera, ello significa la definición clara e inequívoca de la condición de aseguradores dentro del régimen subsidiado eliminando la tentación de considerar a las

entidades propias del régimen como simples administradoras de recursos.

Así mismo, es preciso que, a nivel regulatorio, se elimine la consideración de los regímenes de ECOPETROL y del Magisterio como excluidos, puesto que no existe ninguna razón que justifique esta decisión .

Así se obtendría un marco de regulación y de supervisión funcional, el cual constituye un principio esencial en la equidad en el tratamiento de los agentes participantes en el sector; en segunda instancia, se prohiaría un verdadero régimen de competencia regulada, permitiendo que las instituciones compitan en un marco mucho más transparente; en tercer término se auspiciaría la consecución de economías de escala en el sistema al permitir que los costos administrativos se diluyan en un mundo de negocios más amplio; así mismo se garantizaría que el conjunto de aseguradoras pueda conformar el "pooling" necesario y suficiente para responder de manera adecuada frente a las siniestralidades de sus afiliados; por otra parte, se consolidaría un sector de aseguradores con niveles más adecuados de autorregulación, con lo cual se permitiría que los niveles de calidad de prestación en los servicios desarrollen círculos virtuosos de mejoramiento de la calidad de los servicios en escenarios más propicios; finalmente, se ganaría en la estabilidad del sistema al contar con instituciones

aseguradoras con mayores capacidades de especialización y con niveles superiores de solidez financiera.

iii. Sistemas de Información

De igual manera, es preciso que la SNS, dentro de sus bases de datos, cuente con registros actualizados acerca de las actuaciones pasadas de los agentes relacionados con el sistema, de tal manera que pueda verificar las condiciones de idoneidad moral de los postulantes a ingresar al mismo. Esta información propia de la SNS debe complementarse con la que se solicite de otras superintendencias como, fundamentalmente, la bancaria y la de valores.

7.1.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC FRENTE A LAS CONDICIONES DE ENTRADA AL SISTEMA

De la manera propuesta las tareas que se imponen para la toma correcta de decisiones en lo referente a permitir el ingreso de nuevos participantes son:

Definición de un ordenamiento institucional del modelo de supervisión

Definición de un conjunto de aseguradoras homogéneo.

Conformación de bases de datos de personas vinculadas al sistema

7.1.6

AGENTES IMPLICADOS

Ministerio de Salud

Superintendencia Nacional de Salud

Aspirantes a Ingresar al Sistema

7.1.7

ACTUACIONES DE LOS AGENTES DENTRO DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Las actuaciones de los agentes dentro de la solución propuesta son:

Ministerio de Salud

Debe elaborar, en coordinación con la SNS, el decreto del nuevo modelo institucional de la IVC del sistema de salud.

Debe definir las condiciones de operación de las aseguradoras, buscando su homogeneidad.

Superintendencia Nacional de Salud

Reciben, estudian y emiten su juicio, de acuerdo con el marco regulatorio existente, sobre las propuestas presentadas por los aspirantes a ingresar al sistema.

Aspirantes a Ingresar al Sistema

Deben presentar, ante la SNS, las solicitudes de ingresos al sistema.

7.1.8

PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTAS.

Los procesos de la solución propuesta son los siguientes:

Aspirante a Ingresar al Sistema

Diligencian la información solicitada por la SNS, en donde se demuestre que disponen del capital mínimo exigido, de las condiciones técnicas y morales para desenvolverse en el sistema.

Acompañan a dicha información un estudio de factibilidad en el cual se demuestre que su participación dentro del sistema va a ser provechosa para el mismo en términos generales y para los usuarios considerados particularmente. Además deben establecer sus nichos de mercado y la demanda objetivo, con la cual van a permanecer en el mercado.

Responden los requerimientos que les realice la SNS en el periodo de estudio de la propuesta.

Superintendencia Nacional de Salud

Recibe la solicitud de los aspirantes y realiza el estudio de capacidad financiera, de idoneidad técnica y moral y de condiciones futuras del mercado.

Solicita a los aspirantes, o directamente a otras superintendencias, la disposición de antecedentes acerca de las personas que conforman el solicitante.

Consulta en la base de datos propia los antecedentes de los proponentes.

Si las consultas realizadas ante diferentes organismos y ante la base de datos propia permiten concluir la idoneidad moral de las personas y se verifican las condiciones de capacidad financiera y técnica, procede a conceder la autorización de funcionamiento al aspirante. En caso contrario se pronuncia de manera taxativa señalando las causas sobre las cuales basa su rechazo; si estas son subsanables repite el proceso.

PROCESO: VERIFICACION DE LAS CONDICIONES FINANCIERAS DE LOS VIGILADOS
(ASEGURADORAS Y PRESTADORES)

7.1.9

DEBILIDAD ES DETECTADAS

En la vigilancia que sobre el margen de solvencia, las operaciones autorizadas y, en general, las condiciones financieras de los vigilados que realiza la SNS, es posible establecer la existencia de un modelo actual de supervisión disímil, cuyos alcances generales muestran importantes vacíos para el sistema en su conjunto. Las principales debilidades detectadas se resumen a continuación:

La inexistencia de un Plan Único de Cuentas impide garantizar que los registros que realizan los vigilados en los distintos rubros de sus estados financieros tengan la misma significación. Esta circunstancia

conduce, a su turno, a que los índices y razones financieras obtenidos de los Estados Financieros no sean siempre comparables.

La recepción de la información financiera, necesaria para la vigilancia de las condiciones en este aspecto, se realiza a través de medios de tecnología precarios:

Para el caso de las EPS es muy frecuente encontrar que la SNS procede a su digitación y a manejarlo en hojas de cálculo (Excel).

Para las ARS la situación es aún más crítica, puesto que con frecuencia inusual, las aseguradoras del régimen subsidiado no reportan la información a la SNS o lo hacen de manera esporádica, lo que provoca que el Monitoreo de las condiciones financieras no sea realizable.

En el evento de las IPS se dispone de un aplicativo que, si bien constituye un paso adelante, no contiene elementos de verificación interna de la información, con lo cual ésta no dispone de la confiabilidad requerida.

No existe un seguimiento estructurado de los indicadores financieros de los vigilados.

7.1.10

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

Inexistencia de definiciones contables y de parametrización de la información.

Carencia de la información requerida Inexistencia de un Sistema de Indicadores de Alerta Temprana

7.1.11

PROPUESTA A DE SOLUCION

7.1.11.1 Frente a las definiciones conceptuales y el Sistema de Indicadores de Alerta

A. Frente al Plan Único de Cuentas

Se debe definir de manera clara la forma como se debe enviar y recibir la información financiera desde las aseguradoras hacia la SNS, estableciendo un Plan Único de Cuentas (PUC). Este Plan, define una conceptualización homogénea de las cuentas y rubros de los estados financieros y establece el sistema de contabilización que se debe adoptar. En términos puramente prácticos y operativos, el PUC debe ser implementado, inicialmente, con un proceso de prueba y, después, de manera plena con el inicio de un ejercicio contable.

En las actuales circunstancias la SNS cuenta con un PUC en lo relacionado con las IPS (PUCH), el cual se encuentra en operación con resultados satisfactorios, pero que pueden ser mejorados a través de la exigencia de la información y de su análisis de manera sistemática, de la forma como se propone más adelante.

En lo referente a las EPS, la SNS cuenta con una elaboración preliminar de dicho plan. No obstante que la elaboración de un PUC excede los alcances de la definición del modelo de IVC para el sector de la salud, de todas maneras se ha considerado conveniente realizar un diagnóstico conceptual acerca de la versión preliminar en comentario y efectuar las sugerencias que resulten pertinentes.

B.- Frente a la Oportunidad de la Información y su manejo

En la medida en que el insumo fundamental del monitoreo de las condiciones financieras es la información proporcionada por los vigilados, es preciso disponer de los mecanismos que sean necesarios para forzar a que la información financiera de todas las aseguradoras sea recibida en la SNS con la periodicidad establecida y dentro de los plazos fijados para tal efecto. El mecanismo propuesto para ello es la aplicación de sanciones drásticas frente a incumplimientos en la oportunidad del envío de la información, las cuales deben escalonarse en los casos en que se encuentre recurrencia en esta conducta inapropiada.

Por otra parte, es preciso que la recepción, manejo y procesamiento de la información se soporte en medios tecnológicos apropiados, de la manera como se propone en el presente documento (Ver Sistema de Información). Con ello se evita que gran parte del tiempo de los funcionarios se destine a labores como

la digitación de la información y se traslade al análisis propiamente dicho de las condiciones financieras de los vigilados, mediante la utilización de los sistemas de indicadores de alerta temprana que se proponen a renglón seguido.

7.1.11.2

Un Sistema de

Indicadores de Alerta Temprana para las Entidades Promotoras de Salud

El sistema de indicadores debe constituir el tablero de control de la SNS para verificar el cumplimiento de las condiciones financieras, de suerte que la SNS se encuentre en capacidad de detectar oportunamente la ocurrencia de circunstancias que amenacen la estabilidad de los aseguradores. Ello permite que, con la oportunidad requerida, se desencadenen acciones diferenciadas y claramente definidas para cada tipo de alarma temprana, lo cual otorga información para el establecimiento de sistemas de selección de las aseguradoras a inspeccionar.

LA PROPUESTA DE LA UNIÓN TEMPORAL SE ENFOCA EN DOS ALTERNATIVAS: LA PRIMERA DE ELLAS, DE IMPLEMENTACIÓN PUNTUAL Y BASADA EN LA DETECCIÓN DE RIESGOS FINANCIEROS POR NIVELES. LA SEGUNDA, DESARROLLADA MEDIANTE UNA ADAPTACIÓN DEL SISTEMA CAMEL. LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTAS DOS ALTERNATIVAS, PUEDE SER PAULATINA INICIANDO POR LA CLASIFICACIÓN POR NIVELES DE RIESGO, Y A MEDIDA QUE SE DISPONGA DE LA INFORMACIÓN DE MANERA OPORTUNA Y SE AFINEN LOS TABLEROS DE CONTROL DE LOS AGENTES ENCARGADO DE LAS IVC (SNS, DDS) SE PODRÍA ADOPTAR LA SEGUNDA.

A. Clasificación por Niveles de Riesgo según Número de Alertas Generadas

DE UNA PARTE SE PROPONE QUE EL MONITOREO DE LAS CONDICIONES FINANCIERAS DE LOS ASEGURADORES, EN EL CORTO PLAZO, SE ENFOQUE EN LA GENERACIÓN DE ALERTAS TEMPRANAS POR CADA INDICADOR, PERMITIENDO QUE MEDIANTE SU SUMATORIA SE REALICE UNA CLASIFICACIÓN POR NIVELES DE RIESGO (ESTABLE, I, II Y III) DE LOS AGENTES VIGILADOS.

POSTERIORMENTE Y COMO PARTE DE UN MANEJO PROCEDIMENTAL AL INTERIOR DEL AGENTE CONTROLADOR, DEPENDIENDO DEL COMPORTAMIENTO DE CADA INDICADOR, ESTE DEBERÁ TOMAR LAS ACCIONES QUE CORRESPONDA O QUE ESTÉN FIJADAS EN UN MANUAL DE MANEJO DE LOS INDICADORES PROPUESTOS.

A CONTINUACIÓN SE RELACIONA LA PROPUESTA DE LOS INDICADORES FINANCIEROS QUE DEBEN CONSIDERARSE COMO CRÍTICOS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE POSIBLES RIESGOS FINANCIEROS EN LOS ASEGURADORES DEL SISTEMA²:

INDICADOR	FORMULA	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
-----------	---------	--------------	--------------

² Parte de los Indicadores Financieros planteados se obtuvieron en desarrollo de las sugerencias y planteamientos de la Superintendencia Nacional de Salud - Dirección de EPS-EMP. La Unión Temporal participó las dichas discusiones y ajustes pertinentes.

INDICADOR	FORMULA	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Periodo Promedio de Cobro	$\frac{\text{Cuentas por Cobrar Totales} * N \text{ días}}{\text{Ingresos Operacionales}}$	NO APLICA	90
Rotación de Cuentas por Pagar	$\frac{\text{Cuentas por Pagar} * N \text{ días}}{\text{Costos} + \text{Gastos Admón y Ventas}}$	NO APLICA	90
Razón Corriente	$\frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$	1.0	NO APLICA
Prueba Ácida	$\frac{\text{Activo Corriente} - (\text{CxC UPC Sub})}{\text{Pasivo Corriente}}$	0.5	NO APLICA
Capital de Trabajo	$\text{Activo Corriente} - \text{Pasivo Corriente}$	0.0	NO APLICA
Apalancamiento (Leverage)	$\frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Patrimonio}}$	0.0	5.0

INDICADOR	FORMULA	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Nivel de Endeudamiento	$\frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Activo Total}}$	0.0	1.0
Eficiencia Total	$\frac{\text{Costos PS + GA + GV}}{\text{Ingresos Operacionales Directos}}$	NO APLICA	100%
Siniestralidad Total	$\frac{\text{Costos Prestación de Servicios RS}}{\text{Ingresos Operacionales UPC Subsidiada}}$	NO APLICA	85%
Rendimiento del Activo Total	$\frac{\text{Resultado Neto}}{\text{Activo Total}}$	1.0%	NO APLICA

Dependiendo del número de Indicadores en Alerta (por fuera de los rangos permitidos) el tratamiento que se le debe dar por parte del ente controlador (Supersalud) se detalla en la Tabla No 7-1. "Escala de

Supervisión para las Condiciones Financieras de los Aseguradores y Prestadores del Sector Salud - Colombia”³:

³ Tabla ajustada tomando como base el modelo expuesto en el documento: Escala de regulación y Pruebas de Alerta Temprana. Lawrie Savage. Reingeniería de Supervisión de Seguros. Banco Mundial.

TABLA 7-1

ESCALA DE SUPERVISIÓN PARA LAS CONDICIONES FINANCIERAS DE LOS ASEGURADORES Y PRESTADORES DEL SECTOR SALUD
- COLOMBIA

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
ESTABLE Situación financiera	De 0 a 1 Indicadores en Alerta	Reportes rutinarios sin mayores llamados de atención.	No hay rumores ni anécdotas especiales. Pocas Quejas	Se encuentra Equipos Gerenciales Fuertes, estrategia	No requiere mayor observación en el corto plazo. Monitoreo normal, inspecciones siguen requerimientos básicos de Ley.

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
ra favorable.			y Reclamos por parte de sus Usuarios	s claras, manejo financiero adecuado.	
NIVEL DE RIESGO I Riesgo	De 2 a 3 Indicadores en Alerta	Algunos cuestionamientos importantes son	No hay rumores ni anécdotas especiales. Incremento	Algunas deficiencias en el manejo financiero. . Ingresos regulares	Se deben realizar cálculos adicionales de los Indicadores en Alerta, por negocio independiente. Comparar Indicadores en Alerta del periodo reportado con Históricos de Trimestres

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
emergente, afectando la viabilidad financiera de Entidad		expresados en los reportes. La Dirección responde a la defensiva.	en las Quejas y Reclamos; de forma leve.	o Sobrecostos. Iliquidez por incumplimiento de terceros.	anteriores. En caso de corroborar el riesgo proceder a requerir mayor información para concluir análisis. Se debe enviar comunicación corta advirtiendo sobre las Alertas y solicitando medidas por parte de la Dirección de la Entidad.

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
NIVEL DE RIESGO II Viabilidad Financiera en problem	De 4 a 5 Indicadores en Alerta	Se expresa un gran número de preocupaciones. Se comparan "inform	Algunos rumores de mercado. Problemas en otros indicadores (calidad, salud, gestión).	Falta de controles financieros. Información financiera no confiable. Sobrecostos;	Se deben realizar cálculos adicionales de los Indicadores en Alerta, por negocio independiente. Comparar Indicadores en Alerta del periodo reportado con Históricos de Trimestres anteriores. En caso de corroborar el riesgo proceder a requerir mayor información para concluir análisis y

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
as		alment e" algunas preocupaciones con la Supersalud.	Incremento en las Quejas y Reclamos. Algunas de estas son muy graves.	iliquidez; posible insolvencia. Situaciones críticas con terceros (Entes Territoriales, etc.).	programar una inspección in-situ durante el trimestre o máximo para el siguiente. Se debe enviar comunicación advirtiendo sobre las Alertas y solicitando medidas de choque en el corto plazo (3 meses) por parte de la Dirección de la Entidad.

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
NIVEL DE RIESGO III Alto Riesgo Presente. Viabilidad	Más de 5 Indicadores en Alerta	Concepto muy negativo. Alta resistencia por parte de la Dirección.	Los medios y usuarios especulan problemas en la Entidad. Se presenta desafiliación. Se cancelan contratos	Alta Gerencia no define claramente las estrategias a seguir. Algunos Ejecutivos están renunciando	Se deben realizar cálculos adicionales y de profundidad por cada Indicador y por negocio independiente. Comparar Indicadores del periodo reportado con Históricos de Trimestres anteriores. Corroborar el riesgo mediante solicitud de información de calidad, quejas y reclamos, informe

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
ad financie ra en estado de insolven cia.			permanente mente. Se incumplen obligaciones. Demasiadas Quejas y Reclamos.	do. Informaci ón financiera poco coherente con la realidad o poco confiable.	de Revisoría Fiscal, Autocontrol. Programar y realizar una inspección in-situ durante el trimestre vigente. Realizar y tener listo un plan de intervención en caso de no presentarse "signos" de mejoramiento en los siguientes 3 meses. Destinar funcionarios para Monitoreo y Asistencia Técnica

NIVEL DE RIESGO	Indicadores en Alerta	Mecanismos o Informes de Corroboración			Acción a tomar por la Supersalud
		Informe del Revisor Fiscal de la Entidad	Inteligencia de mercado	Inspección In Situ	
					permanente.

B. Calificación Financiera y Ponderación de Indicadores

En la medida que se afinen los instrumentos de medición de la Supersalud y los demás agentes de control; que se logre una cultura de reporte periódico y consistente por parte de los agentes de control; y que adicionalmente se integren las calificaciones de riesgo financiero y de riesgo de la calidad, la siguiente propuesta se basa en una calificación de los riesgos financieros de los agentes, tomada y adaptada al sector salud, del sistema CAMEL.

A continuación se presenta una propuesta de combinación de indicadores a partir de la adaptación del Sistema CAMEL, lo que conlleva una elaboración en varias etapas:

1. Determinación de la información contable básica a partir del PUC. Los datos que deben ser informados trimestralmente por los aseguradores son los siguientes:

ACTIVO - PASIVO - PATRIMONIO
GANANCIAS (EXCEDENTES) Y PÉRDIDAS
CARTERA BRUTA
CARTERA VENCIDA

PROVISIÓN DE CARTERA
DISPONIBLE
INVERSIONES
TOTAL EXIGIBILIDADES
INGRESOS OPERACIONALES
COSTOS Y GASTOS OPERACIONALES
TOTAL CUENTAS DE ORDEN POR PAGAR

2- Elaboración de los Indicadores determinantes para la calificación: A partir de esta información, es posible la construcción de indicadores de segundo orden, que servirán para la realización de ponderaciones para la calificación, dentro de los que se proponen los siguientes:

	NOMBRE	COMPOSICIÓN
C	SOLVENCIA	Patrimonio / activos
A1	CALIDAD DE LA CARTERA	Cartera Vencida / Cartera Bruta
A2	PROTECCIÓN DE LA CARTERA	Provisión Cartera / Cartera Vencida

M	MARGEN OPERACIONAL	Ganancia (Pérdida) - Cartera Bruta / Ganancia (Pérdida)
E	RENTABILIDAD	Ganancia (Pérdida) / Total Activos
L	LIQUIDEZ	Disponible + Inversiones / Total Exigibilidades
P	PASIVOS NO REGISTRADOS	Cuentas de Orden Por pagar / Total Exigibilidades

De acuerdo con la propuesta anterior, los indicadores de riesgo de los aseguradores se dirigen a reconocer la existencia de potenciales problemas patrimoniales (solventia), de manejo de cartera (calidad y protección de la cartera), de manejo de operaciones (margen y rentabilidad), de liquidez y de transparencia de la información contable (pasivos no registrados). Los indicadores a calificar y la forma como se calcularán, serán los siguientes:

	NOMBRE	COMPOSICIÓN
C	SOLVENCIA	Patrimonio / activos
A1	CALIDAD DE LA CARTERA	1- (Cartera Vencida / Cartera Bruta)
A2	PROTECCIÓN DE LA CARTERA	Provisión Cartera / Cartera Vencida

M	MARGEN OPERACIONAL	Ganancia (Pérdida) - Cartera Bruta / Ganancia (Pérdida)
E	RENTABILIDAD	Ganancia (Pérdida) / Total Activos
L	LIQUIDEZ	Disponible + Inversiones / Total Exigibilidades
P	PASIVOS NO REGISTRADOS	1- (Cuentas de Orden Por Pagar / Total Exigibilidades)

3- Realización de una ponderación de los indicadores. En esta fase se analiza el peso relativo que dentro del análisis de riesgo económico representa cada situación evidenciada por cada indicador, con el fin de valorarlo de acuerdo con su importancia. Tal ponderación debe permitir calificar cada indicador en una escala tal que la suma de los resultados sea equivalente al 100% de la valoración de riesgo a utilizar. Como ejemplo, se puede proponer con los indicadores expuestos anteriormente una escala como la siguiente:

	INDICADOR	PESO RELATIVO (Ponderación)
C	SOLVENCIA	20%
A1	CALIDAD DE LA CARTERA	15%

	INDICADOR	PESO RELATIVO (Ponderación)
A2	PROTECCIÓN DE LA CARTERA	10%
M	MARGEN OPERACIONAL	10%
E	RENTABILIDAD	10%
L	LIQUIDEZ	20%
P	PASIVOS NO REGISTRADOS	15%
	Suma	100%

Los indicadores relativamente más determinantes sobre la situación financiera de un asegurador son la solvencia y la liquidez, seguidos por la calidad de la cartera y por la transparencia de la información contable (pasivos no registrados). Tanto la protección de la cartera como el margen operacional y la rentabilidad se encontrarían con una ponderación similar.

4- Calificación unificada de indicadores. Como resultado final del proceso, para cada asegurador se obtendrá una sola valoración de su riesgo desde el punto de vista financiero. Esta calificación, determinada por la suma de los indicadores resultantes ponderados, podrá dar como resultado un valor máximo de 1, debido a la forma como se estructuró la ponderación. A mayor valor obtenido por

un asegurador, más confiable será en conjunto su operación financiera. A menor valor obtenido por un asegurador, menos confiable será su operación financiera.

Con el fin de observar en forma más evidente y sencilla la calificación obtenida, se propone catalogar el nivel de riesgo correspondiente a cada asegurador, según los rangos de valor obtenido en la calificación unificada de acuerdo con la tabla siguiente:

RANGO	CALIFICACIÓN PROPUESTA
≥ 0.8	AAA
$\geq 0.6, < 0.8$	AA
$\geq 0.5, < 0.6$	A
$\geq 0.3, < 0.5$	BB
$\geq 0.0, < 0.3$	B
< 0.0	PARA INTERVENCIÓN INMEDIATA

La aplicación de este sistema de calificación de riesgo a todos los aseguradores permite realizar comparaciones entre ellos, sea en conjunto o al interior de cada categoría de aseguramiento, de tal forma que se posibilita ubicar en forma automática cuáles son las entidades que mayor riesgo tienen, y ubicar el factor que genera tal riesgo. Una vez

identificado el nivel y el tipo de riesgo en que una entidad incurre, comparativamente con las demás del sector, se obtiene un claro criterio de selección para el ejercicio de acciones prudenciales de control sobre entidades específicas, como pueden ser la realización de visitas de inspección o los requerimientos puntuales de orden patrimonial y administrativo, en un contexto en el que la situación conjunta de las empresas se encuentra a su vez controlada.

A la par con la aplicación de estos indicadores, se propone su publicación. De la misma forma como la Superintendencia Bancaria de Colombia publica mensualmente su valoración de riesgo para cada tipo de entidad en el sector financiero, la SNS puede realizar la publicación de las calificaciones de riesgo de los aseguradores, con el fin que la población conozca las condiciones en que se encuentra su asegurador, y así tener criterios más claros y objetivos de selección o de cambio de asegurador, lo que contribuye en forma directa e importante en el desarrollo de la transparencia dentro del sector.

7.1.11.3 Un sistema de
Indicadores de Alerta Temprana para las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

De manera análoga el monitoreo de los riesgos financieros de los prestadores del sistema es un componente de primordial importancia en el planteamiento de lo que significa el nuevo modelo de IVC, propuesto para el sector salud. Así, al igual que con las aseguradoras, es preciso construir un sistema

de indicadores de alerta temprana para las instituciones prestadoras de servicios de salud. siguiendo el mismo procedimiento que para las EPS se propone lo siguiente:

La propuesta de la Unión Temporal se enfoca en dos alternativas: la primera de ellas, de implementación puntual y basada en la detección de riesgos financieros por niveles. La segunda, desarrollada mediante una adaptación del sistema CAMEL. La implementación de estas dos alternativas, puede ser paulatina iniciando por la clasificación por Niveles de Riesgo, y a medida que se disponga de la información de manera oportuna y se afinen los tableros de control de los agentes encargado de las IVC (SNS, DDS) se podría adoptar la segunda.

A. Clasificación por Niveles de Riesgo según Número de Alertas Generadas

De una parte se propone que el monitoreo de las condiciones financieras de los prestadores, en el corto plazo, se enfoque en la generación de alertas tempranas por cada indicador, permitiendo que mediante su sumatoria se realice una clasificación por niveles de riesgo (estable, i, ii y iii) de los agentes vigilados.

Posteriormente y como parte de un manejo procedimental al interior del agente controlador, dependiendo del comportamiento de cada indicador, este deberá tomar las acciones que corresponda o que

estén fijadas en un manual de manejo de los indicadores propuestos.

A continuación se relaciona la propuesta de los indicadores financieros que deben considerarse como críticos para la detección temprana de posibles riesgos financieros en los prestadores del sistema⁴:

INDICADOR	FORMULA
Rotación de Cartera	$\frac{\text{Cuentas por Cobrar} * \text{N días}}{\text{Ventas Netas}}$
Apalancamiento (Leverage)	$\frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Patrimonio}}$
Calidad Cuentas por Cobrar	$\frac{\text{Cuentas por Cobrar Vencidas}}{\text{Ingreso Operacional}}$
Concentración de endeudamiento a corto plazo	$\frac{\text{Pasivo Corriente}}{\text{Pasivo Total}}$
Nivel de Endeudamiento	$\frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Activo Total}}$
Liquidez	$\frac{(\text{Disponible} + \text{Inversiones})}{\text{Cuentas por Pagar}}$
Prueba Acida Modificada	$\frac{\text{Activo Corriente} - (\text{Deudas Corto Plazo})}{\text{Pasivo Corriente}}$
Razón Corriente	$\frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$
Margen Operacional	$\frac{\text{Utilidad Operacional}}{\text{Ventas Netas}}$
Costos servicios más gastos de administración frente a ingresos	$\frac{\text{C.P.S.} + \text{G.Admón}}{\text{Ingresos Operacionales}}$

⁴ Algunos de los Indicadores Financieros planteados se obtuvieron en desarrollo de las sugerencias y planteamientos de la Superintendencia Nacional de Salud - Dirección del Área Financiera del Sector Salud. La Unión Temporal participó en las discusiones y ajustes pertinentes.

Dependiendo del número de Indicadores en Alerta (por fuera de los rangos permitidos) el tratamiento que se le debe dar por parte del ente controlador (Supersalud) se detalla en la Tabla No.7-1. "Escala de Supervisión para las Condiciones Financieras de los Aseguradores y Prestadores del Sector Salud - Colombia"

B. Valoración Unificada y Ponderación de Indicadores

En la medida que se afinen los instrumentos de medición de la Supersalud y los demás agentes de control; que se logre una cultura de reporte periódico y consistente por parte de los agentes de control; y que adicionalmente se integren las calificaciones de riesgo financiero y de riesgo de la calidad, la siguiente propuesta se basa en una calificación de los riesgos financieros de los agentes, tomada y adaptada al sector salud del sistema camel.

Los términos sobre los que se desarrolla la propuesta son: Riesgo, como una medición aproximada de la probabilidad que tiene una IPS de entrar en situaciones de insostenibilidad económica y/o de incumplimiento de sus obligaciones. A la vez, constituye una aproximación a la medición de los factores de ineficiencia e ineficacia, medidos desde la óptica económica.

Cuando se hace mención a los Mismos Parámetros, se hace referencia a la utilización de datos e información de tipo económico - contable,

presupuestal y de información de prestación de servicios, cuyo contenido se pueda considerar confiablemente similar entre las instituciones comparables. De la utilización de estos datos se obtendrá una serie de indicadores, cuya ponderación permitirá obtener una valoración única de situación por cada IPS, que se pueda comparar claramente con la misma valoración unificada obtenida de todas las IPS.

Al referirse a todo tipo de IPS se hace relación a la posibilidad de comparar tanto instituciones prestadoras de servicios de salud de propiedad privada como pública, de bajo, medio y alto nivel de complejidad, de la costa atlántica, del interior y de cualquier región del país. Tal comparabilidad es muy importante, pues permite valorar frente a un universo relativamente similar (prestadores de servicios) la situación encontrada para una cualquiera de las IPS. Esta unificación comparativa permite establecer a su vez parámetros unificados para detectar aquellas instituciones que se encuentran en alto riesgo de inviabilidad, y aquellas con alta probabilidad de incumplimiento de sus obligaciones económicas.

Teniendo como base tal análisis, se podrá realizar con objetividad la selección de las instituciones que deban ser objeto de supervisión o de intervención.

A la vez que se posibilita establecer la comparabilidad entre todo tipo de IPS, se podrán establecer comparabilidades entre tipologías de Instituciones, lo

que permitirá afinar los instrumentos de selección. Así, será posible comparar la situación encontrada entre IPS por región, por nivel de complejidad, por tipo de propiedad, por naturaleza jurídica, etc.

C. Construcción de los Indicadores

La construcción de la valoración unificada, como se explicó anteriormente, se basa en la construcción de indicadores de carácter económico. Estos indicadores se propone desarrollarlos en dos niveles de especificidad:

En forma integrada, con la posibilidad de visualizar los factores más determinantes de riesgo institucional. Para ello, se construirán indicadores unificados de carácter general, los que, a partir de la determinación de un peso relativo para cada uno de ellos, permitirán comparar las condiciones principales de riesgo económico.

En forma específica, para ampliar la explicación de los anteriores indicadores y profundizar en el análisis de situaciones observadas como de riesgo para las IPS, se proponen algunos indicadores adicionales.

La propuesta de combinación de indicadores propuesta constituye una adaptación del Sistema

CAMELS⁵ de valoración de riesgo, lo que conlleva una elaboración en varias etapas:

D. Determinación de la información contable básica.

Los datos que deben ser informados trimestralmente por las IPS son los siguientes:

ACTIVO
PASIVO
PATRIMONIO
GANANCIAS (EXCEDENTES) Y PÉRDIDAS
CARTERA BRUTA
CARTERA VENCIDA
PROVISIÓN DE CARTERA
DISPONIBLE
INVERSIONES
TOTAL EXIGIBILIDADES

⁵ El sistema CAMELS es una metodología reconocida internacionalmente para la medición del riesgo económico de las entidades del sector financiero (bancos, corporaciones de crédito, entidades fiduciarias, .etc) y de las emisiones de deuda por parte de cualquier tipo de institución, sea del sector financiero o del productivo, del sector público o del privado.

INGRESOS OPERACIONALES
COSTOS Y GASTOS OPERACIONALES
TOTAL CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS
CUENTAS POR COBRAR BRUTAS
CUENTAS POR COBRAR VENCIDAS

E. Elaboración de los Indicadores determinantes para la calificación

A partir de esta información, es posible la construcción de indicadores de segundo orden, que servirán para la realización de ponderaciones para la calificación, dentro de los que se proponen los siguientes:

INDICACIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CONSTRUCCIÓN
C	SOLVENCIA	Patrimonio / Activos
A1	CALIDAD CUENTAS POR PAGAR	Cartera Vencida / Cartera Bruta

INDICACIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CONSTRUCCIÓN
A2	CALIDAD CUENTAS POR COBRAR	Cuentas por Cobrar Vencidas / Ingreso Operacional
A3	COBERTURA CUENTAS POR COBRAR	Provisión de Cartera / Cuentas por Cobrar Vencidas
M	MARGEN OPERACIONAL	(Ganancia (Pérdida) - Cartera bruta) / Ganancia (Pérdida)
E	RENTABILIDAD	Ganancia (Pérdida) / Total Activos
L	LIQUIDEZ	(Disponible + Inversiones) / Exigibilidades
P	PASIVOS NO REGISTRADOS	Cuentas de Orden Por Pagar / Exigibilidades

De acuerdo con la propuesta anterior, los indicadores de riesgo de los prestadores de servicios de salud se dirigen a reconocer la existencia de potenciales problemas patrimoniales (solvencia), de manejo de cartera (calidad y protección de la cartera, tanto activa como pasiva), de manejo de operaciones (margen operacional y rentabilidad), de liquidez y de

transparencia de la información contable (pasivos no registrados).

Teniendo en cuenta que para la valoración de un indicador unificado las tendencias de cada indicador individual son determinantes, las siguientes relaciones inciden directamente en la valoración final:

A mayor valor del indicador de solvencia (C), menor riesgo económico para las actividades del prestador.

No obstante es importante precisar que un nivel demasiado alto (activo muy bajo) también es riesgoso.

El nivel óptimo deberá ser determinado por los analistas de riesgo financiero de los agentes controladores.

A mayor valor del indicador de calidad de las cuentas por pagar (A1), mayor riesgo económico.

A mayor valor de indicador de Calidad de las Cuentas por Cobrar (A2), mayor riesgo económico para el prestador.

A mayor valor del indicador de Cobertura de las Cuentas por Cobrar (A3), menor riesgo existirá. Sin embargo, después de cierto nivel (que para el caso ejemplificado puede ser del 30% por encima del valor de las cuentas por cobrar) se refleja una cobertura innecesaria, lo cual tiende a generar nuevos riesgos de desprotección de otras obligaciones.

A mayor margen operacional, será menor el riesgo económico.

A mayor rentabilidad existirá menor riesgo.

A mayor valor del indicador de liquidez, menor será el riesgo para el prestador de servicios de salud.

A mayor valor del indicador de pasivos no registrados, mayor será el riesgo para el prestador.

La calificación dada a los indicadores, con el fin de hacerlos comparables, deberá contemplar las tendencias descritas. Así, los indicadores a calificar y la forma como se calcularán, serán los siguientes:

INDICACIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CONSTRUCCIÓN
c	SOLVENCIA	Patrimonio / Activos
A1	CALIDAD CUENTAS POR PAGAR	1 - (Cartera Vencida / Cartera Bruta)
A2	CALIDAD CUENTAS POR COBRAR	1 - (Cuentas por Cobrar Vencidas / Ingreso Operacional)
A3	COBERTURA CUENTAS POR COBRAR	Provisión de Cartera / Cuentas por Cobrar Vencidas (hasta límite previsible)
M	MARGEN OPERACIONAL	(Ganancia (Pérdida) - Cartera bruta) / Ganancia (Pérdida)
E	RENTABILIDAD	Ganancia (Pérdida) /

		Total Activos
L	LIQUIDEZ	(Disponible + Inversiones) / Exigibilidades
P	PASIVOS NO REGISTRADOS	1 - (Cuentas de Orden Por Pagar / Exigibilidades)

F. Realización de una ponderación de los indicadores

En esta fase se analiza el peso relativo que, dentro del análisis de riesgo económico representa cada situación evidenciada por cada indicador, con el fin de valorarlo de acuerdo con su importancia. Tal ponderación debe permitir calificar cada indicador en una escala tal que la suma de los resultados sea equivalente al 100% de la valoración de riesgo a utilizar. Como ejemplo, se puede proponer con los indicadores expuestos anteriormente una escala como la siguiente:

INDICACIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	PONDERACIÓN
C	SOLVENCIA	7,5%
A1	CALIDAD CUENTAS POR PAGAR	15,0%

A2	CALIDAD CUENTAS POR COBRAR	15,0%
A3	COBERTURA CUENTAS POR COBRAR	10,0%
M	MARGEN OPERACIONAL	15,0%
E	RENTABILIDAD	10,0%
L	LIQUIDEZ	20,0%
P	PASIVOS NO REGISTRADOS	7,5%

De acuerdo con el ejemplo anterior, el indicador relativamente más dicente de la situación financiera de un prestador de servicios de salud es la liquidez, seguido por la calidad de las cuentas por pagar, la calidad de la cuentas por cobrar y el margen operacional. En un tercer nivel de importancia aparecerían la cobertura de las cuentas por cobrar, y la rentabilidad. Finalmente, la solvencia y la transparencia contable (pasivos no registrados) se encontrarían con una ponderación similar.

G. Calificación unificada de indicadores

Como resultado final del proceso, para cada IPS se obtendrá una sola valoración de su riesgo desde el punto de vista financiero. Esta calificación, determinada por la suma de los indicadores resultantes, ponderados, podrá dar como resultado un

valor máximo de 1, debido a la forma como se estructuró la ponderación. A mayor valor obtenido por un prestador de servicios, más confiable será en conjunto su operación financiera. A menor valor obtenido por tal prestador, menos confiable será su operación financiera, y mayor será el riesgo que incurra en inviabilidad o e incumplimiento de sus responsabilidades.

Con el fin de observar en forma más evidente y sencilla la calificación obtenida, se propone catalogar el nivel de riesgo correspondiente a cada prestador, según los rangos de valor obtenido en la calificación unificada. Así, podría calificarse como ocurre con las entidades del sector financiero, con la categoría "AAA" a aquellos prestadores de servicios de salud cuyo valor de calificación sea superior a 0,8, con "AA" a aquellos aseguradores calificados entre 0,6 y 0,8, y así sucesivamente, hasta los menores valores, de acuerdo con la tabla siguiente:

RANGO	CALIFICACIÓN PROPUESTA
≥ 0.8	AAA
$\geq 0,6, < 0,8$	AA
$\geq 0,5, < 0,6$	A
$\geq 0,3, < 0,5$	BB

$\geq 0,0, < 0,3$	B
$< 0,0$	PARA INTERVENCIÓN INMEDIATA

Una vez establecidos estos criterios de calificación unificada, se hace posible entonces comparar las calificaciones obtenidas por todas las IPS existentes en el sector salud en Colombia. Es posible aplicar este conjunto de indicadores y esta calificación unificada a todas las IPS privadas, a las ESE, a las IPS de cualquier nivel de complejidad, que se puedan considerar como unidad económica, es decir, que tengan personería jurídica y unidad contable.

La aplicación de este sistema de calificación de riesgo a todos los prestadores permite realizar comparaciones entre ellos, sea en conjunto o al interior de cada tipología de prestadores, de tal forma que se posibilita ubicar en forma automática cuáles son las instituciones que mayor riesgo tienen, y ubicar el factor que genera tal riesgo. Una vez identificado el nivel y el tipo de riesgo en que una entidad incurre, comparativamente con las demás del sector, se obtiene un claro criterio de selección para el ejercicio de acciones prudenciales de control sobre entidades específicas, en un contexto en el que la situación conjunta de las entidades se encuentra a su vez controlada.

H. Publicidad de los Indicadores

A la par con la aplicación de estos indicadores, se propone su publicación. De la misma forma como la Superintendencia Bancaria de Colombia publica mensualmente su valoración de riesgo para cada tipo de entidad en el sector financiero, la Superintendencia Nacional de Salud puede realizar la publicación de las calificaciones de riesgo de los prestadores de servicios de salud, con el fin que la población conozca las condiciones en que se encuentra su IPS, y así tener criterios más claros y objetivos de selección de prestador, lo que contribuye en forma directa e importante en el desarrollo de la transparencia dentro del sector. A la vez, el reconocimiento público de la situación de las diferentes IPS puede generar las condiciones sociales que lleven a los propietarios de Instituciones en condiciones de crisis financieras a tomar las determinaciones que efectivamente resuelvan los problemas presentados entre estas Instituciones.

7.1.11.4
adicionales de soporte

Indicadores

Como apoyo al análisis de los anteriores indicadores, se propone otro grupo de indicadores que permiten explicar y ampliar el panorama de las situaciones previsibles en la conducta financiera y operativa de las IPS, de tal forma que se realice en forma más completa y asertiva la configuración de la situación sectorial y se realice de manera más efectiva la selección de entidades para la realización de procesos de control más profundos.

Se propone la inclusión en los análisis de todas las IPS,
de los siguientes indicadores:

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	RUBROS DE CÁLCULO
1. Patrimonio y la Solvencia	
Solidez	(Patrimonio + Gastos Operativos) / Patrimonio
Activos Improductivos	Otros Activos / (Patrimonio + Gastos Operativos)
Solvencia	Provisión Cartera de Difícil Cobro / Cartera Total
2. Gestión Administrativa	
Apalancamiento	Activo / Pasivo Total
Gestión de Personal	Gastos de Personal / Ingresos Totales
Cobertura de Gastos Operacionales	Gastos Operacionales / Ingresos Totales
Destinación del Activo	(Personal + Generales) / Activo Total
Otros Ingresos	Otros Ingresos Operacionales / Activo Total
Financiamiento	(Personal + Generales) / Ingresos

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	RUBROS DE CÁLCULO
	Financieros
Gastos Personal y Administrativos	(Generales + Administrativos) / Ingresos Totales
3. Rentabilidad	
Rentabilidad del Patrimonio	Utilidad Neta / Patrimonio Total
Rentabilidad del Activo	Utilidad Neta / Activo Total
Margen Financiero	Margen Financiero Bruto / Activo Total
Rentabilidad de las Inversiones	Ingresos por Inversiones / Inversiones
Ingresos Extraordinarios	Ingresos Extraordinarios / Activo Total
4. Indicadores de Liquidez	
Liquidez	Disponibilidades / Ingreso Total
Liquidez Total	(Disponibilidades + Inversiones Temporales) / Ingreso Total
5. Indicadores Técnico Financieros	
Costo por Diagnóstico	Costos Totales / No Diagnósticos Realizados

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	RUBROS DE CÁLCULO
Costo por Afiliado	Costos Totales / No Afiliados
Elasticidad-Ingreso del Costo	Costos Medio por Afiliado / UPC promedio

Los anteriores indicadores pueden ser utilizados en dos niveles:

- a) En forma integrada, a través de la estimación de indicadores unificados a partir de la determinación de un peso relativo para cada uno de ellos.
- b) En forma específica, para explicar y profundizar en el análisis de situaciones observadas como de riesgo para las Entidades aseguradoras.

7.1.11.5

Frente a la Organización Institucional de la Recepción y el Análisis de la Información (Gestión de la Supervisión Prudencial)

Es evidente que el gran número de instituciones existente en el país (en especial de IPS) y la necesidad de una respuesta rápida de los agentes supervisores, obligan a desconcentrar las tareas de supervisión prudencial de los vigilados. Para el efecto se propone lo siguiente:

AGENTE VIGILADO	AGENTE DE SUPERVISIÓN PROPUESTO	SITUACIÓN ACTUAL
Aseguradoras Régimen Contributivo	SNS	SNS
Aseguradoras Régimen Subsidiado	SNS	SNS

IPS Nivel I	DDS	SNS
IPS Nivel II	DDS	SNS
IPS Nivel III	SNS	SNS

La propuesta para la gestión de la vigilancia de las condiciones financieras de los agentes vigilados radica en que la SNS realice de manera directa la correspondiente a las diversas Aseguradoras. No se han considerado alternativas, en la medida en que se considera que ésta constituye una labor que responde de la manera más rigurosa a las tareas directas que deben ser realizadas por la SNS dentro del modelo planteado.

Por su parte, la vigilancia de las condiciones financieras en las IPS ha sido dividida en función de sus diferentes niveles. Para las correspondientes a los niveles I y II, se propone que la vigilancia en comento sea desarrollada a Nivel Departamental (DDS), siguiendo las directrices de la SNS; éstas se orientan a determinar la periodicidad de recepción de la información (trimestralmente), la forma como ella debe ser recibida, los indicadores que deben producirse, el análisis a realizar a dichos indicadores y los casos que deben ser reportados a la SNS, de acuerdo con los resultados obtenidos en los análisis señalados.

En lo relacionado con las IPS de Nivel III, la propuesta se orienta a que la vigilancia, al igual que en el caso de las aseguradoras, sea realizado directamente por la SNS.

7.1.12 TAREAS PARA LA VIGILANCIA DE LAS CONDICIONES FINANCIERAS DE LOS VIGILADOS

De la manera planteada, las tareas para la vigilancia de las condiciones financieras de los vigilados son las siguientes:

Definición del PUC de Aseguradores.

Establecimiento de sanciones para el incumplimiento de la obligación de reportar información.

Establecimiento de los sistemas de indicadores de alerta temprana propuestos para aseguradores y prestadores de servicios.

Señalamiento de directrices a las DDS para la vigilancia de las condiciones financieras de los prestadores de Niveles I y II. Estas directrices deberán estar acompañadas idealmente de acciones de Asistencia Técnica por parte de funcionarios de la Supersalud, por lo menos en el corto plazo.

7.1.13 AGENTES IMPLICADOS

Superintendencia Nacional de Salud

Direcciones Departamentales de Salud

Aseguradores de los regímenes contributivo y subsidiado

Instituciones Prestadoras de Servicios de todos los niveles.

7.1.14 INSTRUMENTOS EN LOS QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

PUC

Sistemas de Indicadores de Alerta Temprana

Definición de tareas a realizar en el nivel territorial y de los canales de información.

7.1.15 ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Las actuaciones de los agentes en la solución propuesta son:

Aseguradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo

Deben reportar la información financiera a la Superintendencia Nacional de Salud con la periodicidad (trimestral⁶) y dentro de los términos (veinte primeros días del mes) que ésta establezca.

La Información financiera debe ser reportada bajo los parámetros definidos por la SNS (PUC) y a través de

⁶ En la medida que los Agentes Controladores mejoren sus Sistemas de Información y base tecnológica, podrían pasar a niveles de solicitar la información con carácter mensual.

los medios que ella defina (medio magnético-diskette, internet, punto a punto).

La información financiera reportada debe estar debidamente certificada por el Revisor Fiscal de la entidad.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel III

Deben reportar la información financiera a la Superintendencia Nacional de Salud con la periodicidad (trimestral) y dentro de los términos (veinte primeros días del mes) que ésta establezca.

La Información financiera debe ser reportada bajo los parámetros definidos por la SNS (PUCH) y a través de los medios que ella defina (medio magnético-diskette, internet, punto a punto).

La información financiera reportada debe estar debidamente certificada por el Revisor Fiscal de la entidad.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Niveles I y II)

Deben reportar la información financiera a la Dirección Departamental de con la periodicidad (trimestral) y dentro de los términos (quince primeros días del mes) que establezca la SNS.

La Información financiera debe ser reportada bajo los parámetros definidos por la SNS (PUCH) y a través de

los medios que ella defina (papel, medio magnético, etc.).

La información financiera reportada debe estar debidamente certificada por el Revisor Fiscal de la entidad. En caso de que la SNS decida excepciones a esta regla, en todo caso, deberán estar debidamente certificados por un Contador Público con matrícula profesional.

Direcciones Departamentales de Salud⁷

Deben recibir la información financiera de las IPS (Niveles I y II) y proceder a su análisis, mediante el sistema de indicadores de alerta temprana definido por la SNS.

Deben requerir la información no reportada de manera oportuna a los IPS de los niveles señalados y mantener un registro de las demoras para cada IPS.

Deben proceder, si se trata de la DDS, a establecer las sanciones respectivas a las IPS que no cumplan con el requisito de reporte de la información financiera.

Deben reportar a la SNS, bajo los parámetros que ésta establezca, los resultados de sus análisis de la información financiera, así como de la no rendición oportuna de tales informes. En el reporte se deberán

⁷ En caso de que la DDS no posea la capacidad técnica ni administrativa para ejercer dichas funciones y operar los Procesos planteados podrá contratar con Agentes Externos las mismas. Art 60 Ley 715.

especificar las situaciones encontradas que ameriten especial atención de la SNS. De la misma forma reportarán a la SNS las acciones emprendidas (inspecciones, sanciones, requerimientos) consolidadamente de forma trimestral.

Superintendencia Nacional de Salud

Debe proceder a la definición del PUC de Aseguradores.

Debe determinar la periodicidad y la forma de reportar la información financiera por parte de los agentes vigilados.

Debe establecer las sanciones para el incumplimiento de la obligación de reportar información tanto en el nivel local como en el nacional.

Debe determinar los sistemas de indicadores de alerta temprana para aseguradores y prestadores de servicios en los diferentes niveles.

Debe señalar las directrices a las DDS para la vigilancia de las condiciones financieras de los prestadores de Niveles I y II.

Debe recibir la información financiera de las aseguradoras y de las IPS (Nivel III) y proceder a su análisis, mediante el sistema de indicadores de alerta temprana.

Debe requerir la información no reportada de manera oportuna y mantener un registro de las demoras para cada vigilado.

Debe iniciar el proceso de investigación y a aplicar las sanciones respectivas a los vigilados que no cumplan con el requisito de reporte de la información financiera.

Debe establecer los parámetros de análisis de la información financiera a recibir de los vigilados tanto en el nivel local como en el nacional.

Debe definir la forma como va a recibir la información de las DDS ~~o de las auditorías externas~~ acerca de su análisis de las condiciones financieras de las IPS de los niveles I y II. En este mismo marco debe definir la manera como dichos agentes vigilantes le deben alertar acerca de la existencia de situaciones que requieren de su actuación.

7.1.16 PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos de la solución propuesta son:

7.1.16.1
IPS de Nivel III

Aseguradores e

Los vigilados reportan la información financiera a la SNS con la periodicidad y en la forma determinada previamente por ésta.

Si la información no es recibida en la oportunidad requerida, la SNS solicita al agente vigilado su envío

con la mayor brevedad posible. La ausencia de respuesta a esta solicitud, o la recurrencia en la demora en el envío de la información financiera, provocan la apertura de una investigación y la imposición de sanciones. Las sanciones serán crecientes en la medida en que se incurra nuevamente en conductas violatorias de lo reglamentado.

7.1.16.2

Supersalud

Al recibir la información financiera, la SNS procede a realizar su análisis financiero mediante el sistema de indicadores de alerta temprana.

Cuando los resultados de la evaluación financiera arrojen resultados distintos a un comportamiento satisfactorio, la SNS requerirá de la administración la toma de medidas que resulten adecuadas para solucionar la situación presentada. Estas medidas serán monitoreadas de manera cercana por la SNS hasta verificar que las condiciones críticas han sido resueltas.

La SNS tomará como argumento esencial para la organización de sus visitas (inspecciones) los resultados de la evaluación financiera de los vigilados. Los resultados de las inspecciones permitirán cualificar las decisiones sobre las medidas a tomar frente al vigilado.

Cuando los resultados de la evaluación financiera informen de una crisis caracterizada como grave en el

vigilado, la SNS podrá proceder a la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar la entidad vigilada (artículo 68 ley 715). Si se trata de IPS privadas y se requiere un proceso de liquidación, comunicará a la Superintendencia de Sociedades para que esta proceda a lo pertinente, según lo establecido en el artículo 68 de la ley 715 (inciso 2º).

7.1.16.3

IPS Niveles I y III

Los vigilados reportan la información financiera a la DDS con la periodicidad y en la forma determinada previamente por la SNS.

Si la información no es recibida en la oportunidad requerida, la DDS ~~o la auditoría externa~~ solicita al agente vigilado su envío con la mayor brevedad posible. La ausencia de respuesta a esta solicitud, o la recurrencia en la demora en el envío de la información financiera, provocan la apertura de una investigación y la imposición de sanciones. Las sanciones serán crecientes en la medida en que se incurra nuevamente en conductas violatorias de lo reglamentado.

Al recibir la información financiera, la DDS procede a realizar su análisis financiero mediante el sistema de indicadores de alerta temprana definido por la SNS.

Cuando los resultados de la evaluación financiera arrojen resultados distintos a un comportamiento satisfactorio, la DDS procederá, dependiendo de la gravedad de la situación, a requerir de la

administración la toma de medidas que resulten adecuadas para solucionar la situación presentada o a solicitar a la SNS su participación directa en el asunto. En todo caso las medidas a tomar serán monitoreadas de manera cercana por la DDS ~~o la auditoría externa~~ hasta verificar que las condiciones críticas han sido resueltas.

La DDS, tomarán como argumento esencial para la organización de sus visitas (inspecciones) los resultados de la evaluación financiera de los vigilados. Los resultados de las inspecciones permitirán cualificar las decisiones sobre las medidas a tomar frente al vigilado.

Cuando los resultados de la evaluación financiera informen de una crisis caracterizada como grave en el vigilado, la DDS informará a la SNS quién podrá proceder a la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar la entidad vigilada (artículo 68 ley 715). Si se trata de IPS privadas y se requiere un proceso de liquidación, se comunicará a la Superintendencia de Sociedades para que esta proceda a lo pertinente, según lo establecido en el artículo 68 de la ley 715 (inciso 2º).

En los escenarios alternativos los procesos sufren modificaciones. Así si se adopta la alternativa según la cual la SNS realiza directamente la vigilancia de la información financiera de todos los vigilados, el procedimiento descrito para los aseguradores e IPS de Nivel III se hará extensivo a las IPS de Niveles I y II. Si,

por otro lado, se adopta la alternativa bajo la cual la vigilancia de los IPS de nivel III se realiza a nivel local, a esta categoría se aplicaría el procedimiento descrito para las IPS de niveles I y II.

PROCESO: CONDICIONES DE GESTION DE ASEGURADORAS Y PRESTADORES

7.1.17

DEBILIDAD ES DETECTADAS

En la vigilancia que sobre la gestión de los vigilados realiza la SNS, es posible establecer la existencia de un modelo actual de supervisión precario, por no decir inexistente, cuyos alcances generales muestran importantes vacíos para el sistema en su conjunto. Las principales debilidades detectadas se resumen a continuación:

El control a la gestión de las entidades es un concepto que, en la actualidad, se refiere con exclusividad a las IPS.

A pesar de lo anterior, dado que los esfuerzos de la SNS en este aspecto son de reciente data, el campo de acción es limitado a algunas IPS de nivel III y a algunas conceptualizaciones de carácter general.

No existe apoyo del nivel local en el control a la gestión, dado que esta tarea no la asumen como una obligación en sus actividades supervisoras.

No existe un seguimiento estructurado de los indicadores de gestión de los vigilados.

7.1.18

**NATURAL
EZA DE LAS DEBILIDADES**

Inexistencia de un sistema de indicadores de gestión.

Carencia de una definición institucional de control a la gestión

7.1.19

**TAREAS
PARA LA VIGILANCIA DE LAS CONDICIONES DE
GESTION DE LOS VIGILADOS**

De la manera planteada, las tareas para la vigilancia de las condiciones de gestión de los vigilados son las siguientes:

Establecimiento de sanciones para el incumplimiento de la obligación de reportar información.

Establecimiento de sistemas de indicadores de gestión para aseguradores y prestadores de servicios.

Señalamiento de directrices a las DDS para la vigilancia de la gestión de los prestadores de Niveles I y II.

7.1.20

**AGENTES
IMPLICADOS**

Superintendencia Nacional de Salud

Direcciones Departamentales de Salud

Aseguradores de los regímenes contributivo y subsidiado

Instituciones Prestadoras de Servicios de todos los niveles.

7.1.21 INSTRUMENTOS EN LOS QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Sistemas de Indicadores de Gestión.

Definición de tareas a realizar en el nivel local y de los canales de información.

7.1.22 ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Las actuaciones de los agentes en la solución propuesta son:

Aseguradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo

Deben reportar a la Superintendencia Nacional de Salud con la periodicidad (trimestral) y dentro de los términos (veinte primeros días del mes) que ésta establezca la información correspondiente a los indicadores de gestión.

Los indicadores de gestión deben ser reportados bajo los parámetros definidos por la SNS y a través de los medios que ella defina.

Los indicadores de gestión deben estar debidamente avalados por la jefatura de la Oficina de Control Interno de la entidad.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Niveles I y II)

Deben reportar los indicadores de gestión a la Dirección Departamental de Salud (o, alternativamente, a la Superintendencia Nacional de Salud) con la periodicidad (trimestral) y dentro de los términos (veinte primeros días del mes) que establezca la SNS.

La Información debe ser reportada bajo los parámetros definidos por la SNS y a través de los medios que ella defina.

La información reportada debe estar debidamente avalada por la jefatura de Control Interno de la entidad. En caso de que la SNS decida excepciones a esta regla, en todo caso, deberán estar debidamente certificados por el Representante Legal.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Nivel III)

Deben reportar los indicadores de gestión a la Superintendencia Nacional de Salud con la periodicidad (trimestral) y dentro de los términos (veinte primeros días del mes) que ésta establezca.

La Información debe ser reportada bajo los parámetros definidos por la SNS y a través de los medios que ella defina.

La información reportada debe estar debidamente avalada por el jefe de Control Interno de la entidad **Direcciones Departamentales de Salud**⁸ ~~(o Auditorías Externas)~~

Deben recibir los indicadores de gestión de las IPS (Niveles I y II) y proceder a su análisis, mediante el sistema definido por la SNS.

Deben requerir la información no reportada de manera oportuna a las IPS de los niveles señalados y mantener un registro de las demoras para cada IPS.

Deben proceder, si se trata de la DDS, a establecer las sanciones respectivas a las IPS que no cumplan con el requisito de reporte de la información. En el evento de las auditorías externas deben comunicar a la DDS la irregularidad para que ésta proceda a iniciar el proceso de investigación y sancione cuando sea pertinente.

Deben reportar a la SNS, bajo los parámetros que ésta establezca, los resultados de sus análisis de los indicadores de gestión, así como de la no rendición

⁸ En caso de que la DDS no posea la capacidad técnica ni administrativa para ejercer dichas funciones y operar los Procesos planteados podrá contratar con Agentes Externos las mismas. Art 60 Ley 715.

oportuna de tales informes. En el reporte se deberán especificar las situaciones encontradas que ameriten especial atención de la SNS. De la misma forma reportarán a la SNS las acciones emprendidas (inspecciones, sanciones, requerimientos) consolidadamente de forma trimestral.

Superintendencia Nacional de Salud

Debe proceder a la definición de los indicadores de gestión.

Debe determinar la periodicidad y la forma de reportar la información correspondiente a los indicadores de gestión por parte de los agentes vigilados.

Debe establecer las sanciones para el incumplimiento de la obligación de reportar información tanto en el nivel local como en el nacional.

Debe señalar las directrices a las DDS para el análisis y la vigilancia de las condiciones de gestión de los prestadores de Niveles I y II.

Debe recibir los indicadores de gestión de las aseguradoras y de las IPS (Nivel III) y proceder a su análisis, mediante el sistema definido para tal efecto.

Debe requerir la información no reportada de manera oportuna y mantener un registro de las demoras para cada vigilado.

Debe iniciar el proceso de investigación y a aplicar las sanciones respectivas a los vigilados que no cumplan con el requisito de reporte de la información.

Debe establecer los parámetros de análisis de la información a recibir de los vigilados tanto en el nivel local como en el nacional.

Debe definir la forma como va a recibir la información de las DDS o de las auditorías externas acerca de su análisis de la gestión de las IPS de los niveles I y II. En este mismo marco debe definir la manera como dichos agentes vigilantes le deben alertar acerca de la existencia de situaciones que requieren de su actuación.

7.1.23

PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos de la solución propuesta son:

Aseguradores e IPS de Nivel III

Los vigilados reportan los indicadores de gestión a la SNS con la periodicidad y en la forma determinada previamente por ésta.

Supersalud

Si la información no es recibida en la oportunidad requerida, la SNS solicita al agente vigilado su envío con la mayor brevedad posible. La ausencia de respuesta a esta solicitud, o la recurrencia en la demora en el envío de la información, provocarán la apertura de una investigación y la imposición de sanciones. Las sanciones serán crecientes en la medida en que se incurra nuevamente en conductas violatorias de lo reglamentado.

Al recibir la información, la SNS procede a realizar su análisis mediante el sistema construido para tal efecto.

Cuando los resultados de los indicadores de gestión arrojen resultados distintos a un comportamiento satisfactorio, la SNS requerirá de la administración la toma de medidas que resulten adecuadas para solucionar la situación presentada. La SNS tendrá una vigilancia especial en estos casos, hasta que los indicadores de gestión sean satisfactorios.

La SNS tomará como argumento esencial para la organización de sus visitas (inspecciones) los resultados de la evaluación de la gestión de los vigilados. Los resultados de las inspecciones permitirán cualificar las decisiones sobre las medidas a tomar frente al vigilado.

IPS Niveles II y II

Los vigilados reportan los indicadores de gestión a la DDS con la periodicidad y en la forma determinada previamente por la SNS.

Direcciones Departamentales de Salud

Si la información no es recibida en la oportunidad requerida, la DDS solicita al agente vigilado su envío con la mayor brevedad posible. La ausencia de respuesta a esta solicitud, o la recurrencia en la demora en el envío de la información, provocarán la apertura de una investigación y la imposición de sanciones. Las sanciones serán crecientes en la medida en que se incurra nuevamente en conductas violatorias de lo reglamentado.

Al recibir la información, la DDS procede a realizar su análisis mediante el sistema definido por la SNS.

Si los resultados de la evaluación arrojan resultados distintos a un comportamiento satisfactorio, la DDS procederá, dependiendo de la gravedad de la situación, a requerir de la administración la toma de medidas que resulten adecuadas para solucionar la situación presentada o a solicitar a la SNS su participación directa en el asunto. En todo caso las medidas a tomar serán monitoreadas de manera cercana por la DDS ~~o la auditoría externa~~ hasta verificar que las condiciones críticas han sido resueltas.

La DDS tomarán como argumento esencial para la organización de sus visitas (inspecciones) los

resultados de la evaluación de gestión de los vigilados. Los resultados de las inspecciones permitirán cualificar las decisiones sobre las medidas a tomar frente al vigilado.

En los escenarios alternativos los procesos sufren modificaciones: si se adopta la alternativa según la cual la SNS realiza directamente la vigilancia de la información correspondiente a la gestión de todos los vigilados, el procedimiento descrito para los aseguradores e IPS de Nivel III se hará extensivo a las IPS de Niveles I y II. Si, por otro lado, se adopta la alternativa bajo la cual la vigilancia de los IPS de nivel III se realiza a nivel local, a esta categoría se aplicaría el procedimiento descrito para las IPS de niveles I y II.

PROCESO: CONTRATACION CON LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN
SUBSIDIADO Y SEGUIMIENTO DE LOS CONTRATOS

7.1.24

ASPECTOS GENERALES

Una de las actividades principales de las autoridades municipales, de acuerdo con el numeral 44.2.3. de la ley 715 es la celebración de contratos para el aseguramiento en el régimen subsidiado y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías contratadas para tal efecto.

En el sentido señalado, una vez identificada la población pobre y vulnerable y seleccionado los

beneficiarios del régimen, se inicia el proceso de selección de las aseguradoras y la subsiguiente realización de contratos entre las aseguradoras seleccionadas y las autoridades municipales, en función del número de afiliados que haya logrado captar cada una de las ARS.

Este proceso se encuentra asociado a una actividad adicional, igualmente establecida en la ley 715 (numeral 44.2.4.) consiste en la promoción, en su jurisdicción, por parte de las autoridades locales, al régimen contributivo de las personas con capacidad de pago y, por esta vía, coadyuvar para evitar la evasión y la elusión de aportes.

7.1.25

DEBILIDAD ES DETECTADAS

Las debilidades detectadas dentro del proceso en comento son las siguientes:

La población seleccionada como beneficiaria al régimen subsidiado, en una gran mayoría, desconoce sus derechos.

Existe presión indebida para que, después de la selección al régimen subsidiado, se proceda a la afiliación en determinadas ARS.

Dadas las moras en los pagos por parte de los FTS a las ARS, el seguimiento y monitoreo de los contratos es deficiente, puesto que las falencias encontradas son atribuibles en buena parte a dichas moras, lo que coarta la acción de las autoridades locales.

Las acciones de las interventorías contratadas se encuentran ante el mismo problema señalado en la viñeta anterior.

No existe una retroalimentación adecuada de información entre los afiliados al régimen subsidiado y los que se encuentran en el régimen contributivo.

No existe una acción cierta y eficaz de las autoridades locales en la promoción a la afiliación al régimen contributivo.

El resultado obtenido, de acuerdo con la situaciones planteadas, es que no se produce un seguimiento debido al cumplimiento de los contratos por parte de las ARS, las cuales se disculpan bajo el argumento de las moras en los pagos.

7.1.26

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De organización institucional

De intereses políticos

De desconocimiento de derechos

De deficiencias de control en los contratos

7.1.27

SOLUCIÓN PROPUESTA

En primer lugar, vale anotar que, como ha sido señalado anteriormente, la ley 715 ha definido procesos y mecanismos que permiten solucionar buena parte de los problemas que aquejan el seguimiento a los contratos en las ARS. En particular, el giro directo de recursos a los FTS, sin unidad de caja con los demás recursos municipales y el régimen sancionatorio establecido para los funcionarios responsables, permiten que se enerve la antigua causal de mora en el pago a las ARS, con lo cual éstas deben aplicarse de manera cierta al cumplimiento de los contratos celebrados, es decir, al cubrimiento de los riesgos en salud de la población afiliada.

Si a lo anterior se a una la propuesta de conformar aseguradoras de carácter, al menos supradepartamental, con capacidad de conformar el “pooling” necesarios para su buen funcionamiento, se obtiene un escenario completo en el cual el aseguramiento en el régimen subsidiado cuenta con las condiciones propicias para operar de acuerdo con lo previsto en el sistema.

Dentro del marco señalado la solución debe pasar de manera necesaria por garantizar que, en primer lugar, la selección de la ARS a la cual quieren afiliarse por parte de los usuarios debe encontrarse exenta de presiones, lo cual exige, a su turno, el conocimiento de los derechos que tienen, pasando por la libertad

de escogencia de asegurador. En segundo término es preciso que, una vez definidas las cantidades de afiliados en cada ARS y realizados los contratos, los recursos fluyan de la manera esperada, según se plantea en el acápite 6.1. En tercera instancia, es necesario que los contratos tengan un seguimiento adecuado por parte de las autoridades locales y que esta acción se encuentre coordinada por las DDS y la SNS y que la información correspondiente fluya desde el nivel local hasta el nacional, pasando por el departamental. Finalmente, es preciso que las autoridades locales cumplan con su obligación de coadyuvar en la promoción del régimen contributivo.

Dentro de las alternativas a considerar es preciso plantearse, en primer lugar, la ya señalada de las direcciones departamentales de salud y de las auditorías externas, existiendo éstas cuando aquéllas, a juicio de la SNS no otorguen los resultados esperados en el ejercicio de IVC. El alcance de las tareas de estos agentes, en este campo específico, consiste en verificar que en el nivel local se está garantizando el libre ejercicio de los derechos de afiliación de los usuarios y que éstos no son inducidos, bajo presiones indebidas, a preferir tal o cual aseguradora.

De la misma manera, es preciso que se verifique el seguimiento y monitoreo que realizan las entidades locales de los contratos celebrados. Dado que estos contratos tienen como objeto esencial la prestación

de servicios a los usuarios, es claro que los procesos identificados en el capítulo consagrado a este tema (capítulo 6) son parte esencial de dicho seguimiento.

Un elemento esencial dentro de este tema se relaciona con la participación ciudadana (en términos de veedurías, individuales o de la personería), la cual se convierte en un elemento coadyuvante para el control de la transparencia en la celebración de los contratos y en la libre afiliación a los aseguradores.

7.1.28 TAREAS EN EL MODELO DE IVC EN LA CONTRATACIÓN DE ARS

Eliminación de la certificación y del esquema de pagos tripartito (ley 715).

Giro directo de los recursos a los FTS (ley 715)

Coordinación de la SNS de las acciones a celebrar.

Promoción de la participación ciudadana

7.1.29 AGENTES IMPLICADOS

Ministerio de Salud

Superintendencia Nacional de Salud

Direcciones Departamentales de Salud

Direcciones Locales de Salud

Administradoras del Régimen Subsidiado

Comunidad - Usuarios

7.1.30

INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ley 715

Sistemas de Información

Definición de canales de comunicación entre los niveles local, departamental y nacional.

7.1.31

ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Las actuaciones de los agentes en la solución propuesta son las siguientes:

Ministerio de Salud

Debe consolidar la información de los afiliados en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado.

Debe hacer conocer la información consolidada al conjunto de agentes en el sistema (SNS, DDS, DLS, EPS, ARS).

Superintendencia Nacional de Salud

Debe establecer las directrices de control a los contratos por parte de las DLS y de las DDS a las acciones de las DLS.

Debe coordinar con la Contraloría General de la República y con la Procuraduría General de la Nación el conocimiento de la información relacionada con conductas por fuera del marco normativo, así como la realización de investigaciones especiales.

Debe señalar los canales de participación ciudadana.

Direcciones Departamentales de Salud

Deben realizar la vigilancia de las actuaciones de las DLS en la contratación de las ARS de acuerdo con las directrices que para el efecto le señale la SNS.

Deben proceder a informar a las autoridades competentes (SNS, CGR) acerca de la existencia de conductas ilegales o, si están facultadas para ello, a imponer las sanciones que se revelen pertinentes.

Deben consolidar la información de su jurisdicción en lo relacionado con los afiliados al régimen subsidiado y reportarla al Ministerio de Salud.

Direcciones Locales de Salud

Deben garantizar la libre elección de las ARS por parte de los seleccionados al régimen subsidiado.

Deben celebrar los contratos con las ARS de acuerdo con el número de afiliados de cada una de ellas.

Deben hacer el seguimiento y control de los contratos con las ARS de manera directa o a través de interventorías contratadas para tal efecto.

Administradoras del Régimen Subsidiado

Deben celebrar los contratos con las DLS, según el número de afiliados.

Deben cumplir a cabalidad los contratos celebrados.

Usuarios

Deben ejercer su derecho a la libre afiliación.

Deben informar a las veedurías ciudadanas o a la personería el conocimiento de presiones indebidas o la existencia de personas con capacidad de pago no afiliadas al régimen contributivo. Estas, a su turno, deben proceder de acuerdo con las facultades que le otorga la ley (personerías) o poner en conocimiento de las autoridades pertinentes el conocimiento de una conducta ilegal.

7.1.32

PROCESOS EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos en la solución propuesta son los siguientes:

7.1.32.1 Locales de Salud

Direcciones

Una vez seleccionados los beneficiarios del régimen subsidiado, les informa acerca de las disponibilidades

de ARS a las cuales pueden afiliarse, indicándoles acerca del derecho de libertad de escogencia y toda la información relacionada con las aseguradoras correspondientes y su red de prestadores (Disclosure). Para ello utilizará los mismos medios de información pública a los que recurrió para la promulgación de las listas de beneficiarios, esto es, diarios de amplia circulación nacional (categorías 1 y 2) o listas públicas (categorías 3 a 6). En esta nueva información indicará a la ciudadanía las posibilidades de quejarse ante las organizaciones de veeduría ciudadana, la personería o la DDS correspondiente.

Una vez los usuarios hayan hecho su elección de la ARS a la cual quieren afiliarse y la hayan comunicado a la DLS, procede a celebrar los contratos correspondientes con las ARS, en función del número de afiliados que finalmente pudo atraer cada una de ellas.

Realizados los contratos, procederá a informar a la DDS correspondiente acerca de los beneficiarios finalmente afiliados. Tal información incluirá, al menos, la discriminación de la ARS, la identificación del afiliado y de los beneficiarios.

Realiza el seguimiento y control de los contratos directamente o a través de interventorías. En este segundo caso, las interventorías informarán a la DLS de la gestión realizada, de acuerdo con las directrices de la SNS.

En coadyuvancia con la ciudadanía, en sus distintas formas de participación y con la personería, debe promover la afiliación al régimen contributivo, identificando las personas con capacidad de pago que deben pertenecer a este régimen.

Direcciones Departamentales de Salud (Auditorías Externas)

Verifican que los beneficiarios del régimen subsidiado han sido convenientemente informados de sus derechos de libre afiliación y de las calidades de las ARS sobre las cuales tienen posibilidad de afiliarse, garantizando la transparencia de la selección. Para el efecto exigirán a las DLS el envío de los recortes de las publicaciones en diarios de amplia circulación o copias de las listas públicas, verificando que ellas fueron exhibidas en lugares de concurrencia pública y que tuvieron la oportunidad de ser consultados por los interesados.

Verifican que, al momento de suscribir el contrato, cada uno de los afiliados recibió una hoja en letra claramente distinguible informándole de sus derechos, así como una cartilla con la misma información y con la red de prestadores.

Aleatoriamente indagan a la ciudadanía acerca de la información que recibieron para la escogencia de la ARS y de la posibilidad de comparar entre ellas.

Reciben las manifestaciones de la ciudadanía sobre coacción en el libre ejercicio de sus derechos o sobre

posibles insuficiencias de información para seleccionar la ARS o sobre personas que deberían estar afiliadas al régimen contributivo y, después de realizados los análisis correspondientes, solicita explicaciones a la DLS. En caso de que las circunstancias lo ameriten, se impondrán las sanciones correspondientes o se informa a la SNS para que sea ella quien lo haga si las facultades del nivel local no lo permiten.

Reciben las manifestaciones de la ciudadanía sobre deficiencias en el servicio (ver acápite de quejas y reclamos). Después de realizados los análisis correspondientes, solicita explicaciones a la DLS. En caso de que las circunstancias lo ameriten, se impondrán las sanciones correspondientes o se informa a la SNS para que sea ella quien lo haga si las facultades del nivel local no lo permiten

Consolidan la información de los distintos municipios en punto a los afiliados al régimen subsidiado y la envían a la SNS y al MS.

7.1.32.2
a Nacional de Salud

Superintendenci

Señala las directrices para la celebración de los contratos y la supervisión del proceso de contratación.

Recibe la información de las DDS acerca de las irregularidades observadas en los procesos de contratación a nivel municipal y, en caso de que sea

pertinente, abre la investigación y procede a sancionar (si es el caso).

Informa a la Contraloría General de la República y/o a la Procuraduría general de la Nación (y, si es necesario, a la Fiscalía General de la nación) acerca de las irregularidades observadas.

Recibe la información de las DDS acerca de las actividades de las DLS en la promoción en la afiliación al régimen contributivo.

7.1.32.3
Salud

Ministerio de

Recibe los listados consolidados de afiliados del régimen subsidiado. En concordancia con la SNS y el FOSYGA realiza los cruces con el régimen contributivo para verificar posibles dobles afiliaciones.

7.1.32.4

Afiliados

Realizan la selección de la ARS de sus preferencias teniendo en cuenta la red de prestadores de la misma y la información sobre las condiciones financieras y de gestión existentes tanto sobre la aseguradora como sobre los prestadores que conforman la red. Denuncian ante las organizaciones comunitarias, la personería o la DDS las presiones indebidas que eventualmente reciban para afiliarse a una determinada ARS.

7.1.32.5

ARS

Promueven la afiliación ante los seleccionados como beneficiarios al régimen subsidiado, indicándoles sus calidades financieras y de gestión, así como los correspondientes a los prestadores que conforman su red de servicios.

Verifican ante las DDS y las DLS que no existan dobles afiliaciones al régimen subsidiado o entre éste y el régimen contributivo.

En caso de detectar posibles afiliados con capacidad de pago, así lo indican a la DLS para que ésta promueva su afiliación en el régimen contributivo.

PROCESO: RELACIONES CON LOS USUARIOS (SELECCIÓN, AFILIACIÓN Y CARNETIZACIÓN)

7.1.33

**ASPECTOS
GENERALES**

Es indudable que los aseguradores, como aglutinadores de la demanda de los usuarios que son, desarrollan múltiples relaciones con los mismos. Así, bajo el rótulo que titula el presente acápite deberían agruparse, en una primera mirada, ese cúmulo de relaciones que conducen a que los usuarios tengan un servicio con la calidad requerida. No obstante, dado que, igualmente, el propósito del modelo de IVC es garantizar la prestación de servicios de salud con

calidad, las relaciones señaladas son cobijadas en distintos capítulos y secciones del presente documento, por lo que, de la definición inicial, bajo el nombre de “Relaciones con los Usuarios” restarían por tratar dos procesos principales: el primero se relaciona con la afiliación y la carnetización y, el segundo, con la recepción, tratamiento y respuesta a las quejas y reclamos de los usuarios. .

7.1.34

DEBILIDAD ES DETECTADAS

La afiliación es la primera relación de los aseguradores con los usuarios y constituye la puerta de entrada al sistema. En el régimen contributivo el proceso se realiza de manera simple mediante el diligenciamiento de los formularios previstos para tal circunstancia; la carnetización procede de manera inmediata y, en general, los estudios de campo realizados en este respecto mostraron que el proceso se produce dentro de los cauces normales con la sola excepción de las presiones que en algunos casos se detectaron por parte de los empleadores para la escogencia del asegurador.

En el régimen subsidiado el proceso es mucho más complejo, puesto que requiere, de manera inicial, de la selección de los posibles beneficiarios del régimen, de la escogencia de éstos de la administradora del régimen a la cual quieren pertenecer y, finalmente, de la carnetización.

Los inconvenientes en el proceso que nos ocupa, en el régimen subsidiado se resumen de la siguiente manera:

El SISBEN no es un instrumento adecuado para la selección de la población beneficiaria, toda vez que conduce a errores de exclusión muy elevados; no obstante, la corrección de estos errores conduciría a costos excesivamente altos.

Las afiliaciones iniciales realizadas a través del SISBEN permanecen inalteradas, con lo cual se omite la posibilidad de que los beneficiarios seleccionados alguna vez sean reconsiderados en tal calidad y se limitan las nuevas afiliaciones a los cupos excedentarios.

El proceso de selección es objeto de juegos de interés político, en donde las autoridades locales o los líderes políticos ejercen su poder e influencia para distorsionar el proceso de selección. El resultado de ello es la distorsión de la competencia real y el apuntalamiento de mercados a partir de esta acción indebida de los intereses políticos.

El proceso de selección no considera la existencia previa de una posible afiliación de los aspirantes en el régimen contributivo.

El proceso de carnetización por parte de las aseguradoras del régimen subsidiado son en extremo lentos llegando a tomar más de seis meses la correcta expedición de estos documentos

La acción de la SNS en los procesos de selección y carnetización de los afiliados y beneficiarios del régimen subsidiado es prácticamente inexistente.

7.1.35

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De debilidades del SISBEN

De existencia de intereses políticos en la selección de beneficiarios

De inexistencia de Información

De estructura institucional de supervisión inadecuada

7.1.36

PROPUESTA A DE SOLUCIÓN

Es indudable que las labores de control relacionadas con la afiliación y carnetización, de manera específica en el régimen subsidiado, no pueden ni deben ser responsabilidad directa de la SNS. Este planteamiento se sustenta en dos principios fundamentales, uno de carácter operativo y otro de tipo conceptual - político. En cuanto al primero, es preciso reconocer que el campo de acción es excesivamente disperso para pretender que una institución, por poderosa financieramente que ella sea, tenga la capacidad de realizar un monitoreo eficaz sobre la actividad de selección de los usuarios, máxime cuando este proceso se realiza sobre conocimientos específicos de los conjuntos poblacionales que a la Superintendencia no le es dable conocer.

En cuanto a las razones de tipo conceptual en el campo de lo político, ellas se refieren a la definición de la democracia y de la configuración territorial del Estado colombiano a partir del principio según el cual son las autoridades locales las realmente idóneas y competentes para resolver los problemas más inmediatos de la comunidad. Esta conceptualización ha sido íntegramente recogida por la ley 715 en su numeral 44.2.2., el cual establece como una de las funciones de los municipios la de “identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado...”.

De acuerdo con el planteamiento señalado, en el campo de la salud son las autoridades municipales quienes deben encargarse de manera directa, como en la actualidad lo hacen, de la selección de los beneficiarios. De esta manera resta por resolver el tema de la supervisión de dicho proceso, radicado en cabeza de los municipios.

Dentro del esquema general del modelo de supervisión propuesto, la vigilancia de la identificación de los ciudadanos que deben ser afiliados al régimen subsidiado debe recaer, en primer lugar, en la supervisión inmediata de la ciudadanía bien sea mediante participaciones a nivel individual o colectivo (veedurías ciudadanas) o a través de sus representaciones institucionales (personerías, Defensoría del Pueblo).

Dado que es preciso reconocer las limitaciones de las expresiones ciudadanas en presencia de juegos de intereses políticos es necesario precaver una autoridad, igualmente de corte local, que tenga la capacidad de realizar la supervisión institucional de los procesos de selección que nos ocupan. Estas autoridades son necesariamente los departamentos a través de sus direcciones de salud.

De esta manera sobre el departamento debe recaer la responsabilidad de inspección y vigilancia del proceso de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, cobijando desde las fuentes mismas del proceso, es decir, desde las actualizaciones de las bases de datos y del SISBEN que realicen los municipios. Las bases de control, es decir, los parámetros sobre los cuales se debe ejercer este tipo de control, deben ser regulados por la SNS, la cual, de acuerdo con los parámetros técnicos establecidos por el Departamento Nacional de Planeación podrá reconocer los elementos potenciales que determinen posibles irregularidades y la forma como pueden ser corregidos.

Dado que es preciso encontrar canales de confluencia entre la vigilancia ciudadana y la IVC a desarrollar a nivel departamental, es necesario que los ciudadanos encuentren canales expeditos en las autoridades departamentales a fin de tener una participación realmente activa en el control de los procesos de selección de beneficiarios del régimen

En cuanto a la carnetización propiamente dicha, deben ser las autoridades municipales las encargadas de verificar su rápida expedición por parte de las aseguradoras, comunicando de manera inmediata a la SNS las irregularidades que encuentren en este campo para que ésta proceda a tomar las medidas de control pertinentes. Así mismo, y paralelamente, se hace necesario establecer sistemas de reporte de información sobre carnetización efectivamente entregada, por parte de los aseguradores a la SNS, susceptibles de ser cruzados con la información municipal y verificados con las comunidades. En los dos casos mencionados, la SNS debe establecer los parámetros del control a realizar, incluyendo los tiempos, información a obtener, parámetros de cumplimiento adecuado, etc.

7.1.37 TAREAS PARA LA IVC DE LA SELECCIÓN, AFILIACIÓN Y CARNETIZACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

De la manera señalada, las tareas para lograr una correcta supervisión de la selección de beneficiarios, afiliación y carnetización en el régimen subsidiado son las siguientes:

Definición de las directrices de IVC por parte de la SNS para la selección de los beneficiarios al régimen subsidiado por parte de las autoridades municipales.

Definición, por parte de la SNS, del papel, los mecanismos y los instrumentos para la participación

de las veedurías ciudadanas y de los ciudadanos en general.

Definición de las directrices de IVC por parte de la SNS para la vigilancia de la carnetización de los afiliados al régimen subsidiado que deben realizar las entidades municipales.

Definición por parte del DNP de los criterios y mecanismos para la identificación de la población pobre y vulnerable.

7.1.38

**AGENTE
IMPLICADOS**

Departamento Nacional de Planeación
Superintendencia Nacional de Salud
Direcciones Departamentales de Salud
Autoridades municipales, Direcciones Locales de Salud
Personerías
Veedurías Ciudadanas
Ciudadanía

7.1.39

**INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SITUACIÓN
PROPUESTA**

Ley 715

Directrices de la SNS a las autoridades locales (DDS y DLS).

Sistemas de Información

7.1.40

AGENTES DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los agentes de la solución propuesta son los siguientes:

Departamento Nacional de Planeación (DNP)

Establece los mecanismos y criterios para la identificación de la población pobre y vulnerable de los municipios.

Superintendencia Nacional de Salud

Establece las directrices para la IVC por parte de las DDS (o de las Auditorías Externas) a los procesos de selección de los beneficiarios al régimen subsidiado.

Establece las directrices para facilitar la participación ciudadana en los procesos de selección de beneficiarios al régimen subsidiado

Establece las directrices para la IVC de los procesos de carnetización de la población afiliada al régimen subsidiado, que deben realizar las direcciones locales de salud.

Direcciones Departamentales de Salud o Auditorías Externas.

Realiza la IVC sobre los procesos de identificación de la población pobre y vulnerables que realizan las autoridades municipales.

Realiza la IVC sobre los procesos de selección de beneficiarios al régimen subsidiado que realizan las autoridades municipales.

Monitorea la IVC que realizan las DLS sobre la carnetización de los afiliados al régimen subsidiado.

7.1.40.1

Autoridades

Municipales y Direcciones Locales de Salud

Ejecutan la identificación de la población pobre y vulnerable de su jurisdicción.

Realizan la selección de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

Realizan la IVC sobre la carnetización de la población afiliada al régimen subsidiado.

Veedurías Ciudadanas, Personerías y Ciudadanía en General

Verifican los procesos de identificación de población pobre y vulnerable y la selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado.

7.1.41

PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos que plantea la solución propuesta son los que se exponen a continuación:

Autoridades Municipales y Direcciones Locales de Salud

De acuerdo con los mecanismos e instrucciones que imparta el DNP proceden a realizar la identificación de la población pobre y vulnerable de su jurisdicción.

De acuerdo con la identificación señalada en el punto anterior, proceden a la selección de los beneficiarios del régimen subsidiado. Para tal efecto deben acudir, de acuerdo con el tamaño del municipio, a la publicación de listas (municipios de categorías 1 y 2) o a la divulgación pública ante la comunidad (municipios de categorías 3 a 6), para informar a la ciudadanía en general, la selección de los beneficiarios.

Una vez publicadas las listas o hecha la divulgación pública, las autoridades locales deben dar un plazo prudencial (mínimo cinco días hábiles) para recibir las discordancias que presente la ciudadanía, individual o colectivamente (veedurías) o por el personero municipal, acerca de la selección de beneficiarios inicialmente promulgada.

Recibidas las manifestaciones sobre las discordancias con la selección realizada, deben proceder a realizar audiencias públicas, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, con la personería, veedurías

ciudadanas, y con los ciudadanos, para el estudio de las solicitudes de la ciudadanía.

Una vez realizadas las audiencias públicas deberán, de la manera pública inicialmente adoptada, dar respuesta a las mismas, bien sea aceptando las propuestas realizadas o rechazándolas.

Debe informar a la DDS acerca de las listas finales de seleccionados como beneficiarios del régimen subsidiado, indicando los procesos surtidos para la selección y para atender las formulaciones de la ciudadanía.

Una vez concluido el proceso de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado y celebrados los contratos con las aseguradoras, debe verificar que el proceso de carnetización de los afiliados se ha cumplido con la oportunidad requerida (máximo un mes después de la afiliación). Para el efecto realizará visitas rutinarias a las aseguradoras y verificará in situ que los carnés han sido entregados a los beneficiarios o que, al menos, les ha sido comunicado que el documento se encuentra disponible para ser reclamado.

Direcciones Departamentales de Salud

Verifican que la identificación de la población pobre y vulnerable realizada por las autoridades municipales se realice de acuerdo con los parámetros establecidos por el DNP. Para el efecto realizará visitas inspectivas de control a los municipios y aleatoriamente

verificará la condición de algunos de los identificados dentro de este sector de la población.

Verifican que el proceso de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, realizado por las autoridades municipales, se ha realizado de la manera debida. Para el efecto podrán concurrir a las audiencias públicas en los cuales se discuta con la comunidad dicha selección.

Atenderán los reclamos de la personería, de las veedurías ciudadanas y de la ciudadanía en general sobre el proceso de selección de beneficiarios del régimen subsidiado. Para ello estudiarán las quejas presentadas y su sustentación y, cuando sea el caso, abrirán las investigaciones correspondientes a los funcionarios responsables. Cuando se encuentre que las circunstancias que rodearon la selección ameritan una sanción, informará a la SNS, para que ésta tome las medidas que sean del caso.

De todas maneras con periodicidad anual, enviarán a la SNS un reporte de los resultados de su gestión de IVC sobre la selección de beneficiarios del régimen subsidiado, en el cual informarán acerca de la manera como se desarrolló el proceso, de la celebración de las audiencias públicas, de las reclamaciones de la ciudadanía, de la forma como ellas fueron atendidas por las autoridades municipales y de las investigaciones abiertas y sus resultados.

Verificarán que las Direcciones Municipales de Salud realicen de manera adecuada el proceso de IVC de carnetización de los afiliados al régimen subsidiado.

Para ello requerirán información periódica (trimestral) de las acciones realizadas por el nivel municipal y de sus resultados. En estos informes se deberá señalar, por parte de la DLS, cada una de las aseguradoras con las cuales tiene contrato y los carnés entregados y los que no lo han sido, indicando las razones que explican tal situación.

Superintendencia Nacional de Salud

Señala las directrices que se deben observar para realizar la IVC de la identificación de la población más pobre y vulnerable y para los procesos de selección de beneficiarios del régimen subsidiado.

Recibe los informes que le presenten las DDS sobre los procesos anteriores en sus jurisdicciones respectivas, así como de las investigaciones abiertas y el desarrollo de las mismas. Cuando encuentra méritos para imponer sanciones procederá a multar a los funcionarios responsables de acuerdo con las atribuciones que le otorga la ley.

Actúa como juez de última instancia en los posibles conflictos que surjan entre el nivel municipal y el nivel departamental acerca de los procesos reseñados.

En una perspectiva de mediano plazo, debe elaborar e implementar los mecanismos necesarios para que la información sea transmitida por medio magnéticos.

Veedurías Ciudadanas, Personería, Ciudadanía

Una vez conozcan, a través del medio utilizado por el municipio, la selección de beneficiarios del régimen subsidiado por parte de las autoridades municipales, proceden a manifestar su desacuerdo o desavenencias, si ellas existen. Para el efecto pueden proceder de manera individual, de manera colectiva a través de las veedurías ciudadanas o mediante el personero municipal como su representante en el nivel local.

Deben participar en las audiencias públicas en las cuales se discuten las discordancias frente a la selección inicial realizada por las autoridades municipales, esgrimiendo los argumentos que motivan sus solicitudes.

La personería municipal velará por la transparencia de las audiencias públicas, asegurando la participación de todos los estamentos. En caso de que ello no ocurra así procederá a tomar las medidas disciplinarias del caso e informará a la Dirección Departamental de Salud correspondiente, especificando de manera clara las razones que sustentan la falta de transparencia en el proceso.

Una vez conocida la lista de beneficiarios definitiva, las veedurías ciudadanas, los ciudadanos y la

personería, podrán, si aún encuentran inconformidad, podrán informar a la DDS correspondiente tal circunstancia, especificando las razones de su inconformidad.

PROCESO: TRANSPARENCIA (“DISCLOSURE”)

7.1.42

ASPECTOS GENERALES

Bajo el concepto de transparencia se comprenden todas aquellas acciones que propenden por el otorgamiento a los usuarios de la información apropiada para que ellos tengan la capacidad de decidir ilustradamente y ejerzan de manera libre sus derechos al interior del sistema. Así, la transparencia cobija las acciones que tienen como finalidad la orientación de los usuarios acerca de los derechos que tienen frente a las aseguradoras, dentro de los cuales, el primero, se relaciona con sus posibilidades de libre elección de la misma y de la movilidad entre distintas aseguradoras; los servicios que deben esperar recibir de cada uno de los prestadores que conforman las redes de los aseguradores; y, para mencionar los elementos esenciales, la recepción de información pública acerca del desempeño financiero y de gestión de las aseguradoras y de los prestadores, a fin de que sus decisiones se basen en la comparación de elementos objetivos. En este sentido los recepcionistas de la información son los usuarios, los proveedores de la información los aseguradores, los

prestadores y las agencias estatales de supervisión y el ente de control fundamental es la SNS con el apoyo de las entidades territoriales a través de sus direcciones de salud.

7.1.43

DEBILIDAD ES DETECTADAS

La información de campo obtenida durante la primera fase de la presente investigación, así como la información secundaria recabada en este respecto, muestran que:

Los usuarios en general, aunque con mayor evidencia en el régimen subsidiado, desconocen cuáles son sus derechos frente al sistema de salud. Lo que es más grave aún es que los afiliados del régimen subsidiado tienen la tendencia a considerar que la sola afiliación constituye una gracia concedida por las autoridades locales y las aseguradoras, de tal manera que no encuentran derechos más allá de este simple hecho.

Ni la SNS ni las DDS o las DLS en el nivel local, realizan acciones encaminadas a verificar que las aseguradoras disponen de mecanismos de información necesarios y suficientes para ilustrar a sus afiliados acerca de los derechos fundamentales que les corresponden.

No existe información otorgada al público acerca de las condiciones financieras y de los resultados de gestión de las aseguradoras y de las instituciones prestadoras de servicios. Con ello los usuarios no

tienen referentes para realizar procesos de selección racionales en la escogencia del cubrimiento de sus riesgos y de la oferta de servicios y desconocen los niveles de servicio a esperar por cada uno de los agentes del mercado.

7.1.44

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De provisión de información a los usuarios

De publicación de información de los resultados de los agentes de supervisión de las condiciones financieras y de las calidades de gestión de los vigilados

7.1.45

PROPUESTA A DE SOLUCIÓN

De acuerdo con el diagnóstico es necesario introducir correctivos que permitan la disponibilidad de los afiliados de una información clara y precisa de cuáles son sus derechos en el sistema. Adicionalmente es preciso dotarlos de elementos de juicio de comprensión generalizada que les permitan tomar decisiones racionales acerca de la aseguradora a escoger (cualquiera sea el régimen) y de las IPS a las cuales acudir en procura de satisfacer su demanda por servicios de salud, al igual que los niveles de atención que deben tener como expectativa.

Es importante comprender que todos los procesos de educación de la ciudadanía comportan horizontes de

largo plazo y que, en tal sentido, los resultados a esperar en este campo deben surtir las etapas necesarias de maduración.

Para los efectos anteriores la propuesta contiene la disposición de los siguientes elementos:

Cartillas de información a los usuarios que deben entregarse a los mismos en el momento de realizarse la afiliación, hecho certificado a través de la firma de recibido del ciudadano. Estas cartillas deben poseer toda la información que requieren los afiliados con respecto a sus derechos y deberes, la red de prestadores y los mecanismos de presentación de quejas y reclamos; el formato y contenido debe ser aprobado previamente por la SNS.

Inclusión en los contratos en letra grande y diferenciable de los derechos de los usuarios. Específicamente se propone que los contratos contengan una hoja en donde los derechos de los usuarios sean establecidos con letra claramente legible y con un tamaño superior al del resto del cuerpo del contrato. Esta hoja debe ser aprobada también por la SNS.

Publicación en medios de amplia difusión nacional y/o en las mismas instituciones, a través de carteleras que sean notorias, de los indicadores financieros y de gestión de los agentes vigilados (aseguradores e IPS).

Realización de campañas televisivas institucionales.

Verificación por parte de las agencias de supervisión (SNS, DDS, DLS y auditorías externas) de manera selectiva, de la información otorgada a los usuarios y de la publicación en cartelera de los indicadores financieros y de gestión.

7.1.46 TAREAS PARA LA TRANSPARENCIA DENTRO DEL MODELO DE IVC PROPUESTO

De la manera planteada las tareas que se imponen son:

Reglamentación de la Cartilla de Información a los usuarios y de la Hoja del contrato contentiva de los derechos de los usuarios.

Reglamentación de la publicación en cartelera de los vigilados de los resultados de los indicadores sobre las condiciones financieras y de gestión de la aseguradoras e IPS.

Reglamentación de la publicación de la información de los indicadores sobre las calidades financieras y de gestión en medios de amplia difusión.

Gestión para el logro de campañas institucionales televisivas.

7.1.47 AGENTES IMPLICADOS

Superintendencia Nacional de Salud

Direcciones Departamentales de Salud

Direcciones Locales de Salud

Aseguradores de los regímenes contributivo y subsidiado

Instituciones Prestadoras de Servicios de todos los niveles.

Usuarios del Sector

7.1.48

INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Reglamentación a que se refiere el acápite 7.5.5.

Sistemas de Información

Definición de canales de información entre DLS, DDS y la SNS.

7.1.49

ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Las actuaciones de los agentes en la solución propuesta son las siguientes:

7.1.49.1

los Regímenes Subsidiado y Contributivo

Aseguradoras de

Ajustarán las minutas de los contratos a celebrar con los usuarios a las directrices que señale la SNS, con

respecto a la información de los derechos y deberes de los usuarios.

Elaborarán y entregarán a sus usuarios las Cartillas de Información en donde se especificarán, además de los derechos y deberes de los usuarios, la red de prestadores con que cuentan y el servicio a esperar por los usuarios en las IPS que la conforman.

Comunicarán de manera periódica a sus usuarios los resultados de las evaluaciones que realicen sobre la calidad de los servicios en las IPS que conforman su red, así como los resultados de las evaluaciones sobre las calidades financieras y de gestión realizadas por la SNS, por las DDS o por las auditorías externas. Esta publicación puede hacerse en diarios de amplia circulación nacional.

Comunicarán de manera periódica a sus usuarios los resultados de la evaluación sobre las calidades financieras y de gestión de la aseguradora, realizadas por la SNS, por las DDS o por las auditorías externas. Esta publicación puede hacerse en diarios de amplia circulación nacional.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Todos los Niveles)

Comunicarán de manera periódica a sus usuarios los resultados de la evaluación sobre las calidades financieras y de gestión de la aseguradora, realizadas por la SNS, por las DDS o por las auditorías externas. Esta publicación puede hacerse en diarios de amplia

circulación nacional. En todo caso a través de cartelera fijadas en lugares claramente visibles al público, comunicará a los usuarios las calificaciones antes mencionadas.

Direcciones Locales de Salud

Verificarán que las ARS están entregando las cartillas de los derechos y deberes a los usuarios y que en los contratos de afiliación se está diligenciando de la manera debida, entregando la hoja de los mismos derechos y deberes a los afiliados del régimen subsidiado de su jurisdicción.

Verificarán que las IPS en su jurisdicción estén proporcionando la información a los usuarios sobre las calidades de gestión.

En caso de quejas y reclamos de los usuarios, procederán según se define en el acápite correspondiente a quejas y reclamos (Ver acápite 7.7).

Direcciones Departamentales de Salud (Auditorías externas)

Verificarán que las DLS están verificando adecuadamente la entrega de las cartillas y están velando por el correcto diligenciamiento de los contratos de afiliación en el régimen subsidiado

Verificarán que las DLS se encuentran vigilando que las IPS en su jurisdicción estén proporcionando la información a los usuarios sobre las calidades de gestión.

Cuando se produzcan quejas y reclamos se procederá según se propone en el acápite 7.9.4

Superintendencia Nacional de Salud

Debe expedir la reglamentación correspondiente para la entrega de las cartillas de información y para que los contratos contengan en letra visible los derechos y deberes de los afiliados.

Debe expedir la reglamentación para que tanto las aseguradoras como las IPS comuniquen a los usuarios y a la ciudadanía en general los resultados de las evaluaciones de las condiciones financieras y de la calidad de gestión realizados por las agencias de supervisión. Para las aseguradoras y las IPS de III nivel, esta comunicación deberá ser en diarios de amplia circulación nacional y en carteleras visibles al público en las sedes respectivas. Para las IPS de niveles I y II, la difusión debe realizarse al menos en carteleras.

Debe recibir las informaciones de las DDS acerca del cumplimiento de las tareas de IVC encomendadas a las DLS en cuanto a la transparencia y aplicar las sanciones que resulten pertinentes de acuerdo con las atribuciones que le ha conferido la ley.

Debe gestionar, con el Ministerio de Salud, ante las autoridades competentes, las posibilidades de realizar campañas masivas televisivas.

Usuarios

Deben conocer sus derechos y deberes e interponer las quejas de acuerdo con lo señalado en el acápite

7.7

7.1.50

PROCESOS DE LA SITUACIÓN PROPUESTA

De acuerdo con la solución propuesta, los procesos que implica la misma son los siguientes:

Aseguradoras

Al momento de afiliar a los usuarios les hace firmar el contrato, haciéndoles conocer en una hoja con letra claramente distinguible sus derechos y sus deberes. El usuario debe firmar una copia de esta hoja, además del contrato en sí mismo, como constancia de que la recibió.}

Una vez firmado el contrato y en el mismo acto, debe entregar a los afiliados una cartilla en donde, además de sus deberes y derechos se les informe acerca de las IPS que conforman la red de prestadores de los aseguradores y los niveles de servicio que deben esperar de las mismas. Cuando se hayan producido las calificaciones de las condiciones financieras y de gestión por los agentes de control, en dicha cartilla

debe especificarse, para cada IPS, el resultado de tales evaluaciones.

Al menos una vez al año deberán publicar en diarios de amplia circulación la evaluación de las condiciones financieras y de gestión realizada por la SNS. No obstante, cuando se produzca una nueva evaluación y ésta sea de una menor gradación que la publicada, la aseguradora debe proceder nuevamente a su publicación en los mismos medios.

Debe publicar en cartelera los resultados de las evaluaciones financieras y de gestión realizadas por la SNS con la misma periodicidad con que ésta las realice.

Instituciones Prestadoras de Servicios

Las IPS de nivel III deberán, al menos una vez al año, publicar en diarios de amplia circulación la evaluación de las condiciones financieras y de gestión realizada por la SNS. No obstante, cuando se produzca una nueva evaluación y ésta sea de una menor gradación que la publicada, la IPS debe proceder nuevamente a su publicación en los mismos medios.

Las IPS de todos los niveles deben publicar en cartelera visible los resultados de las evaluaciones financieras y de gestión realizadas por la agencia de control correspondiente, con la misma periodicidad con que ésta las realice.

Direcciones Locales de Salud

Realizarán visitas selectivas a las aseguradoras del régimen subsidiado en las que se encuentra afiliada población del municipio para verificar que se están entregando debidamente a los usuarios las cartillas de información y se están diligenciando correctamente los contratos.

En caso de encontrar anomalías en la celebración de los contratos o en la entrega de las cartillas, procederán a solicitar explicaciones a la administración y a exigir la solución inmediata de la situación encontrada. De persistir la omisión de la ARS procederá a dar traslado a la DDS, para que esta, a su turno, la remita a la SNS.

Deberán realizar visitas de inspección ocular a las IPS de su jurisdicción para verificar que han publicado en cartelera visible los resultados de la evaluación de las condiciones financieras y de gestión realizadas por la autoridad de supervisión correspondiente y que ella corresponde a la última evaluación realizada. Estas visitas deberán ser realizadas al menos con periodicidad bimestral.

Si encuentran que la IPS no ha publicado en cartelera las evaluaciones mencionadas o que ésta no se encuentra en lugar claramente visible al público, procederán a solicitar explicaciones a la administración sobre tal hecho.

Una vez dispongan de las explicaciones presentadas por la administración de la IPS le darán traslado a la DDS de su jurisdicción.

Direcciones Departamentales de Salud

Mediante visitas aleatorias verifican que las IPS de su jurisdicción han publicado en cartelera visible los resultados de la evaluación de las condiciones financieras y de gestión realizadas por la autoridad de supervisión correspondiente y que ella corresponde a la última evaluación realizada. Estas visitas deberán ser realizadas al menos con periodicidad semestral y sus resultados serán informados a la SNS. En caso de encontrar que la DLS no está realizando sus funciones de supervisor de manera adecuada, señalará tal circunstancia a la SNS en el informe correspondiente.

Reciben de las DLS los expedientes de solicitud de explicaciones y de respuesta a los mismos (tanto en la celebración de contratos como en la fijación de carteleras y publicación de evaluaciones). Si de acuerdo con el expediente la situación puede ser resuelta por la DDS procederá a aplicar las sanciones que correspondan. En caso distinto dará traslado a la SNS.

Superintendencia Nacional de Salud

Recibe de las DDS la información correspondiente a sus verificaciones de las tareas de supervisión de las DLS y, si la situación lo amerita, impondrá las

sanciones correspondientes a los funcionarios responsables.

Recibe de las DDS los contenciosos con respecto a la celebración de contratos, la entrega de cartillas de información y la publicación de las evaluaciones financiera y de gestión y, cuando las circunstancias lo exijan, impondrá las sanciones correspondientes.

PROCESO: QUEJAS Y RECLAMOS

7.1.51

ASPECTOS GENERALES

Los reclamos y denuncias de los usuarios son un sistema eficiente y efectivo para detectar el incumplimiento de normas sobre todo en los casos en que éste significa un daño al usuario, evitar problemas legales que pudieran ocurrir en el caso de no resolver oportunamente un conflicto, procurar el mejoramiento continuo de las instituciones y fortalecer los mecanismos de auto control.

Estos procesos ya están reglamentados, pero en la actualidad muchas organizaciones no lo siguen o los hacen solamente para cumplir con un requisito legal.

Para que esta fuente de monitoreo y control funcione en forma adecuada es necesario que los usuarios conozcan las regulaciones vigentes (sus derechos y deberes), que existan canales expeditos para plantear

sus reclamos y que la autoridad local tome una acción ante el reclamo.

Sin esta reacción, no hay incentivo alguno para que los usuarios reclamen. Con el objeto de potenciar el reclamo por parte del usuario es necesario establecer mecanismos que permitan una respuesta ágil y oportuna de suerte que las Q y R puedan constituirse en mecanismo de empoderamiento de los usuarios frente a los agentes del SGSSS. En este sentido se hace necesario crear al interior de los agentes del SGSSS una política de reclamaciones, una estructura operativa que analice y trate las reclamaciones, procedimientos para su manejo y la capacidad resolutive necesaria para fortalecer esta herramienta.

El fortalecimiento de los procesos involucrados en el manejo de las QR y Peticiones tiene como principal objetivo resolver de manera oportuna y eficiente las reclamaciones de los usuarios a nivel local, generar una cultura organizacional y ciudadana de utilización del mecanismo de quejas y reclamos en el SGSSS con el fin de ejercer IVC sobre el comportamiento de los agentes frente a los derechos de los usuarios en este caso. En este orden de ideas el modelo planteado contempla:

Agilizar el manejo y solución de la quejas presentadas a nivel local mediante la descentralización de los procesos y responsables de los mismos

Utilizar la queja como mecanismo de auto control en la relación contractual asegurador prestador

Reducir la acumulación de reclamaciones presentadas ante la SNS.

7.1.52

DEBILIDAD ES DETECTADAS

De acuerdo con los resultados del el trabajo de campo realizado por la Unión Temporal y los resultados del proyecto de garantía de la calidad desarrollado por el Centro de Gestión Hospitalaria, los principales problemas que presentan los mecanismos de quejas y reclamos en las instituciones del SGSSS están relacionados con: i) la falta de credibilidad de los usuarios en la capacidad de respuesta de los agentes; ii) la percepción de las instituciones de que los sistemas de quejas y reclamos no son una oportunidad para mejorar la calidad de los servicios sino que por el contrario implican una carga de trabajo adicional de obligatorio cumplimiento establecido en la norma; iii) los conflictos de interés en los casos en las quejas que implican una sanción para la institución; y, iv) la poca capacidad de disuasión que tiene los agentes de control local para hacer cumplir las normas frente a las fallas detectadas a través de las quejas.

La situación actual es atribuible a diferentes factores:

Los sistemas de las instituciones (vigilados) para el manejo de quejas y reclamos son dispersos y poco articulados formalmente con las instancias de control

local. No hay recurso humano ni espacio físico dedicado a la recepción y manejo de las quejas y reclamos, en especial en las entidades del sector salud público. Los canales de recepción de quejas y reclamos son deficientes y no permitan una respuesta ágil de parte de las instituciones a las reclamaciones de los usuarios

Se verifica un escaso poder disuasivo frente a los agentes por parte de los entes de control local debido principalmente la falta de poder sancionatorio y la escasa presencia de la SNS debido a su baja capacidad de respuesta. Además, no existen registros centralizados que permitan vigilar la solución y manejo de las quejas y reclamos ni seguimiento o monitoreo respecto a los vigilados. Las instancias de control local no cuentan con información consolidada de las quejas y reclamos que les permita conocer el comportamiento de los agentes frente a los derechos de los usuarios.

No existe un mecanismo que permita calificar la gravedad de las reclamaciones. Los fallos del sistema con relación a la calidad y oportunidad de los servicios no han sido tipificados homogéneamente por los agentes; el manejo de las quejas no recibe tratamiento unificado o con criterios claros de aplicación y por lo tanto no es suficientemente transparente.

Existen conflictos de interés para la solución de reclamaciones en especial en los casos en los que

existe integración vertical del aseguramiento y la prestación de servicios y en la contratación de y autorización de servicios de vinculados.

Bajo número de quejas escritas presentadas por los usuarios no afiliados al sistema y los subsidiados por temor a perder sus derechos y poca credibilidad en las agencias de control especialmente en la SNS.

El manejo de las quejas en el caso de las instituciones públicas se limita al cumplimiento de la norma y no tiene retroalimentación por parte de la SNS.

La SNS carece de recursos informáticos y financieros que le permitan verificar el establecimiento de correctivos oportunos en el universo de instituciones vigiladas frente a las fallas detectadas en las reclamaciones de los usuarios.

No hay incentivos para la interposición de quejas por parte de los usuarios, pues la alternativa de interponer una tutela resulta más eficaz para el usuario debido a la demora en las respuestas. Los actores que participan en el SGSSS han obtenido mejores resultados ante la posibilidad de acudir a mecanismos legales alternativos y judiciales para la solución de conflictos, como la interposición de tutelas fenómeno que se ha tornado más frecuente ante la dificultad de acceso, baja credibilidad y falta de operatividad de los mecanismos de reclamación

La ausencia o débil credibilidad en los procesos y en las instancias cercanas a las personas (IPS, EPS, entre

otros), en los cuales sería de esperarse que se resolvieran los problemas encontrados, congestionando a la Superintendencia como recurso de última instancia para solucionar problemas. Adicionalmente existe una generalizada práctica, derivada del mismo fenómeno, de presentar de quejas y reclamos en diferentes instancias públicas en forma simultánea, ampliando la exigibilidad de procesos internos para la SNS, pues las mismas quejas son presentadas a la Presidencia de la República, al Ministerio de Salud, a la Procuraduría General de la Nación, a la Contraloría General de la República, a la Defensoría del Pueblo, al Congreso de la República, etc., de donde se hace remisión al la Superintendencia.

No existen controles sobre los canales de recepción de quejas y reclamos ni tampoco acerca de cómo son atendidas esas manifestaciones de los usuarios. El 96,2% de las decisiones en firme de la Superintendencia en relación con las quejas no tuvo ningún tipo de seguimiento”.

La consolidación de procesos informales que ayudan a la solución de las reclamaciones han permitido la descongestión de las mismas, sin embargo, dependen de la voluntad de los funcionarios de las instituciones implicadas en las reclamaciones.

El conjunto de debilidades planteadas conduce a señalar que no existen mecanismos ágiles y eficientes que permitan que las quejas y reclamos, sirvan a los

usuarios como una herramienta que le permita manifestar su insatisfacción con el sistema y coadyuvar con la manifestación de su insatisfacción al mejoramiento continuo de las instituciones.

7.1.53

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De capacidad sancionatoria

De imposición de sanciones

De sistema de información

De asimetrías de información

7.1.54

PROPUESTA A DE SOLUCION

7.1.54.1 Control

El Esquema de

Las quejas y reclamos, son en muchos casos, el único medio a través del cual el usuario del Sistema alcanza a expresar su insatisfacción frente a la deficiencias del mismo. Una buena gestión de las quejas, neutraliza o minimiza la posibilidad de que los usuarios recurran a otras herramientas para ser escuchados (como pueden ser las tutelas o a informar su inquietud a través de medios masivos de comunicación). Adicionalmente las quejas sirven como herramienta de auto control al interior de las instituciones y de auto regulación en la relación asegurador prestador.

A pesar de su importancia, las quejas y reclamos han sido un medio limitado y subutilizado ante el cual la respuesta institucional resulta insuficiente. Los estudios realizados en la SNS en este campo, muestran una gestión deficiente de las quejas y capturas de interés en distintos niveles para su efectiva solución tanto en las instituciones como en las agencias de control local.

De acuerdo con lo expuesto, la descentralización del control en las entidades territoriales tanto del orden Departamental como municipal y el fortalecimiento de la autorregulación y el auto control son las principales herramientas para convertir las quejas y reclamos en la principal herramienta de IVC de los usuarios frente a sus derechos.

El modelo para el manejo de quejas y reclamos contempla tres instancias de IVC que permitirán la descentralización de funciones de la SNS en las DDS y
DLS.

La Primera es la SNS en la cual se concentran todas las acciones de IVC sobre el comportamiento de los agentes a través de la verificación de indicadores en los cuales se reflejarán las malas prácticas de los agentes en relación con los derechos y atributos de los servicios ofrecidos a los usuarios que le permitan establecer los correctivos necesarios para el mejoramiento de los servicios y funcionamiento del
SGSSS.

La segunda instancia propuesta es la de *Monitoreo y control Territorial* que estará en cabeza de las DDS.

Con el fin de romper los conflictos de interés que puedan presentarse en la prestación a propósito de la organización de redes Departamentales de Servicios de Salud organizados y administrados por estos agentes según lo estipulado en la Ley 715, en esta instancia se concentrarán las acciones de Monitoreo y control del manejo de las quejas y reclamos en los municipios de su jurisdicción y del comportamiento de los aseguradores con los usuarios en relación con la carnetización, asignación de citas, autorización de servicios, actualización del sistema de información y otras prácticas que impliquen la violación de derechos de los usuarios. En el caso de los vinculados, dado que se presentan con frecuencia problemas en la autorización de servicios por restricciones de carácter presupuestal el proceso será controlado por las DDS bajo la supervisión y control de la SNS mediante la presentación de informes mensuales e inspecciones aleatorias. El resultado de estas actuaciones expresado en indicadores será reportado a la SNS para la toma de decisiones y divulgación.

La Tercera instancia es la de *Control Local* que está en cabeza de las DLS, quienes y serán las encargadas de vigilar y controlar las prácticas relacionados con el manejo de las quejas y reclamos en las instituciones de salud de su municipio, consolidar los indicadores reportados por los agentes y verificar las respuestas dadas a los usuarios. Esta instancia de control deberá

reportar a las Direcciones Departamentales el comportamiento de los agentes en sus municipios igualmente expresados en indicadores consolidados.

Como herramienta de control las DLS recibirán una copia de las reclamaciones de los usuarios que no han sido resueltas satisfactoriamente para verificar los procedimientos adelantados. Estas dos últimas instancias deben estar dotadas de herramientas disuasivas frente a los agentes, como capacidad sancionatoria, que le permita al modelo tener un mayor impacto.

De igual se forma deben fortalecerse el autocontrol y la autorregulación. El autocontrol es una herramienta de carácter interno de los agentes; por tanto debe estar en cabeza de los auditores o jefes de control interno y tendrá como fin verificar el correcto funcionamiento de los mecanismos de quejas y reclamos y el cumplimiento de la normatividad expedida en la materia a nivel institucional. Además deberá adelantar las acciones e investigaciones disciplinarias cuando las reclamaciones recibidas lo ameriten. De otra parte deberá vigilar el cumplimiento de los convenios de mejoramiento firmados con la SNS o las DLS cuando estas lo consideren necesario. Así como el cumplimiento de los correctivos propuestos con el fin de evitar sanciones y propender por el mejoramiento continuo de las instituciones.

La autorregulación, por su parte, debe permitir a los agentes aseguradores seleccionar a sus prestadores de acuerdo con los resultados reportados sobre el comportamiento con los usuarios en su relación contractual.

7.1.54.2
prestadores y aseguradores

El papel de los

Es ante los prestadores que los usuarios desconocedores de sus derechos tienden a presentar sus quejas y reclamos. En la medida en que el afectado con este procedimiento es el mismo prestador, él tendrá poco interés en permitir que tal intervención sea conocida por terceros, sino que tenderá a conservarla para sí y mantenerla en el anonimato.

Dejar que los prestadores, de manera espontánea, se conviertan en los actores idóneos para dar respuesta a las solicitudes de los usuarios es inocente e iluso. Por ello, en este campo es preciso verificar que ellos informen a los usuarios, a través de medios adecuados, que la presentación de quejas se debe realizar ante las aseguradoras o depositarlas en urnas que los aseguradores han instalado en cada uno de los prestadores que conforman su red para tal efecto.

Tanto las propias aseguradoras, como las agencias de control, deben asegurar que el flujo de la documentación se realice de manera apropiada.

El esquema se cierra con el análisis periódico de las quejas y reclamos, el cual se debe llevar en dos niveles: por parte de las aseguradoras para medir el grado de atención que los prestadores de servicios están prestando a sus afiliados; dado que esta es una tarea de autorregulación y autocontrol, los informes respectivos, además de la propia administración, deben ser conocidos por la Superintendencia Nacional de Salud, junto con las acciones tomadas frente a aquellos prestadores que presentan un mayor nivel de quejas.

En segundo término, la Superintendencia Nacional de Salud debe realizar una evaluación periódica de las diferentes quejas y de los análisis propios de los aseguradores a fin de determinar los niveles y tipos de quejas que se presentan en el sistema y preparar una estrategia para que estas circunstancias sean mejoradas en un plan de acción futuro bien sea desde la propia regulación o a partir de las actuaciones de los agentes que participan en el sistema.

De manera general, a nivel institucional la propuesta consiste en que todos los agentes tienen que disponer de un mecanismo de manejo de quejas que asegure que se da aviso de recibo de la queja en un lapso menor de 5 días después de ser recibido y que se informa al consumidor respecto a cualquier mecanismo interno y externo relevante para el manejo de quejas. Dentro de los 10 días después de haber dado por recibida la queja el proveedor debe

decidir si la acepta o si la considera injustificada. En tal sentido debe dar respuesta al usuario de inmediato.

En esta dirección la solución propuesta está orientada a generar herramientas que permitan a las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud contar con capacidad disuasiva frente a los agentes. El principio esencial es que los canales desarrollados conduzcan a los usuarios a depositar las quejas en las aseguradoras y prestadores y que los mecanismos de control realicen la debida vigilancia sobre la atención que éstas otorgan a las mismas y, sobretodo, a la oportunidad de las respuestas.

En el caso en que la formulación de quejas sea directamente contra el asegurador, se ha previsto que la acción conjunta de las direcciones locales de salud (municipales y departamentales) con la Superintendencia Nacional de Salud, definan, en la medida de sus alcances la forma como ha de ser resuelta la solicitud, quedando siempre como instancia la interposición de tutelas para hacer valer derechos sobre los cuales la legislación propia del sector de la salud no ofrece los argumentos necesarios para resolver la situación.

7.1.55

INSTRUMENTOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Información Oportuna y Apropiada

Como ha sido señalado en los capítulos anteriores, el modelo propuesto prevé que los usuarios encuentren una información apropiada acerca de sus deberes y derechos con respecto al sistema de salud, los cuales se concretan en la exigencia a los aseguradores de entregar de manera claramente legible y comprensible (“sin letra menuda”) a los afiliados una documentación sencilla que les ilustre a este respecto y les indique cómo y a quién deben dirigirse en caso de que encuentren que esos derechos han sido vulnerados en la prestación de los servicios. Por supuesto, según lo antes planteado, son los aseguradores, en su condición de representantes de los usuarios, los que deben apersonarse de la solución de las circunstancias de incumplimiento de los derechos; otra cosa es el establecimiento de los canales apropiados para conducir esas manifestaciones ciudadanas a los aseguradores, los cuales se cristalizan en las direcciones locales y departamentales de salud.

Formatos de Captura

La SNS suministrará formatos de captura para las quejas y reclamos de los usuarios a todas las entidades del sector salud en las que se recepciones reclamaciones. sin embargo si las instituciones cuentan con mecanismos desarrollados para el manejo de las reclamaciones, podrán ser utilizados siempre y cuando cuentan con la información señalada en los formatos diseñados para tal fin. Con el fin de facilitar

la estandarización de información para la elaboración de indicadores nacionales.

En el caso de la Defensoría del Pueblo dado que estas instituciones cuentan con sistemas de información institucionales que funciona en línea a nivel nacional la información será capturada en hojas de calculo o aplicativos suministrados por la SNS que permitan la consolidación y verificación de la siguiente información por parte de las agencias de control territorial

Aplicativos

La SNS suministrara a las instituciones aplicativos que permitirán la captura y procesamiento de la información derivada de las reclamaciones para su procesamiento con el fin de facilitar a las instituciones la elaboración de los indicadores que deben reportar a las agencias e control.

Número Unico de Quejas del Sector Salud

La SNS deberá suministrar las DDS y DLS números únicos de quejas para facilitar el control sobre el manejo de las reclamaciones y la consulta de los usuarios replicando el esquema adoptado por la DIAN en el control de la facturación

Convenio de Mejoramiento

Las DTS deberán suscribir convenios de mejoramiento con los agentes que presenten indicadores por debajo de la media nacional, estos convenios tendrán como

objeto supervisar la implementación de correctivos que permitan el mejoramiento de los procesos que presenten problemas en las instituciones. Dichos convenios deberán contemplar como mínimo los siguientes aspectos.

Identificación del problema

Areas implicadas y responsables institucionales

Tareas a desarrollar especificando cronogramas que sirvan como herramientas de verificación del cumplimiento de las acciones convenidas.

Metas para cumplimiento de dichas tareas.

El incumplimiento de estos convenios acarreará sanciones en las instituciones. Dichas sanciones deberán de impuestas por las DTS.

Sanciones

De acuerdo con la el impacto que las quejas Q, R y peticiones tengan sobre la vida del usuario, la frecuencia, demora en la solución de las quejas presentadas, la Superintendencia Nacional de Salud impondrán sanciones a los infractores, siguiendo la información suministrada por las DLS a las DDS y por éstas a la SNS..

Se consideran infracciones graves aquellas que pongan en riesgo la vida de los usuarios. Dichas sanciones pueden llegar hasta el cierre de la institución en el

caso de las IPS o la suspensión de operación en el territorio en el caso de los aseguradores.

Para el tratamiento de las DLS en su rol de asegurador dado que este será un régimen transitorio será la SNS quien interponga las sanciones a que haya lugar.

Transparencia y Divulgación

Para que el resultado de las acciones planteadas tengan impacto en la transparencia frente a los usuarios es necesario crear canales de comunicación amplios que le permitan conocer los resultados de la evaluación a partir de sus reclamaciones. En tal sentido se plantean diferentes mecanismos que se pueden ajustar a las condiciones de cada institución y que deben ser de obligatorio cumplimiento dependiendo de la capacidad resolutoria de cada una. Se plantean entonces los siguientes mecanismos:

Listados Públicos Sobre el Estado de las Quejas Reclamos y Peticiones

Publicación del resultado de gestión de las quejas debidamente codificadas y señalando el estado de resolución o el responsable de la solución en los diferentes agentes en listados que puedan ser consultados permanentemente por los usuarios.

Paginas WEB

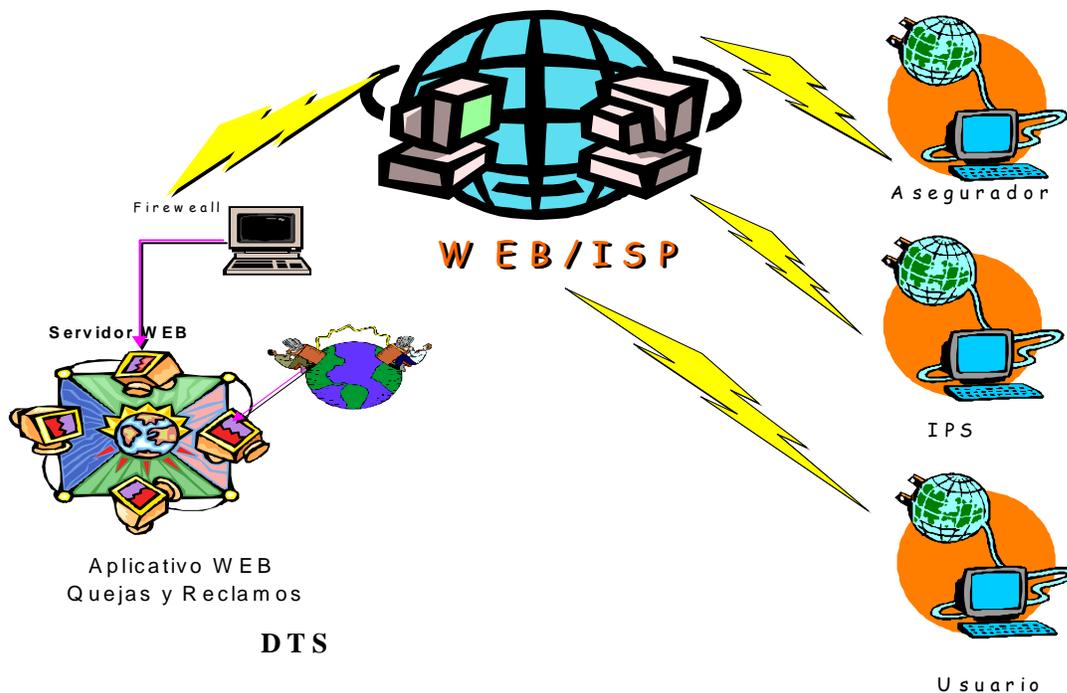
En los municipios en los cuales la comunidad tenga fácil acceso a internet los usuarios podrán consultar el estado de sus reclamaciones. En tal sentido, será de

obligatorio cumplimiento para agentes contar con una opción en la página que permita a los usuarios presentar reclamaciones y consultar su estado con el número único asignado en la SNS.

Así mismo la SNS deberá alimentar su página WEB con los datos reportados por las DDS mensualmente para facilita las consulta de los usuarios.

ILUSTRACIÓN 7-2

FUNCIONAMIENTO DE LAS PÁGINAS WEB CALL CENTER NACIONAL



Para el fortalecimiento del trámite de las quejas y reclamos puede resultar conveniente la operación de una línea 9800 mediante la contratación de un *“Centro de Atención nacional de quejas y reclamos del sector salud”* que se encargue de la recepción,

agrupación y direccionamiento de las QyR y peticiones vía telefónica. La operación de dicha línea podría ser financiada con una parte de los recursos generados por el cobro de las multas por sanciones impuestas. Transitoriamente se implementarán call centers Departamentales que cumplan esta función.

Calificación De los Agentes a Partir de las Quejas y Reclamos

Para que las actuaciones de los agentes frente los usuarios tengan un efecto positivo en el sistema es importante dotar a los usuarios de herramientas que les permitan la toma de decisiones informadas a cerca de la elección de aseguradores y prestadores. El resultado del comportamiento de los agentes con los usuarios con relación a las reclamaciones traducido en indicadores validado por la SNS deberá ser publicado en carteleras localizadas en la entrada de las IPS y los aseguradores. Estas carteleras deberán contar con las siguientes especificaciones como mínimo Altura 80 cm., Ancho 60cms, las letras deberán ser mínimo de 7 cm.

TABLA N 7.2

MECANISMOS DE TRANSPARENCIA Y DIVULGACIÓN

INSTITUCIONES MECANISMO	IP S	ASEGURA DORES	DT S	DL S	SNS
----------------------------	---------	------------------	---------	---------	-----

Carteleras Publicas		X		X	
Carteleras informativas sobre los Derechos y Deberes y mecanismos de presentación de reclamaciones	X	X	X	X	X
Listados públicos consolidando estado de las reclamaciones		x	X		
Paginas Web para la consulta y presentación de quejas				X	
Línea 9800 información al usuario sobre el proceso de presentación de reclamaciones				X	X
Línea 9800 para la recepción e información sobre el estado de solución de las reclamaciones		X	X	X	

7.1.56

**AGENTES
QUE PARTICIPAN EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

Usuarios.

Prestadores de Servicios
Aseguradores
Direcciones Locales de Salud
Direcciones Departamentales de Salud
Superintendencia nacional de Salud

7.1.57 ACTUACIONES DE LOS AGENTES Y PROCESOS EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

7.1.57.1 Usuarios del Sistema

Deben exponer de manera formal, clara y precisa sus reclamaciones ante las áreas responsables del manejo de Quejas y Reclamos en las entidades donde se origina la insatisfacción, IPS, EPS, ARS o DLS, esta última para el caso de los vinculados, mediante el formato diseñado para tal fin.

En caso de no recibir respuesta oportuna o presentarse insatisfacción en la respuesta obtenida a su requerimiento, los usuarios pueden acudir a las DLS en primera instancia con el fin de poner en conocimiento de las autoridades las fallas del proceso. Una vez agotada esta instancia, los Usuarios

pueden acudir a las DDS para manifestar de manera formal la insatisfacción por el manejo dado por parte de los otros agentes del reclamo presentado. La SNS no tendrá la función de recibir en primera instancia quejas, reclamos o sugerencias, pero debe contar con mecanismos de información que permitan al usuario conocer el estado de evolución de su denuncia.

Además del mecanismo de Q y R, los usuarios tienen el deber de diligenciar las encuestas de satisfacción del servicio recibido, las cuales de manera obligatoria debe ser entregadas por los prestadores de servicios a los aseguradores como herramienta de autocontrol y evaluación de la relación contractual asegurador - prestador.

Para minimizar los problemas asociados con la falta de información del usuario y la proliferación de quejas y reclamos sin fundamento, debe diseñarse una estrategia de difusión que permita el conocimiento e información de los usuarios acerca de sus Deberes y Derechos, así como de la instancia más efectiva para resolver sus peticiones (Asegurador o prestador de servicios). En el caso de los vinculados para la atención en el primer nivel el asegurador es la DLS y para la atención del segundo y tercer nivel es la DDS.

7.1.57.2
Supervisión y Control

Instancias de

7.1.57.3
a Nacional de Salud

Superintendenci

La SNS debe constituirse en el controlador de las instituciones de que hacen parte del Sistema de Salud para garantizar que estén dando una respuesta adecuada a los requerimientos de los usuarios. Esto permitiría redefinir las funciones de la Dirección y Protección al Usuario creada por el Decreto 452, siguiendo las orientaciones de la Intendencia de Control Social de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios cuyas funciones están dirigidas a generar procesos que contribuyan a estructurar el control y la vigilancia de los servicios públicos prestados por las empresas, a través de la defensa de los usuarios, la coadyuvancia en la aplicación del control social en y los principios de solidaridad y redistribución de ingresos.

En el caso de la SNS las acciones estarían orientadas a controlar que las DDS, las DLS los aseguradores y prestadores de Servicios de Salud resuelvan las solicitudes que les presentan los usuarios y como última instancia para dirimir conflictos. Esto significaría un cambio sustancial en las actuales funciones de la actual dirección frente a los usuarios.

En este nuevo modelo la SNS no sería una receptora directa de quejas y reclamos de los usuarios, sino que, desde la óptica de controlador de segundo piso, tendría su papel predominante en la verificación del funcionamiento de los sistemas de atención de quejas de los diferentes actores del sistema y de coordinación de las direcciones locales de salud para que ellas actúen en este frente, en donde se

encuentran más cerca de la ciudadanía. Así mismo, la Superintendencia podría ser un fallador de última instancia frente a conflictos que se origine en el aseguramiento y la prestación de servicios y que no hayan sido resueltos a nivel operativo o regional.

Para controlar a nivel local el flujo y manejo de las quejas la SNS deberá generar números únicos nacionales a las reclamaciones que serán solicitados semestralmente a las DDS y DLS para su utilización y distribución entre las instituciones que reciben y tramitan las reclamaciones para su posterior control y verificación. El mecanismo utilizado será similar al utilizado por la DIAN para la numeración de facturas.

El comportamiento de los agentes será monitoreado por la SNS a nivel nacional a través de indicadores que permitirán evaluar el desempeño de los agentes frente a los derechos de los usuarios y los atributos de los servicios que reciben en los hospitales públicos y privados, EPS y ARS que funcionan en cada departamento. La Información e indicadores de los agentes que operan y prestan servicios en los municipios serán reportados mensualmente por las Direcciones locales de Salud previa verificación en campo mediante inspecciones aleatorias de las Direcciones Departamentales Estas, a su turno, deberán consolidar la información de su jurisdicción y enviarla a la SNS..

Estos indicadores serán incluidos en los tableros de control que permitan identificar el comportamiento

de los agentes así como los demás indicadores desarrollados, su resultado será tenido en cuenta para la evaluación del desempeño de las instituciones.

El mal comportamiento de las instituciones será sancionado de acuerdo con lo estipulado en las normas que regulen este campo. Adicionalmente la SNS podrá sancionar a los entes territoriales que reporten información inexacta para favorecer alguna institución. La información de indicadores de todo el territorio Nacional será consolidada y publicada en medios masivos a la comunidad por la SNS con el fin apoyar el proceso de toma de decisiones de los usuarios y agentes generar herramientas que permitan el desarrollo de la libre elección.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá hacer verificaciones en campo y adelantar investigaciones sobre quejas graves no resueltas cuando lo estime necesario. Así mismo deberá generar mecanismos de información a los usuarios que les permitan conocer el estado de sus reclamaciones mediante páginas web y líneas 9800 que serán alimentadas mensualmente con la información reportada por los entes Departamentales..

De otro lado deberá supervisar el funcionamiento de las líneas 9800 y demás mecanismos de información a los usuarios en el orden Departamental.

Las siguientes son las tareas a desarrollar por la SNS:
Conformar indicadores nacionales, por tipo de agente.

Generar y suministrar a las entidades territoriales la numeración nacional de las quejas para controlar su flujo y reportes.

Evaluar los indicadores presentados por las DDS.

Mantener tableros de control para cada tipo de queja en cada función del sistema y totales por tipo de agentes y por tipo de queja.

Realizar investigaciones sobre quejas graves no resueltas

Supervisar el funcionamiento de las líneas 9800 a nivel Departamental.

Ser instancia de apelación de sanciones impuestas a nivel local.

Generar recomendaciones para ajustes a normas y políticas (sistema regulativo).

7.1.57.4

Instancia

Territorial del Monitoreo y Control Considerado

Direcciones Departamentales de Salud

Estas instituciones tendrán como tarea la consolidación, evaluación y seguimiento de indicadores en su jurisdicción, así como la coordinación de acciones orientadas a dar respuesta a los requerimientos de los usuarios en las instancias e instituciones municipales relacionadas con el sector de la salud. Serán de su competencia de sanción las malas prácticas denunciadas por los usuarios en el

aseguramiento principalmente con relación a fallos detectados en la autorización de servicios, la asignación de citas, actualización del Sistema de información, y la carnetización.

Así mismo, deberán monitorear la respuesta a las reclamaciones de los usuarios por parte de los prestadores y las Direcciones locales de salud mediante inspecciones aleatorias, contactando directamente los usuarios con la información consolidada reportada por las Direcciones Locales de salud para verificar la veracidad de los reportes.

Deberán generar mecanismos de información masiva que le permita a los usuarios quejosos conocer el estado de sus las reclamaciones. Para esto deberán disponer de carteleras informativas que le permitan a los usuarios conocer el procedimiento para el establecimiento de sus reclamaciones, en los cuales se indiquen: las instancias en donde deben interponerse dependiendo del tipo de queja o la institución implicada, los tiempos definidos para las respuestas, los responsables institucionales de las respuestas y las posibles sanciones en las que puedan incurrir las instituciones en los casos en que se presenten situaciones que vulneran o violan los derechos de los usuarios o los procedimientos establecidos para la respuesta de las reclamaciones. Así mismo estas carteleras deben señalar los deberes de los usuarios frente a los agentes del SGSSS. Deberán vigilar también el correcto funcionamiento

de las líneas 9800 en las instituciones del sector y deberá disponer de una propia cuyo correcto funcionamiento será supervisado por la SNS.

En síntesis las siguientes son la tareas a desarrollar por las DDS:

Verificar la existencia y operación de las oficinas de quejas y reclamos en las, DLS entidades aseguradoras e IPS de su jurisdicción.

Suministrar a los municipios la numeración única de quejas proveniente de la SNS.

Evaluación de indicadores reportados por los municipios de su jurisdicción

Establecimiento de sanciones relacionadas con el aseguramiento

Mensualmente cruzar la información de quejas presentadas y quejas resueltas de acuerdo con los reportes de las Secretarías Municipales. Para ello deben crear un sistema de información encargado de recibir cada una de las quejas y cruzarlas con los resultados obtenidos por la gestión del ente sobre el cual se ha generado la queja. Deben hacerse visitas periódicas de verificación de cumplimiento en IPS, EPS y ARS.

Realizar reuniones periódicas de evaluación con las EPS que tengan contratos la entidad territorial. Para la verificación de los planes y acciones se debe utilizar como insumo la información del consolidado

mensual de quejas de los municipios de evaluación de planes y acciones de mejoramiento implementados a partir de las quejas de los usuarios.

Consolidar información de las DLS de su jurisdicción y generar indicadores reportados por los municipios.

Vigilar el correcto funcionamiento de los buzones de sugerencias en las oficinas de los aseguradores y DLS de su jurisdicción

Reportar a la Superintendencia de Salud la información consolidada de su Departamento .

Inspecciones aleatorias sobre la información reportada por los municipios

Incluir dentro las obligaciones de las auditorías externas auditorías a las QR y Reclamaciones reportadas por éstas y los demás agentes.

Adelantar investigaciones sobre quejas graves no resueltas e informar la SNS sobre los hechos

Imponer sanciones sobre reclamaciones presentadas ante los aseguradores que operan en su jurisdicción.

Supervisar el funcionamiento de las líneas 9800 y demás mecanismos de información al usuario en las DLS.

Adelantar convenios de mejoramiento con la instituciones cuando lo considere necesario. El establecimiento de estos convenios y su desarrollo

deberá ser reportado ala SNS mediante informes bimensuales.

Direcciones Locales de Salud

De acuerdo con la norma las DLS tienen como función la "Gestionar y Supervisar el acceso a los servicios de salud para la población de su jurisdicción LEY 715 articulo 44.4.1.3

En este orden de ideas la DLS como organismo fiscalizador de la prestación de servicios de salud a nivel local (IPS), debe velar por el cumplimiento adecuado de las respuestas de los agentes (Aseguradores y prestadores en su jurisdicción) a las reclamaciones de los usuarios frente a la prestación de servicios de salud, para lo cual se deben implementar formalmente incentivos y mecanismos de sanción frente a moras en las respuestas y frecuencia de reclamaciones que se pueden tipificar de "graves" en una misma institución. Para este fin deben realizar inspecciones de monitoreo rutinario en forma aleatoria, de acuerdo con los resultados observados en los reportes mensuales de los agentes, según frecuencia y gravedad del incumplimiento, probablemente medido en términos del daño causado. Con esta información, la institución fiscalizadora puede focalizar adecuadamente sus esfuerzos de inspección. .

Para lo anterior se proponen las siguientes funciones

Consolidar información sobre reportes presentados por los diversos agentes en su jurisdicción

Adelantar convenios de mejoramiento con la instituciones cuando lo considere necesario. El establecimiento de estos convenios y su desarrollo deberá ser reportado ala SNS mediante informes bimensuales.

Generar indicadores con destino a la DDS.

Verificar consecutivos reportados de la IPS, DLS, EPS, ARS, utilizados a través de muestras aleatorias.

Realizar inspecciones aleatorias sobre los consolidados presentados por los agentes

Alertar a las autoridades con capacidad de sanción para que se proceda a realizar la investigación y establecer las sanciones que correspondan.

Vigilar el correcto funcionamiento de los buzones de sugerencias en las IPS

7.1.57.5

Auditorias de

quejas Reclamos y Peticiones (Alternativa)

En ausencia de capacidad operativa de las DDS en aquellos Departamentos en los que se contraten auditorías externas propuestas en el modelo de IVC, se propone incluir dentro de sus obligaciones una auditoría a las Q, R y Peticiones de los usuarios recibidas por los diferentes agentes. Dichas auditorías tendrán el mismo rol que las DDS.

7.1.57.6
Recepción y Solución

Instancias de

En el modelo propuesto son instancias de recepción y solución de las quejas y reclamos las instituciones responsables del aseguramiento y al Prestación de Servicios; dado que es en esta instancia en donde se establece su contacto directo con el usuario. Para minimizar los problemas asociados con la falta de información del usuario y la proliferación de quejas y reclamos sin fundamento, debe diseñarse una estrategia de difusión que permita el conocimiento e información de los usuarios acerca de sus Deberes y Derechos, así como de la instancia más efectiva para resolver sus peticiones (Asegurador o prestador de servicios).

Existen diferentes medios a través de los cuales pueden recibirse las reclamaciones de los usuarios:

1. **Verbal:** A través del acercamiento del usuario o acompañantes a las oficinas responsables del manejo de las Q, R y peticiones o
2. **Telefónica** a través de las líneas 9- 800 de obligatoriedad en las EPS y ARS.
3. **Escrita** Mediante la radicación de comunicaciones en las oficinas de manejo de quejas y reclamos, oficinas de

atención a usuario buzones de sugerencias y encuestas de satisfacción, recepción de correo electrónico o vía correo ordinario.

7.1.57.7

Tratamiento de

las Quejas no Pertinentes

Un numero importante de quejas presentadas por los usuarios, se derivan de la falta de información de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el SGSSS. Esta asimetrías de información congestiona el sistema de reclamaciones que pueden ser solucionadas de manera inmediata por quien recibe la reclamación con información apropiada, o mediante consultas rápidas con otras instancias de las instituciones implicadas. Estas quejas serán denominadas en adelante en este documento como quejas no pertinentes. Para el tratamiento de resta tipo de quejas se prevén los siguientes mecanismos:

Inmediato

En los casos en que la reclamación pueda ser resuelta en el sitio de recepción, se dará respuesta al usuario de manera inmediata, registrando el motivo de la reclamación. Si la reclamación implica el mejoramiento de alguno de los procesos de la institución deberá generarse un reporte al área implicada con el fin de establecer los correctivos necesarios. Igualmente deberá reportarse a las instancias de control como una queja no vital relacionado los datos del quejoso como herramienta para adelantar acciones de control aleatorio como

llamadas telefónicas a los usuarios para conocer su grado de satisfacción frente a la respuesta y otros que considere necesarios los organismos de control.

Participación de otras dependencias o instituciones

Cuando la queja presentada no puede ser resuelta de manera inmediata, se deberá recibir la reclamación clasificándola como no vital en los formatos e ingresando la información completa del quejoso. El tiempo de solución de estas quejas no podrá exceder los quince días señalados en la norma y debe darse respuesta al usuario máximo después de cinco días de haber recibido la reclamación informándole sobre el estado y responsable.

En este contexto se describen a continuación las acciones a desarrollar por las instancias de recepción y solución:

IPS

Los Prestadores de Servicios de Salud son la puerta de entrada de los usuarios al SGSSS, por tanto es allí en donde se presenta el mayor número de reclamaciones y es la primera instancia de solución. Sin embargo, dada la estructura del SGSSS, la IPS no puede resolver por sí sola un número importante de dichas reclamaciones que dependen de decisiones de los demás agentes (EPS/ARS y DLS).

Las IPS publicas y privadas, por lo tanto, deben tener la capacidad de solucionar las reclamaciones que sean de su competencia por los servicios prestados y debe remitir la Queja o reclamo que no sea de su competencia a la entidad idónea para resolverla; esto implica un proceso de remisión de Q y R. De manera general son de competencia de los prestadores las reclamaciones y peticiones relacionadas con la calidad y oportunidad en los servicios en las áreas administrativa y asistencial manteniendo oportunamente informando al asegurador sobre la satisfacción de los usuarios.

Para mantener un control adecuado sobre la efectiva solución de las reclamaciones de los usuarios las IPS deben enviar mensualmente un reporte consolidado, con cada una de las Q, R y peticiones recibidas en el mes, debidamente numeradas, a las entidades aseguradoras con las cuales tengan contratos (EPS, ARS y DLS, como 'asegurador' de los vinculados), con el fin de que éstas realicen inspecciones aleatorias sobre el estado de la reclamaciones presentadas. Este se constituye en un primer mecanismos de auto regulación.

7.1.57.8
(Eps/ Ars /DIs)

Aseguradores

Asegurador:

En el caso de los afiliados al SGSSS tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, son las EPS ARS los responsables de velar por la protección

de la salud, prevención, atención y curación de enfermedades, suministro de medicamentos y pago de incapacidades de sus afiliados. Por tal razón las reclamaciones de los afiliados usuarios de servicios de salud deben ser de conocimiento obligatorio de estos agentes para poder evaluar a las IPS sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de los servicios de salud, así como también; como herramienta obligatoria para la conformación de las Redes de Servicios. Igual función desempeñan las DLS con respecto a los vinculados

Como agente responsable de la calidad y oportunidad de los servicios prestados a los usuarios, el asegurador debe tener las siguientes funciones:

Recibir directamente las quejas de los usuarios y transcribirlas a los formatos establecidos

Alimentar una base de datos de las quejas recibidas con sus cualificadores, donde se reporten los tiempos de resolución y las soluciones

Transmitir mensualmente copia del archivo de las reclamaciones a la DLS

Recibir información detallada de quejas presentadas por sus afiliados de las IPS. .

Responder quejas de su competencia

Seguimiento de reclamaciones presentadas hasta su resolución

Utilizar la Información reportada como herramienta de evaluación de las IPS, para la renovación de contratos

Archivo de casos resueltos y reporte de consolidados

Al igual que las IPS, estas instituciones deben contar con las herramientas y mecanismos necesarios para resolver las denuncias de los usuarios frente a la calidad, oportunidad y accesibilidad de los servicios.

Así mismo, las EPS y ARS de manera obligatoria deben reportar a las DLS el consolidado mensual, debidamente numerado, con el estado de las reclamaciones presentados por parte de sus afiliados en cada jurisdicción territorial donde opere. Esto significa que en primera instancia el control de las Quejas y Reclamos debe operar a nivel municipal. Esto permite mantener un control no sólo sobre el asegurador como empresa de cobertura nacional, sino sobre sus servicios en cada uno de los municipios en que opere.

7.1.58 PROCESO DE MANEJO DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS

Para dar solución las reclamaciones de los usuarios se hace necesario desarrollar los siguientes pasos:

1. Definición de la ubicación física para la recepción

Toda las entidades tanto publicas como privadas del SGSSS deben contar con una área visible y debidamente señalizada para la recepción y trámite

de las quejas, reclamos y peticiones de los usuarios. Dicha área puede ser compartida con la oficina de atención al usuario o la Central de Atención e Información al Usuario, separando claramente sus objetivos y funciones.

2. Definición de las funciones del recurso humano para la Recepción y Trámite de Q y R

El área de información y orientación al cliente contará con asesores de servicio, quienes son responsables del desarrollo del procedimiento establecido y del seguimiento al trámite y tiempos de respuesta a la queja. Si el asesor de servicio evidencia retrasos o dificultades en el proceso debe dar aviso a la jefatura de atención al cliente y o a la coordinación del centro quien le dará el trámite correspondiente.

Las funciones del recurso humano responsable de la implementación, puesta en marcha y funcionamiento de las oficina de quejas y reclamos son las siguientes:

Coordinar el manejo de las Quejas Reclamos y peticiones de los usuarios, siendo responsable del proceso operativo del manejo de las Q y R. Su función está orientada a supervisar el engranaje de todos los componentes y agentes involucrados en el proceso garantizando la respuesta oportuna y eficiente a las reclamaciones y peticiones.

Recibir las reclamaciones y peticiones de los usuarios de manera verbal o escrita y capturar la Q o R en los Aplicativos diseñados para tal fin.

Evaluar preliminarmente y dirigir las reclamaciones y peticiones.

Hacer seguimiento al trámite y dar respuesta al usuario sobre las quejas presentadas reportando oportunamente a las entidades de vigilancia involucradas.

Archivo

El perfil que debe tener la persona encargada de la recepción de la atención de los usuarios depende del grado de complejidad de la institución.

3. Determinación de los recursos físicos necesarios

Para garantizar el correcto funcionamiento y desempeño de las oficinas o responsables del manejo de las Quejas Reclamos y peticiones de los usuarios deben contar con una línea 9-800 24 horas al día que permita oportunidad en la información recibida y suministrada a los usuarios; adicionalmente debe contar con un equipo de computo que permita la implementación del aplicativo desarrollado para la captura control y seguimiento de las Q y R.

4. Recepción de Las Quejas, Reclamos y Peticiones de los usuarios

En todos los casos el responsable de diligenciar los formatos debe capturar la información proporcionada por el quejoso y de ser necesario complementarla a través de un contacto posterior con el usuario insatisfecho. Una vez recibida la reclamación, se debe registrar su ingreso y proceder a llenar el formato de diligenciamiento en el cual se debe especificar como mínimo :

Fecha de recibo de la queja.

Codificación interna asignada para su registro y archivo.

Identificación de quien instaura el reclamo: Nombre y apellidos , edad, sexo, número de identificación, teléfono, dirección, segmento de mercado y empresa a la que pertenece, condición del afiliado (cotizante , beneficiario o cotizante beneficiario)

Descripción del motivo de la queja.

Quien la recibe

Clasificación de la queja por nivel

Evaluación por gravedad y complejidad

Calificación de la característica de los derechos vulnerados

Área de origen de la queja

Tiempo de respuesta asignado

De otro lado, la persona que recibe la queja debe evaluarla, clasificándola por niveles, basado en el tipo de solicitud y la capacidad de resolución:

Primer nivel: Son las peticiones que se producen por falta de información o coordinación en la prestación de los servicios, estas se resuelven de manera inmediata (Triviales).

Segundo nivel: Son las peticiones que requieren de la intervención coordinada entre las áreas prestación de servicios y el área de atención al cliente. Se deben resolver en un plazo de 24 a 48 horas.

Tercer nivel: Estas son las quejas formales que ameritan procesos de investigación . Se deben resolver en un plazo de máximo 5 a 10 días hábiles, teniendo en cuenta los procedimientos definidos , la complejidad y gravedad del hecho .

Los tiempos de respuesta de las quejas de segundo y tercer nivel deben ser determinados según su priorización de acuerdo a :

Complejidad: Cuando el procedimiento para la resolución requiere de mayor tiempo o involucra varias áreas.

Gravedad: Cuando está comprometida la integralidad del usuario o compromete legal o jurídicamente a la empresa.

5. Tiempos determinados para las respuestas

Los tiempos determinados para la resolución de la queja y la respuesta al cliente según la complejidad y la gravedad se establecen así:

Las quejas de alta complejidad y alta gravedad: resolución en 8 días y respuesta al usuario por escrito máximo en 10 días.

Las quejas de baja complejidad alta gravedad: resolución en 5 días y respuesta al usuario en 7 días como máximo.

Las quejas de alta complejidad y baja gravedad: resolución en 13 días y respuesta en 15 días

Las quejas de baja complejidad y baja gravedad: resolución en 8 días y respuesta en 10 días.

Si la respuesta de la reclamación no se logra en los tiempos definidos se debe comunicar al usuario sobre su estado y responsables.

En el caso de las quejas, reclamos y sugerencias recibidas en los buzones, se debe hacer contacto telefónico con el cliente en un lapso no mayor a 48 horas .

6. Clasificación de las quejas y reclamos

As mismo para el correcto direccionamiento de las Q, R y peticiones es necesario clasificarlas en cuatro grupos:

Relevancia: Se puede clasificar en vitales y no vitales. Siendo las primeras aquellas que ponen en riesgo la vida del paciente o la seguridad de la institución.

Frecuencia : se clasifican como frecuentes o no frecuentes, según si la causa de insatisfacción manifestada o el reporte es periódico o no. Las frecuentes requieren de un análisis adicional por el área de servicio al cliente , los órganos directivos de los agentes e instituciones responsables del IVC. Para ello el clasificador debe contar con un listado de quejas frecuentes.

Característica de la atención involucrada: Accesibilidad, oportunidad, integralidad, seguridad, racionalidad técnica, idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de los recursos, eficacia, eficiencia, continuidad, atención humanizada, información y consentimiento.

Agente que se presume vulneró el Derecho: En el caso de los afiliados al SGSSS los derechos de los usuarios pueden ser vulnerados por los aseguradores, el Estado (en el caso de los vinculados) y los prestadores cuando se trata de procedimientos o servicios no incluidos en el POS - S o POS.- C o usuarios no incluidos en ningún de los regímenes. Para lo cual en el momento de la clasificación es importante determinar el agente que vulneró los Derechos del Usuario.

7. Proceso afectado:

Proceso de prestación: Atención ambulatoria, atención hospitalaria, atención en unidad quirúrgica, servicios de apoyo diagnóstico, servicios de apoyo terapéutico, atención de urgencias) o proceso de apoyo administrativo (facturación y recaudo, gestión de cobro, asignación y cumplimiento de citas)

Proceso de aseguramiento: Pago de incapacidades o de licencias de maternidad, negación de servicios y actividades de promoción y prevención, negación de servicios POS-C POS-S, Vinculados, medicamentos.

8. Evaluación y Direccionamiento

Una vez clasificadas las reclamaciones se le debe dar traslado a las dependencias involucradas en la generación de la insatisfacción del usuario para que sean estos quienes, en el tiempo estipulado, den respuesta a los responsables del manejo de las quejas. Teniendo en cuenta que es en este paso donde el proceso depende de un tercero, deben asignarse los tiempos de respuesta al responsable de la resolución. Para lo anterior los tiempos se asignan de acuerdo a su relevancia.

9. Según el impacto que tengan sobre la salud y la vida del usuario.

Leves: Las quejas administrativas y/o asistenciales que no tienen efecto. Se producen por

falta de información o coordinación de los servicios; estas reclamaciones no son direccionadas o otra instancia, pues su resolución se hace de manera inmediata.

Moderadas. Tienen implicaciones en el aspecto clínico del usuario, pero no son urgentes ni críticas (aquellos que afectan la estructura y función de los sistemas y órganos).

Graves. Las que tienen un alto impacto sobre los aspectos clínicos. Con relación las quejas calificadas como "graves" resulta importante señalar que de las quejas clasificadas como graves generalmente se derivan a tutelas . Uno de los efectos esperados con la implementación de este componente es la disminución de tutelas que se presentan por conexas a la vida.

10. Por el impacto que tiene la queja en la gestión de la empresa:

Leves: No tienen impacto en la dinámica de la empresa. Su análisis, evaluación y solución están en el ámbito de la unidad funcional.

Moderadas: Aquellas que afectan el curso normal de la institución pero no tienen un impacto perdurable ni perjudican gravemente los recursos ni la gestión. Este tipo de faltas amerita investigación disciplinaria, y/o requieren del concurso de varias unidades funcionales para su solución.

Graves. Tienen efectos de hecho o potenciales graves sobre el funcionamiento general de la empresa. Estas quejas ameritan la intervención de la Gerencia en el análisis, evaluación y alternativas de solución.

Tipificación de las Quejas para su Análisis Posterior
causas generadoras de la quejas

Las quejas que se presentan pueden provenir del aseguramiento o la prestación de servicios:

Aseguramiento: Las quejas relacionadas con el aseguramiento de la población a los diferentes regímenes.

1. Aseguradores: con base en la clasificación propuesta por la Dirección de Entidades Promotoras de salud y entidades de prepago de la SNS, de acuerdo con la experiencia recogida en las comunicaciones de los usuarios se propone la siguiente clasificación por los regímenes Contributivo y Subsidiado

2. Administración de los recursos. Quejas en relación con los recursos disponibles del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Red de Servicios, recursos financieros, cumplimiento de los planes de beneficios.

3. Prestación de Servicios: Quejas relacionados con:
La prestación de los servicios de atención clínica, administrativa y social en salud.

4. **Recurso humano:** Ética, competencia, Idoneidad profesional, suficiencia del recurso.

5. **Procesos y procedimientos técnico administrativos y técnico-científicos:** información, suficiencia, disponibilidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y racionalidad técnico-científica.

6. **Infraestructura física.** Locación, servicios, ambiente, comodidad, presentación, aseo, etc.

7. **Dotación y suministros.** Calidad, suficiencia, oportunidad, racionalidad técnico-científico.

8. **Entrega de Medicamentos** Calidad, Suficiencia y oportunidad

Tipificación de acuerdo a los derechos de los usuarios en términos de los servicios

Los Derechos que son susceptibles de vulnerarse son:

Accesibilidad

Tipo de servicio a los que se aplica:

IPS consulta externa urgencias

Especialista

Examen de diagnóstico

Terapias

Hospitalización / cirugía

Resultados

no es afiliado activo

no está en el POS

no es urgencia y no está afiliado ni tiene SOAT, no es vinculado y no tiene capacidad de pago

no se justifica

negación de los servicios

Aseguramiento

Traslados EPS

Deficiencias
as Servicios

Traslado EPS

No
cobertura residencia

Libre Elección IPS

No
permite elección IPS

Oportunidad

Citas y atención oportunas

Prestación de servicios de salud en el tiempo
adecuado

Demoras excesivas frente a la necesidad de salud.

Urgencias

Tipo de servicio a los que se aplica:

Urgencias

Especialista

Examen de diagnóstico

Terapias

Hospitalización / cirugía

Aseguramiento

Entrega de carnets

Actualización del sistema de información

No autorización de servicios o medicamentos

Atención humanizada - buen trato

Agresión física o verbal

Trato de malas maneras

Discriminación en razón a edad, sexo, raza, enfermedades (SIDA, cáncer) u otra condición.

Disponibilidad y suficiencia de los recursos

Recursos que originan esta queja

Medicamentos

Material médico - quirúrgico

Equipo de diagnóstico o tratamiento.

Información y consentimiento

Derecho a ser informado sobre el diagnóstico, las alternativas de tratamiento posible, el tratamiento recomendado; y el derecho al consentimiento con dicho tratamiento.

Seguridad

Prestación de servicios en condiciones seguras para el paciente en términos de seriedad, asepsia, condiciones de la instalación, etc.

Racionalidad Técnica

No concordancia sobre la situación de salud, el diagnóstico y/o tratamiento.

Idoneidad y Competencia Profesional

Problema de racionalidad, técnica cuando se identifica al profesional, dependencia o una responsable.

Integralidad

Prestación de servicios integral, con todos los procedimientos necesarios para la recepción de la recuperación de la salud. implica dos o más violencias de los derechos.

En IPS

No atención integral del SOAT

Cobertura POS C Y POS S

Intervenciones y procedimientos cubiertos por el POS

Aplicación periodos de carencia

Preexistencia

10. Seguridad

Prestación de servicios en condiciones seguras para el paciente en términos de seriedad, asepsia, condiciones de la instalación, etc.

11. Racionalidad Técnica

No concordancia sobre la situación de salud, el diagnóstico y/o tratamiento.

12. Idoneidad y competencia profesional

Problema de racionalidad, técnica cuando se identifica al profesional, dependencia o un responsable.

13. Integralidad

Prestación de servicios integral, con todos los procedimientos necesarios para la recepción de la recuperación de la salud. implica dos o más violencias de los derechos.

14. Indicadores

El principal objetivo de un sistema de recepción, trámite y solución de QyR en el contexto de la IVC el

de identificar las causas que motivan la insatisfacción de las personas que utilizan los servicios ofrecidos por los aseguradores y prestadores de servicios del SGSSS, para que mediante su análisis se determinen elementos que orienten la toma de decisiones para mejorar la calidad de los servicios de salud, evitar y prevenir eventos que sean motivo de queja y lograr la satisfacción de los usuarios.

Para que la información recabada pueda ser utilizada eficientemente es necesario contar con indicadores que permitan monitorear por parte de las instancias de control de variables críticas tanto a nivel nacional como a nivel local del comportamiento de los agentes frente a las quejas y reclamos de los usuarios. En la caso de las quejas y reclamos se plantea la evaluación de las agentes frente a sus comportamiento en relación con los derechos de los usuarios definidos en la ley 100 de 1993.

7.1.59

**INDICADO
RES DE GESTIÓN DE Q Y R**

Objetivo de los indicadores

Evaluar a las instituciones sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de los servicios de salud.

Determinar la frecuencia con que se presentan cada una de los tipos de quejas estableciendo cuales son repetitivas y periódicas de suerte que puedan

establecerse los correctivos necesarios en los organismos de Dirección y control.

Determinar medidas correctivas que faciliten el control de los eventos que producen insatisfacción en los usuarios y fallos en el sistema.

Se plantean entonces los siguientes indicadores para el monitoreo, seguimiento y establecimiento de sanciones a los agente:

Los totales e indicadores porcentuales deberán ser evaluados por los controladores en una fase inicial sobre la base de los promedios nacionales reportados por los agentes en los diferentes departamentos. la SNS fijara metas de mejoramiento semestrales hasta alcanzar los niveles óptimos a partir de los mejores indicadores reportados por los agentes. el establecimiento y dosificación de sanciones será discrecional de la SNS.

en cada caso se deberán reportar los totales de quejas presentadas y resueltas para no alterar el análisis posterior.

Indicadores Macro

EFICIENCIA

TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS

TOTAL DE QUEJAS RESUELTAS

TOTAL DE QUEJAS PENDIENTES

TOTAL DE QUEJAS PERTINENTES

Eficiencia de las respuestas

(# de quejas resueltas en un periodo menor a quince a días / # de quejas presentadas) (%)

(# de quejas resueltas en un periodo mayor quince a días / # de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pendientes/ # de quejas presentadas)
(%)

(# total de quejas respondidas antes de 5 días / # total de quejas presentadas)

ASIMETRÍAS DE INFORMACIÓN

Total de quejas pertinentes

(# de quejas pertinentes/# de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pertinentes resueltas/# quejas pertinentes)
(%)

TIEMPO DE LAS RESPUESTAS

TOTAL DE QUEJAS RESUELTAS

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ QUEJAS PRESENTADAS) (%)

Aseguradores

LOS INDICADORES SEÑALADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER REPORTADOS POR LOS ASEGURADORES DE MANERA

CONSOLIDADA A LAS AGENCIAS DE CONTROL PREVISTAS.

Numero total de quejas en aseguradores

Numero total de quejas por cada una de las variables
señaladas a continuación

Numero total de quejas por cada una de las variables
señaladas a continuación desagregado por asegurador

Numero total de quejas desagregado por asegurador

EFICIENCIA DE LAS RESPUESTAS DE LOS ASEGURADORES A LOS USUARIOS

NUMERO TOTAL DE QUEJAS RESUELTAS

**(# DE QUEJAS RESULTAS POR ASEGURADORES / TOTAL
DE QUEJAS PRESENTADAS EN LOS ASEGURADORES) (%)**

ASIMETRÍAS DE INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS Y DEBERES ENTRE LOS ASEGURADORES Y LOS USUARIOS

**(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN
ASEGURADORES/# TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS)
(%)**

**(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS/# QUEJAS
PERTINENTES) (%)**

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS POS

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

(# DE QUEJAS POR NEGACIÓN DE SERVICIOS POS /
TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN ASEGURADORAS)
(%)

(# DE QUEJAS POR NEGACIÓN DE SERVICIOS RESUELTAS
/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR
NEGACIÓN DE SERVICIOS/ # TOTAL DE QUEJAS
PRESENTADAS POR NEGACIÓN DE SERVICIOS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS/# TOTAL DE
QUEJAS PERTINENTES) (%)

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA

IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE SUBSIDIOS

(# DE QUEJAS POR NO INCLUSIÓN EN EL SISBEN /
TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN ASEGURADORAS)
(%) (# DE QUEJAS POR NO INCLUSIÓN EN EL SISBEN
RESUELTAS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR NO
INCLUSIÓN EN EL SISBEN / # TOTAL DE QUEJAS
PRESENTADAS POR NO INCLUSIÓN EN EL SISBEN) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS NO INCLUSIÓN
EN EL SISBEN /# TOTAL DE QUEJAS PERTINENTES) (%)

MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS Y AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS

**(# DE QUEJAS POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN ASEGURADORAS)
(%)**

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS) (%)

(# DE QUEJAS PENDIENTES POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS / # DE QUEJAS PRESENTADAS POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS) (%)

MORA EN LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

(# DE QUEJAS POR MORA EN LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN ASEGURADORAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR MORA EN LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR MORA EN LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR MORA EN LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS) (%)

(# DE QUEJAS PENDIENTES POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS / # DE QUEJAS PRESENTADAS POR MORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS) (%)

COBERTURA INSUFICIENTE EN TRATAMIENTO INTEGRAL POR SERVICIOS NO POS

(# DE QUEJAS POR MORA EN LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN ASEGURADORAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR COBERTURA INSUFICIENTE / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR COBERTURA INSUFICIENTE) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR COBERTURA INSUFICIENTE) (%)

(# DE QUEJAS PENDIENTES POR COBERTURA INSUFICIENTE / # DE QUEJAS PRESENTADAS POR COBERTURA INSUFICIENTE) (%)

CARNETIZACIÓN

Mora en la entrega y actualización de carnets.

(# DE QUEJAS POR CARNETIZACIÓN / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN ASEGURADORAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR CARNETIZACIÓN / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS CARNETIZACIÓN) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR CARNETIZACIÓN) (%)

(# DE QUEJAS PENDIENTES POR CARNETIZACIÓN / # DE QUEJAS PRESENTADAS POR CARNETIZACIÓN) (%)

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

(# de quejas por no actualización del sistema de información / total de quejas presentadas en aseguradoras) (%)

(# de quejas por no actualización del sistema de información resueltas / total de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pertinentes presentadas en por no actualización del sistema de información / # total de quejas presentadas por no actualización del sistema de información) (%)

(# de quejas pertinentes resueltas no actualización del sistema de información / # total de quejas pertinentes) (%)

(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de quejas presentadas por no actualización del sistema de información) (%)

Prestadores

EN EL CASO DE LOS PRESTADORES DEBE ESPECIFICARSE EN EL FORMATO EL SERVICIO DONDE SE ORIGINO LA QUEJA DENTRO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS:

Urgencias

Hospitalización

Cirugía

Consulta externa

Ayudas diagnósticas

ACCESIBILIDAD

(# DE QUEJAS POR ACCESIBILIDAD / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN PRESTADORES) (%)

(# DE QUEJAS POR ACCESIBILIDAD RESUELTAS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR ACCESIBILIDAD / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR ACCESIBILIDAD) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS POR ACCESIBILIDAD / # TOTAL DE QUEJAS PERTINENTES) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR ACCESIBILIDAD) (%)

OPORTUNIDAD

(# DE QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN PRESTADORES) (%)

(# DE QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN RESUELTAS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN /# TOTAL DE QUEJAS PERTINENTES) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN) (%)

ATENCIÓN HUMANIZADA

(# DE QUEJAS POR MALTRATO EN EL ÁREA MEDICA / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN PRESTADORES) (%)

(# DE QUEJAS POR MALTRATO EN EL ÁREA MEDICA RESUELTAS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR MALTRATO EN EL ÁREA MEDICA / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR MALTRATO EN EL ÁREA MEDICA) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN /# TOTAL DE QUEJAS PERTINENTES) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR MALTRATO EN EL ÁREA MEDICA) (%)

Disponibilidad y Suficiencia de Recursos

EQUIPO DE TECNOLOGÍA BIO MEDICA OFRECIDA EN PORTAFOLIOS

(# DE QUEJAS POR DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO DE TECNOLOGÍA BIO MÉDICA OFRECIDA EN PORTAFOLIOS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN PRESTADORES) (%)

(# DE QUEJAS POR DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO DE TECNOLOGÍA BIO MÉDICA OFRECIDA EN PORTAFOLIOS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO DE TECNOLOGÍA BIO MÉDICA OFRECIDA EN PORTAFOLIOS / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO DE TECNOLOGÍA BIO MÉDICA OFRECIDA EN PORTAFOLIOS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS POR DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO DE TECNOLOGÍA BIO MÉDICA OFRECIDA EN PORTAFOLIOS /# TOTAL DE QUEJAS PERTINENTES) (%)

(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO DE TECNOLOGÍA BIO MÉDICA OFRECIDA EN PORTAFOLIOS) (%)

Disponibilidad y Suficiencia de Medicamentos

(# DE QUEJAS POR DISPONIBILIDAD Y SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS POS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS EN PRESTADORES) (%)

(# DE QUEJAS POR DISPONIBILIDAD Y SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS POS / TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS) (%)

(# DE QUEJAS PERTINENTES PRESENTADAS EN POR DISPONIBILIDAD SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS POS / # TOTAL DE QUEJAS PRESENTADAS POR

**DISPONIBILIDAD SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS POS
OFRECIDA EN PORTAFOLIOS) (%)**

**(# DE QUEJAS PERTINENTES RESUELTAS POR
DISPONIBILIDAD SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS POS /#
TOTAL DE QUEJAS PERTINENTES) (%)**

**(# DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS/ TOTAL DE
QUEJAS PRESENTADAS POR DISPONIBILIDAD
SUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS POS) (%)**

Disponibilidad y Suficiencia de Insumos

**(# de quejas por disponibilidad y suficiencia de
insumos pos / total de quejas presentadas en
prestadores) (%)**

**(# de quejas por disponibilidad y suficiencia de
insumos pos / total de quejas presentadas) (%)**

**(# de quejas pertinentes presentadas en por
disponibilidad y suficiencia de insumos pos / # total
de quejas presentadas por y suficiencia de insumos
pos) (%)**

**(# de quejas pertinentes resueltas por disponibilidad
suficiencia de medicamentos pos /# total de quejas
pertinentes) (%)**

**(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de
quejas presentadas por y suficiencia de insumos pos)
(%)**

Información y Consentimiento

(# de quejas por falta de información y consentimiento / total de quejas presentadas en prestadores) (%)

(# de quejas falta de información y consentimiento / total de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pertinentes presentadas por falta de información y consentimiento / # total de quejas presentadas por y suficiencia de insumos pos) (%)

(# de quejas pertinentes resueltas por falta de información y consentimiento / # total de quejas pertinentes) (%)

(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de quejas presentadas por falta de información y consentimiento) (%)

Seguridad

(# de quejas por condiciones de seguridad / total de quejas presentadas en prestadores) (%)

(# de quejas por condiciones de seguridad / total de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pertinentes presentadas por condiciones de seguridad / # total de quejas presentadas por condiciones de seguridad) (%)

(# de quejas pertinentes resueltas por condiciones de seguridad / # total de quejas pertinentes) (%)

(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de quejas presentadas por falta de por condiciones de seguridad) (%)

Racionalidad Técnica

Problema de racionalidad, técnica cuando se identifica al profesional, dependencia o una responsable.

(# de quejas por racionalidad técnica / total de quejas presentadas en prestadores) (%)

(# de quejas por racionalidad técnica / total de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pertinentes presentadas por racionalidad técnica / # total de quejas presentadas por racionalidad técnica) (%)

(# de quejas pertinentes resueltas por racionalidad técnica /# total de quejas pertinentes) (%)

(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de quejas presentadas por falta de por racionalidad técnica) (%)

Idoneidad y Competencia Profesional

(# de quejas por idoneidad y competencia profesional / total de quejas presentadas en prestadores) (%)

(# de quejas por idoneidad y competencia profesional / total de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pertinentes presentadas por idoneidad y competencia profesional / # total de quejas presentadas por idoneidad y competencia profesional)
(%)

(# de quejas pertinentes resueltas por idoneidad y competencia profesional / # total de quejas pertinentes)
(%)

(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de quejas presentadas por idoneidad y competencia profesional)
(%)

Integralidad

INTEGRALIDAD EN TRATAMIENTOS

(# de quejas por no integralidad en los tratamientos / total de quejas presentadas en prestadores)
(%)

(# de quejas por no integralidad en los tratamientos / total de quejas presentadas)
(%)

(# de quejas pertinentes presentadas por no integralidad en los tratamientos / # total de quejas presentadas por no integralidad en los tratamientos)
(%)

(# de quejas pertinentes resueltas por no integralidad en los tratamientos / # total de quejas pertinentes)
(%)

(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de quejas presentadas por no integralidad en los tratamientos)
(%)

Integralidad en Atención

Integralidad en la Atención

(# de quejas por no integralidad en la atención / total de quejas presentadas en prestadores) (%)

(# de quejas por no integralidad en los tratamientos / total de quejas presentadas) (%)

(# de quejas pertinentes presentadas por no integralidad en la atención / # total de quejas presentadas por no integralidad en los tratamientos) (%)

(# de quejas pertinentes resueltas por en la atención / # total de quejas pertinentes) (%)

(# de quejas resueltas antes de 15 días/ total de quejas presentadas por en la atención) (%)

PROCESO: FLUJOS DE CAJA DE LAS ASEGURADORAS A LAS PRESTADORAS

7.1.60

ASPECTOS GENERALES

El flujo de caja desde las aseguradoras a los prestadores de servicios constituye el enlace final del circuito de flujos de caja que se inicia con la realización de los aportes y el proceso de compensación, en el caso del régimen contributivo o

con el giro de los FTS a las ARS en el evento del régimen subsidiado (ver acápite 6.2).

Si las aseguradoras no realizan sus pagos con la debida oportunidad, ello conducirá al deterioro de los medios de los prestadores y, de contera, tendrá una influencia negativa sobre la calidad en la atención de los servicios que finalmente se prestan a los usuarios. Adicionalmente, una circunstancia como la planteada induce a que las aseguradoras se encuentren usufructuando, de manera indebida, recursos que son de pertenencia de los prestadores, lo cual involucra situaciones indeseadas para la buena marcha del sistema, como quiera que se trata de inequidades, en el sentido en que el beneficio de unos es, al mismo tiempo, el perjuicio de otros.

De esta manera, el flujo de caja desde las aseguradoras a las prestadoras de servicios es un proceso crucial dentro del sistema de salud y como tal los es también de la inspección, vigilancia y control del mismo.

7.1.61

DEBILIDAD ES DETECTADAS

En general las debilidades detectadas durante la fase de diagnóstico del sistema enseñan lo siguiente:

Es posible constatar demoras injustificadas en el pago que deben realizar las aseguradoras a los prestadores por los servicios ofrecidos a sus usuarios.

Las demoras señaladas son más frecuentes en el régimen subsidiado, sin que ello signifique que en el contributivo dejen de presentarse.

Las demoras en el pago se producen a partir de diversos expedientes como son la devolución injustificada de facturas; la exigencia de requisitos adicionales a los contemplados en las costumbres comerciales; la discusión sobre la realidad de los servicios efectivamente prestados.

No existe reconocimiento de intereses en el pago de las facturas, cuando ello ocurre con retraso.

Los prestadores no disponen de mecanismos de negociación frente a las aseguradoras, de suerte que deben ajustarse a las condiciones comerciales que aquellas les impongan, so pena de ser excluidas de la red de prestadores.

No existe una supervisión eficaz acerca de los pagos a los prestadores.

En las circunstancias planteadas los problemas son de doble naturaleza: de un lado de regulación para evitar la existencia de dos poderes de negociación tan diversos y, en segundo término, de la definición de los elementos de supervisión que conduzcan a asegurar el correcto flujo de los recursos.

7.1.62

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De poderes de negociación asimétricos.

De ausencia de regulación en los pagos de los aseguradores a los prestadores.

7.1.63

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

De manera similar a procesos que han sido tratados anteriormente, la solución propuesta incluye tanto aspectos que son del campo regulatorio como los concernientes a la supervisión propiamente dicha.

En lo que corresponde a la regulación, la propuesta se encuentra orientada a eliminar el desequilibrio en las posiciones negociadores de los aseguradores y de los prestadores, impidiendo que bajo el prurito de mantenerlos en la red de prestadores se tome una posición dominante en la relación contractual. Para tal efecto es necesario que:

Se imponga un tiempo límite (dos semanas) al pronunciamiento de la aseguradora sobre la(s) factura(s) presentada(s) por el prestador. Este pronunciamiento debe ser positivo, en el sentido en que se acepta la factura o, negativo, en el evento en que se tengan reparos sobre la misma.

El asegurador sólo se encuentre facultado para hacer los reparos sobre la factura en una oportunidad. De esta manera cuando devuelva la factura debe señalar todas las objeciones que tenga frente a la misma, entendiéndose que allí donde no realizó salvedades se da por entendido que se acepta lo cobrado por el prestador, sin que se puedan presentar nuevas

objeciones sobre lo ya presentado al retornar la factura.

Para propiciar el flujo claro de las cuentas debe imponerse, igualmente, un plazo para que los prestadores respondan las objeciones de los aseguradores (dos semanas), transcurrido el cual, se entiende aceptada la objeción y, en consecuencia, sin fundamento la solicitud de pago.

Se impida que el asegurador condicione el pago de la factura a obligaciones distintas a la demostración de que los servicios han sido prestados efectivamente a los afiliados; por ello no deben aceptarse demostraciones más allá de éstas o restricciones que impliquen requisitos adicionales a los que son aceptados dentro de las prácticas comerciales comunes.

Se realicen los pagos en su totalidad o abonos a la factura dentro de un plazo límite a la fecha de recepción de la misma (cinco días hábiles). Así, cuando los contratos de los aseguradores con los prestadores sean por capitación, no existe justificación ninguna para que el pago sea demorado o la factura objetada; en estos casos el pago debe realizarse, en su totalidad, dentro del plazo señalado.

Cuando, por otra parte, los contratos entre las dos clases de agentes sean por servicios prestados, se debe establecer el abono de un porcentaje mínimo de la factura por parte del asegurador al prestador, de suerte que sólo el saldo quede pendiente mientras se

resuelven las posibles objeciones. El pago inicial debe ser lo suficientemente importante para garantizar la condición financiera de los prestadores (las dos terceras partes de la factura); este porcentaje debe ser ajustado regularmente de acuerdo con las estadísticas correspondientes al monto de las objeciones.

Una vez cumplido el plazo límite para las objeciones, si éstas no se presentan, el saldo de la factura debe ser pagado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la expiración de dicho plazo.

Es preciso establecer intereses moratorios para los atrasos en los pagos de las facturas de los aseguradores a los prestadores, sin que en la celebración de los contratos entre éstos sea posible renunciar al cobro de dichos intereses. Estos deben ser iguales al máximo legal permitido de acuerdo con certificación de la Superintendencia Bancaria y deben cobrarse por días.

Para el caso del régimen subsidiado, en caso de que se presenten moras recurrentes en el pago de las ARS a los prestadores de su red, es necesario prever el giro directo a éstos por parte de las entidades territoriales. De manera similar deberá procederse en caso de que la aseguradora incumpla los requisitos financieros mínimos para permanecer en el mercado de acuerdo con la regulación al respecto.

Se debe prever la existencia de una entidad que se encuentre en la facultad de dirimir los conflictos entre los aseguradores y los prestadores en punto a las facturas y las objeciones a las mismas. Dicha entidad debe ser la Superintendencia Nacional de Salud, la cual podrá delegar, mediante instructivos precisos, esta función, en las direcciones departamentales de salud, especialmente en lo atinente al régimen subsidiado.

Ahora bien, en cuanto a la supervisión propiamente dicho de los pagos de las aseguradoras a las prestadoras, es preciso reconocer que, tratándose de relaciones contractuales entre agentes, la capacidad supervisora ve restringido su campo de acción. De ahí que la adecuación del marco regulatorio resulte esencial, de suerte que a través de los mecanismos de autorregulación y autocontrol (ver acápite 7.9 y 7.10) los agentes de supervisión se encuentren en capacidad de monitorear el flujo de recursos entre aseguradores y prestadores y aplicar las medidas correctivas pertinentes.

De manera más específica, la propuesta apunta a que, en el régimen subsidiado, cuando los prestadores encuentren que sus pagos no son realizados con la oportunidad y en el monto requeridos, puedan acudir a la Dirección Municipal o a la Departamental de Salud. Esta solicitará explicaciones a la ARS respectiva y, una vez analizadas las mismas, decidirá acerca de la procedencia de la solicitud y ordenará a la ARS

realizar el pago respectivo. En caso de que las circunstancias así lo ameriten podrá ordenar el pago directo a los prestadores por parte del municipio. De igual manera informará a la SNS acerca de la ocurrencia de la situación.

En el caso del régimen contributivo, esta función debe ser desarrollada por la SNS, la cual seguirá el mismo procedimiento, ordenando el pago a la EPS correspondiente.

Es necesario que se apliquen sanciones drásticas a las aseguradoras que incumplan la regulación propuesta en el pago de las facturas, a fin de crear efectos disuasivos y de consolidar una cultura de normalización en los flujos de caja desde las aseguradoras a los prestadores.

7.1.64 TAREAS EN EL MODELO DE IVC EN EL FLUJO DE CAJA DE LAS ASEGURADORAS A LOS PRESTADORES

De acuerdo con lo señalado, las tareas que se imponen son:

Expedición de decretos para el flujo de caja de los aseguradores a los prestadores. En lo que corresponde al régimen subsidiado se encuentran facultades en el artículo 107 de la ley 715.

Definición de la gestión de la supervisión

7.1.65 AGENTES IMPLICADOS

Ministerio de Salud
Superintendencia Nacional de Salud
Direcciones Departamentales de Salud
Direcciones Seccionales de Salud

Aseguradores

Prestadores

7.1.66

INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ley 715

Decretos Reglamentarios

Reglamentación de la Supervisión

7.1.67

ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ministerio de Salud

Expide la regulación acerca del flujo de caja de los aseguradores a los prestadores de acuerdo con la propuesta planteada.

Prestadores

Presentan las facturas a los aseguradores por los servicios prestados a sus afiliados y de acuerdo con la clase de contrato celebrado.

Reciben las objeciones de los aseguradores y las contestan en el plazo definido para ello; de no hacerlo se entenderá que el cobro no es ratificado.

Cobran intereses de mora en caso de atrasos en el pago de las facturas.

En caso de conflicto con los prestadores acuden a la Dirección Municipal de Salud o a la Dirección Departamental de Salud (régimen subsidiado) o a la SNS (régimen contributivo) para que los agentes de control diriman el conflicto.

En los informes de autocontrol señalan los aseguradores que son morosos en los pagos.

Aseguradores

Reciben las facturas de los prestadores.

Realizan el pago inicial de la factura a los prestadores, o el pago total si se trata de contratos de capitación.

Presentan las objeciones a las facturas recibidas.

Al recibir la respuesta a las objeciones realizan los pagos restantes.

En caso de atrasos en los pagos cancelan los intereses de mora correspondientes.

En caso de solicitar explicaciones en situaciones de conflicto por parte de los agentes de control, proceden a dar las explicaciones del caso.

En sus mecanismos de autocontrol deben evidenciar los atrasos en los pagos en que han incurrido.

Direcciones Territoriales de Salud (DDS y DLS)

Reciben las quejas de los prestadores por las moras en los pagos o de los aseguradores por facturas que no se encuentren debidamente sustentadas en situaciones de conflicto.

Si está a su alcance dirimen los conflictos entre aseguradores y prestadores.

Cuando las circunstancias así lo exijan, procederán a ordenar o a realizar el pago directo a los prestadores, previo visto bueno de la SNS.

SNS

Reciben las quejas de los prestadores por las moras en los pagos o de los aseguradores por facturas que no se encuentren debidamente sustentadas en situaciones de conflicto.

Dirime los conflictos entre aseguradores y prestadores.

Cuando las circunstancias así lo exijan, procederán a ordenar el pago directo a los prestadores, o a dar el visto bueno solicitado por las direcciones territoriales de salud.

Impone las sanciones que sean pertinentes cuando se establezca incumplimiento de la regulación planteada por el Ministerio de Salud.

7.1.68

PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos de la solución propuesta son los siguientes:

Los prestadores presentan las facturas a los aseguradores por los servicios prestados a sus afiliados y de acuerdo con la clase de contrato celebrado. Es importante precisar que durante los procesos de facturación y los demás relacionados, el Prestador deberá implementar mecanismos de autocontrol que minimicen la probabilidad de error y de ser objeto de glosas por parte de los Aseguradores.

Los aseguradores proceden a realizar los pagos iniciales y al estudio de la factura, todo dentro de los plazos fijados para ello.

Los aseguradores, una vez estudiada la factura, proceden a realizar sus objeciones a los prestadores.

Los prestadores reciben las objeciones de los aseguradores y las contestan en el plazo definido para ello; de no hacerlo se entenderá que el cobro no es ratificado.

Los aseguradores proceden a realizar el pago del monto restante de la factura.

En caso de que los pagos no sean realizados en la oportunidad y monto debidos, los prestadores proceden a cobrar y los aseguradores a pagar intereses de mora.

En caso de conflictos los prestadores o los aseguradores pueden acudir a las direcciones territoriales de salud o a la SNS, según se trate del régimen subsidiado o del contributivo, respectivamente.

En los informes de autocontrol los prestadores señalan los aseguradores que son morosos en los pagos y los aseguradores indican las oportunidades en que han sido morosos.

Las Direcciones Territoriales de Salud o la SNS reciben las quejas de los prestadores por las moras en los pagos o de los aseguradores por facturas que no se encuentren debidamente sustentadas en situaciones de conflicto.

La SNS dirime los conflictos entre aseguradores y prestadores. En el caso de las direcciones territoriales, éstas lo dirimen si se encuentra a su alcance y, en caso contrario, solicitan instrucciones a la SNS.

Cuando las circunstancias así lo exijan, procederán a ordenar o a realizar el pago directo a los prestadores; en el caso de las direcciones territoriales es necesario el visto bueno previo de la SNS.

La SNS informará a las direcciones locales de salud, o a las departamentales, en el caso de los nuevos departamentos, para que procedan a realizar el pago directo a los prestadores cuando la ARS no cumpla con

los requisitos exigidos en la regulación para operar en el sistema.

PROCESO: AUTOREGULACIÓN

7.1.69

ASPECTOS GENERALES

Aparte de las tareas de supervisión realizadas por la agencias estatales o por los agentes externos en los cuales se delegan las funciones de vigilancia e inspección es conveniente que el modelo de supervisión se apoye en las labores que se desarrollan al interior de los propios vigilados y que tienen como objetivo actividades de control.

Dentro de las tareas mencionadas es posible diferenciar aquellas que se desarrollan entre conjuntos de agentes (denominadas en este texto de autorregulación) y las que tienen lugar al interior de cada una de las entidades consideradas individualmente (a las que se ha llamado de autocontrol).

Estas actividades y los agentes que las desarrollan se convierten en elementos coadyuvadores de la vigilancia en general del conjunto de agentes, teniendo además las bondades de hacer presencia de manera generalizada y de otorgar una información barata para los agentes estatales encargados de la supervisión del sistema.

Ahora bien, la autorregulación, en los términos propuestos, se fundamenta en la propia construcción del sistema de salud en Colombia a partir del esquema de competencia regulada. En virtud de ella y dado que los aseguradores son los representantes de sus usuarios, ellos deben vigilar de manera estrecha que los prestadores que conforman su red ofrezcan a sus usuarios un servicio con las calidades requeridas.

7.1.70

DEBILIDAD ES DETECTADAS

En cuanto a los mecanismos de autorregulación existentes en la actualidad a interior del sistema de salud, el diagnóstico permitió verificar que:

Los mecanismos de autorregulación son más desarrollados y menos dispersos en el régimen contributivo. En el caso de las aseguradoras del régimen subsidiado este mecanismo incipiente y prácticamente inexistente.

Los esfuerzos de las aseguradoras frente a los prestadores radican en algunos elementos que si bien son importantes no constituyen el universo de acciones requerido. Estos elementos son la exigencia de los requisitos esenciales (sin proceder, en la mayoría de los casos, a su real verificación), y la realización de auditorías.

Las auditorías que en la actualidad realizan los aseguradores sobre los prestadores que conforman su red se encuentran orientadas, esencialmente, a

verificar la realidad de los hechos facturados (control a la inducción de demanda) y la cabalidad de la facturación. Se presta una atención menos a velar por la real calidad de la prestación.

Es poco frecuente encontrar que los aseguradores lleven un registro acerca del mejoramiento de la calidad de las instituciones que conforman su red de prestadores.

Es evidente que los procesos de autorregulación que se deben observar desde las aseguradoras hacia los prestadores de servicios se enfrentan a diversos problemas que restringen su alcance y dimensión. Uno de ellos, quizás el más importante, es el relacionado con la estructura de la oferta de servicios de salud, existiendo gran cantidad de municipios en donde existe una especie de monopolio natural que impide que la exigencia de los aseguradores puedan tener los alcances esperados, puesto que los oferentes tienen el poder de decidir las condiciones bajo las cuales suministran sus servicios. Dentro de este mismo orden de ideas, el sistemático incumplimiento de las condiciones exigidas para la calidad por las propias entidades prestadoras de carácter público, patrocinadas y defendidas por las acciones de las autoridades locales son un obstáculo a la buena marcha de los procesos de autorregulación.

La autorregulación no constituye un elemento de soporte real de la acción de las agencias estatales de supervisión: no existe la concepción de servirse de los

mecanismos desarrollados por los agentes vigilados como un soporte facilitador de las actividades que debe realizar la SNS, sino que persiste el concepto de realizar los procesos de IVC de manera directa y operativa sobre el conjunto de actividades desarrolladas por los vigilados. Este hecho indica la concepción de un modelo que es difícilmente operativo, dada la incapacidad material que existe para vigilar el universo de vigilados y de materias a controlar. Bajo un enfoque diferente de la gestión de la inspección, vigilancia y control, los mecanismos de autocontrol adquieren una dimensión crucial, en la medida en que se constituyen en baluartes indispensables de las labores de los organismos de vigilancia.

7.1.71

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De reglamentación del autocontrol

De cultura empresarial

De canales de información

7.1.72

PROPUESTAS AS DE SOLUCION

Siguiendo la filosofía contenida en el diseño del sistema de salud colombiano es posible afirmar:

Dado el principio fundamental de competencia regulada es posible definir la conformación de mecanismos de autorregulación y de autocontrol para

los agentes principales (aseguradores y prestadores) en las relaciones que sostengan en desarrollo a sus objetivos organizacionales, basados en la búsqueda de beneficios sociales (calidad de los servicios), de mercado (aumento de la afiliación y cobertura) y económicos (utilidades).

Los mecanismos de autorregulación y de autocontrol redundan en el mejoramiento organizativo de las empresas y de las prácticas gerenciales y empresariales de las mismas.

Los controladores principales del Sistema de Salud (Supersalud y DDS-DLS) deben propender por la adopción, por parte de los agentes, de la autorregulación y el auto-control, dentro de una cultura organizacional basada en la conciencia del beneficio que genera para las mismas entidades (aseguradoras y prestadores), la aplicación de dichos mecanismos.

Los elementos de autorregulación y autocontrol al interior de sus instituciones y sobre las relaciones que sostienen con los demás agentes del mercado, deben convertirse en instrumentos fundamentales para el desarrollo de los procesos de IVC. }

Las entidades de control mediante visitas de inspección deben verificar de manera periódica la correcta instrumentación de los mecanismos de autorregulación y autocontrol

El proceso de generación de una cultura autoregulatoria es de mediano plazo, basada en la

existencia y verificación de su correcto funcionamiento y de la concientización de los administradores de que los primeros beneficiados con estas prácticas son sus propias empresas.

Dentro de los elementos planteados es necesario subrayar los siguiente:

Es necesario diferenciar entre los prestadores públicos y privados, en donde es posible verificar una importante diferenciación en términos de eficiencia y de costos administrativos, lo cual afecta los niveles de calidad en la prestación de los servicios.

Existe una gran heterogeneidad en la configuración de los mercados, en donde se observa que en una gran cantidad de municipios del país (alrededor de 800) la oferta es monopólica y de carácter público, mientras que en tan sólo una cantidad reducida de municipios y distritos se encuentra conformado un mercado en capacidad de competir de manera real, sobre el principio ya comentado de la competencia regulada.

Es innegable que dentro de estas circunstancias se construyen poderes y formas de negociación igualmente diferentes, pues en aquellos municipios en donde existe monopolio los aseguradores no tienen más alternativa que celebrar los contratos con esos prestadores, so pena de no disponer de cubrimiento en la zona. Esta situación atenta contra la buena marcha de los principios de autorregulación, en la medida en que no permite su operación cierta y limita

la capacidad de exigencia de los aseguradores sobre los prestadores en las direcciones antes propuestas.

No obstante, las circunstancias planteadas no alteran la necesidad de la autorregulación y la obtención de sus propósitos, dado que la mayor parte de la población se aglomera en las grandes ciudades y municipios de mayor tamaño. En los casos de monopolio y ante las limitaciones de la autorregulación, es preciso que la definición proporcione, por lo menos, el cumplimiento de los requisitos esenciales y sea garantizada por el Estado a partir de la acción de las secretarías o direcciones departamentales de salud.

Los procesos de autorregulación deben producir los siguientes resultados:

Verificación por parte de los aseguradores del cumplimiento de los requisitos esenciales de los prestadores con los cuales se van a realizar contratos.

Monitoreo por parte de los aseguradores, a través de indicadores definidos por la SNS de los niveles de calidad observados en la atención de servicios de salud demandados por sus afiliados, en los prestadores que hacen parte de la red de prestadores del asegurador de que se trate.

Verificación de que el prestador cuenta con mecanismos de autocontrol y con una gestión administrativa proclive al mejoramiento continuo.

Verificación del manejo de las quejas y reclamos formuladas por los usuarios.

Realización de Auditorías médicas y administrativas por el asegurador en las instituciones que conforman su red de prestadores con el fin de verificar que el prestador desarrolla procesos para mejorar la calidad de su prestación de servicios.

Establecimiento, como herramienta de carácter administrativo y gerencial, de indicadores de gestión de los prestadores de servicios que conforman su red.

Constatación de la existencia de una gestión administrativa idónea.

7.1.73

**TAREAS A
REALIZAR EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA**
**Reglamentación de las actividades de
autorregulación.**

Definición de los canales de suministro de información de las actividades de autorregulación desarrolladas por los aseguradores a las agencias de supervisión, básicamente la SNS.

Desarrollo de una cultura empresarial de autorregulación.

7.1.74

INSTRUME

NTOS EN LOS QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Reglamentación de la SNS

Sistemas de Información

7.1.75

AGENTES DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

SNS

Aseguradores

IPS

7.1.76

ACTUACIONES DE LOS AGENTES DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Prestadores de Servicios

Deben cumplir con los requisitos esenciales para operar.

Deben desarrollar mecanismos de autocontrol (ver acápite 7.10)

Deben atender a sus pacientes dentro de estándares de calidad requeridos (ver capítulo 6)

Deben enviar a las aseguradoras que los tienen vinculados a su red de prestadores los indicadores de calidad y de gestión definidos por la SNS.

Deben atender a dar trámite a las quejas y reclamos de los usuarios, según lo definido en el acápite 7.7.

Aseguradores

Deben verificar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los prestadores con los cuales se van a realizar contratos.

Deben monitorear, a través de indicadores definidos por la SNS y de los medios propios que estimen pertinentes, los niveles de calidad observados en la atención de servicios de salud demandados por sus afiliados, en los prestadores que hacen parte de la red de prestadores del asegurador de que se trate.

Deben verificar que el prestador cuenta con mecanismos de autocontrol y con una gestión administrativa proclive al mejoramiento continuo.

Deben verificar el manejo de los prestadores de su red a las quejas y reclamos formuladas por los usuarios. Cuando sea al propio asegurador al que le compete dar respuesta a tales quejas, debe hacerlo según lo planteado en el acápite 7.7.8.

Deben realizar auditorías médicas y administrativas en las instituciones que conforman su red de prestadores con el fin de verificar que el prestador desarrolla procesos para mejorar la calidad de su prestación de servicios.

Deben establecer, indicadores de gestión como herramienta de carácter administrativo y gerencial de

los prestadores de servicios que conforman su red. A través de estos indicadores deben, al menos, controlar y comparar los costos por paciente y por procedimiento en cada uno de ellos; el nivel de las quejas recibidas clasificadas por categoría, especificando el nivel de respuesta que se les ha otorgado por el prestador; y, finalmente, los resultados obtenidos de las auditorías médicas.

Deben elaborar un informe periódico (al menos semestral) con destino a la gerencia acerca de los resultados obtenidos mediante los indicadores establecidos, señalando el grado de cumplimiento que los prestadores que conforman su red ofrecen dentro del marco de la calidad en la atención de los servicios de salud a los afiliados.

Deben tener a disposición de la SNS, de manera permanente, a través de páginas WEB, la información relativa a los procesos de autorregulación, los resultados obtenidos y las medidas adoptadas para su corrección.

Deben constatar la existencia de una gestión administrativa idónea y verificar la correcta participación ciudadana.

Superintendencia Nacional de Salud

Debe reglamentar las actividades mínimas y los resultados a esperar de la gestión del autocontrol.

Debe verificar la existencia de los procesos de autorregulación entre aseguradores y prestadores en cada uno de las empresas encargadas del aseguramiento. Para tal efecto, la SNS, mediante reglamentación, solicitará los informes elaborados a la gerencia sobre la medición de los prestadores de salud en punto a la calidad de la atención de los servicios de salud prestados a los afiliados de cada uno de los aseguradores. Una vez revisados dichos informes y cuando las circunstancias así lo ameriten, deberá solicitar a la administración de la aseguradora las medidas tomadas para corregir las fallas que se han constatado.

Debe realizar visitas ocasionales de inspección para verificar in situ que los mecanismos y procesos de autorregulación se estén llevando de la manera deseada.

Debe imponer los correctivos que sean pertinentes para garantizar el correcto funcionamiento de los mecanismos de autorregulación.

7.1.77

PROCESOS DE LA SOLUCION PROPUESTA

Los procesos en la solución propuesta son los siguientes:

Superintendencia Nacional de Salud

Reglamenta el ejercicio y el alcance mínimo que debe tener la autorregulación.

En la reglamentación señalada debe establecer los indicadores y la información resultante del proceso de la autorregulación que es requerida por los agentes de supervisión, de acuerdo con lo especificado en el anexo al presente acápite.

De igual manera, en la reglamentación debe señalar las condiciones de las páginas WEB en las cuales puede consultar de manera permanente los resultados de la autorregulación.

Prestadores de Servicios

Proporcionan a las aseguradoras con las cuales tienen contratos, la información relacionada con los indicadores de calidad y de gestión definidos por la SNS, así como los adicionales que demande la misma aseguradora. Esta información debe estar avalada por la jefatura de control interno y por el representante legal.

Cuando encuentren que los resultados no son los apropiados, a través de sus mecanismos de autocontrol y de las medidas administrativas que se revelen pertinentes, deben proceder a disponer de mecanismos de mejoramiento hasta que la situación anómala haya sido resuelta.

Una vez los procesos de mejoramiento hayan sido dispuestos, informan a las aseguradoras con las cuales tienen contratos de tal circunstancia. De manera periódica (al menos trimestral), informarán,

igualmente, de los resultados de su proceso de mejoramiento.
Aseguradoras

Antes de celebrar un contrato para incluir a un prestador dentro de su red, verifican que éste cumple con los requisitos esenciales para funcionar. Este requisito puede realizarse atendiendo las autorizaciones otorgadas por las autoridades de supervisión locales; no obstante, en un término no superior a un año, la aseguradora deberá realizar una inspección ocular para verificar el cumplimiento del requisito en comento.

Cuando se trate de municipios o de regiones en donde la oferta sea monopólica, bastará con el cumplimiento ante las autoridades locales de los requisitos esenciales.

Recibe de los prestadores que conforman su red de servicios los informes acerca de la calidad de los servicios de acuerdo con los indicadores y parámetros definidos para el efecto. Una vez realiza los análisis correspondientes define si los niveles observados se ajustan a los requerimientos de calidad exigidos por el Estado y por su propia organización institucional; coloca los resultados de estos análisis, así como la información recibida, en la página WEB para que la SNS pueda consultar la información.

Si los resultados no se ajustan a lo requerido, demanda de la IPS los planes de mejoramiento

necesario y realiza un control cercano al desarrollo del mismo, hasta encontrar que la situación ha sido resuelta. En caso de que no se produzca dicha resolución del problema, o que las anomalías se presenten con frecuencia, procederá a dar por terminado su contrato con el prestador de que se trate e informará a la SNS de tal circunstancia, dando una alerta en la página WEB.

Realizan auditorías médicas y administrativas, con el fin de verificar in situ la calidad en la atención a los usuarios y la veracidad de la información reportada por el prestador. En caso de encontrar que la situación no se ajusta a la información reportada, solicitará a la administración del prestador la puesta en marcha de un plan de mejoramiento, el cual monitoreará de manera especial, hasta la solución del problema. En caso de que no se produzca dicha resolución del problema, procederá a dar por terminado su contrato con el prestador de que se trate e informará a la SNS de tal circunstancia, dando una alerta en la página WEB.

Coloca en la página WEB la información concerniente con las auditorías médicas.

De manera periódica (al menos semestralmente) realiza un estudio de la gestión de la calidad en el periodo en su red de prestadores. Este estudio será igualmente puesto a disposición de la SNS en la página

WEB de la aseguradora, previo aval de la jefatura de control interno y del representante legal.

Superintendencia Nacional de Salud

Verifica de manera permanente, en las páginas WEB de las aseguradoras, los resultados de la gestión en cuanto a la calidad del servicio a los usuarios.

Realiza visitas de inspección aleatorias para verificar que la autorregulación se está realizando adecuadamente, que la administración le otorga las herramientas, instrumentos y recursos necesarios y que la información contenida en la página WEB se ajusta a la realidad.

En caso de encontrar anomalías en la información suministrada o carencia de recursos para la buena marcha de la autorregulación, procederá a realizar el proceso investigativo y a establecer las sanciones de acuerdo con las facultades que le otorga la ley.

Cuando encuentre que una aseguradora ha procedido a dar por terminado un contrato con un prestador, verifica la situación de ese prestador con las otras aseguradoras. En caso de que las circunstancias así lo ameriten realiza una inspección (o la ordena a la autoridad local) para establecer la realidad de ese prestador.

Si encuentra que es necesario realizar la intervención del prestador para administración o liquidación, procederá a hacerlo; si es una IPS privada y es

necesario proceder a liquidarla, informará a la Superintendencia de Sociedades para que proceda a hacerlo, de acuerdo con lo establecido en la ley 715.

Sirve de árbitro en los conflictos entre aseguradores e IPS que, por su naturaleza, así lo exijan.

PROCESO: AUTOCONTROL

7.1.78

ASPECTOS GENERALES

Los mecanismos de autocontrol han venido desarrollándose como un instrumento de primera importancia dentro de las organizaciones empresariales modernas. A partir de ellos las administraciones propician procesos de autovigilancia que tienen por objetivo efectuar un seguimiento al cumplimiento de los planes formulados al interior de la empresa en diferentes campos, desde la planeación estratégica hasta el cumplimiento de metas específicas de corto plazo.

De igual manera, el instrumento señalado, dentro de mercados regulados y sujetos a supervisión del Estado, ha venido siendo utilizado como una baluarte de apoyo a la acción de las agencias del Estado, las cuales cuentan con el suministro de información de bajo costos acerca del comportamiento de los vigilados, información que por medios distintos sería en exceso costosa de acopiar.

De manera general son dos los instrumentos de autocontrol que se diferencian dentro de las vigilancia que se realizan así mismos los agentes: por un lado, la revisoría fiscal, enfocada a la veracidad de la información financiera y, por el otro, el control interno, orientado a la gestión administrativa misma de la empresa tanto en su interior como en su relación con los clientes (usuarios para el caso de salud). En este sentido, la propuesta parte de la conveniencia de adoptar estos desarrollos observados en otros mercados regulados al mercado de salud para poder beneficiarse de sus ventajas.

Revisoría Fiscal

Siguiendo el ejemplo de varias superintendencias en el país, la propuesta tiene como objeto esencial constituir a los revisores fiscales en una suerte de “anclaje” de la supervisión en las mismas entidades, garantizando que la supervisión se realiza de manera permanente y eficiente y que la información reportada tiene la confiabilidad y certeza requeridas para realizar los juicios pertinentes acerca del desarrollo financiero de las aseguradoras. Con ello la evaluación de las condiciones financieras de los vigilados (ver acápite 7.2) tienen un primer tamiz, dado, justamente, por la acción de los revisores fiscales y su obligación de velar por la transparencia de los estados financieros.

Para tales efectos, la SNS cuenta como primera herramienta de vigilancia con la regulación, tanto la

contenida en el Código de Comercio, como la establecida en la Circular 122 de 2001, expedida por esa Entidad de Control, en la última de las cuales se aclaran y desarrollan las funciones legales que deben ejercer los revisores fiscales, en apoyo de las funciones de inspección y vigilancia sobre las entidades, así como los requisitos y calidades aplicables a los revisores fiscales en su nombramiento, elección y ejercicio de sus actividades.

A su turno, la SNS, mediante visitas selectivas, verificará que la labor de los revisores fiscales se desarrolla de la manera esperada y, en caso contrario, impondrá o propiciará la imposición de sanciones ejemplarizantes, de manera que sirvan de efecto disuasivo a los otros agentes que desarrollan esta actividad para incurrir en anomalías.

Bajo el marco planteado se obtiene la garantía de recibir la información de la manera adecuada y con el grado de certeza y confiabilidad requerida para el desarrollo de las tareas de supervisión, contando con un agente permanente de colaboración para las tareas de vigilancia en cada una de las entidades vigiladas.

Control Interno

La idea fundamental consiste en que, a partir de un proceso que debe avizorarse en una perspectiva de mediano, plazo, los mecanismos de autocontrol de los aseguradores se constituyan en un baluarte esencial de la supervisión del sistema, de manera que la SNS

cuenta con los resultados de los mismos para su propia evaluación del comportamiento de las entidades con respecto a las acciones emprendidas para el mejoramiento de la calidad en la atención de los servicios de salud.

De acuerdo con los lineamientos de COSO⁹ el control interno debe permitir:

Verificación de los planes estratégicos del asegurador y de su conducencia en relación con la garantía y mejoramiento de la calidad en relación con los usuarios.

Verificación del cumplimiento de los objetivos de corto plazo y la concordancia de los mismos dentro de la planeación estratégica de los aseguradores.

Verificación de la efectividad de los instrumentos utilizados para realizar las auditorías médicas y verificar la calidad de atención de los prestadores que hacen parte de la red.

Verificación de los procesos de atención a los usuarios y la respuesta dada a los mismos, así como la retroalimentación de tales reclamos en la gestión administrativa de la entidad.

7.1.79

DEBILIDAD

⁹ Comité of Sponsoring Organizations of the Treadway Comisión (COSO) "Control Interno: Estructura Conceptual Integrada" ECOE Ediciones.

ES DETECTADAS

En general es posible señalar que el estudio de campo realizado permitió verificar:

En el sector de la salud en el país existe un bajo desarrollo empresarial del país enfocado hacia el autocontrol tanto en sus expresiones de revisoría fiscal como, incluso más evidente, en el de control interno.

La revisoría fiscal es una figura que tiene mayor presencia en los aseguradores del régimen contributivo y en las IPS de nivel III. En las ARS no tiene la misma importancia que en las EPS, mientras que en las IPS de niveles inferiores es una figura carente de importancia.

La situación es aún más incipiente en lo que se refiere al control interno. Este existe solo de manera aislada como una entidad organizada e idónea, principalmente en las aseguradoras del régimen contributivo.

No existe una cultura en la cual la actividad de supervisión se apoye en elementos internos de las empresas. Si bien la SNS promulgó la circular 122 de 2001 y existen antecedentes sobre las funciones de la revisoría fiscal, no es usual que esta figura sea utilizada con el fin de garantizar la información financiera y de acceder a información importante para la IVC. En cuanto al control interno, éste se ha dejado al libre albedrío de los vigilados y, por

supuesto, no existe la conducta de apoyarse en esta figura para realizar actividades de IVC.

7.1.80

NATURAL EZA DE LAS DEBILIDADES

De cultura organizacional

De cultura de la supervisión

De seguimiento a las actuaciones de la revisoría fiscal

De reglamentación de las oficinas de control interno.

7.1.81

PROPUESTA A DE SOLUCIÓN

La solución propuesta en torno a los mecanismos de autocontrol tiene que ver con entronizar una nueva cultura de supervisión, en el sentido de crear, fortalecer y auspiciar estos instrumentos al interior de los vigilados a fin de que se conviertan en baluartes de vigilancia y seguimiento tanto para los propios vigilados como para la SNS.

En este sentido es necesario precaver un desarrollo gradual en donde el primer instrumento sobre el cual se debe centrar la atención es en el de la revisoría fiscal, siguiendo el ejemplo que se observa en otras superintendencias. Las medidas en este frente deben ser inmediatas y se relacionan con el cumplimiento de las normas vigentes que regulan las actividades de

estos profesionales, imponiéndoles obligaciones claras y precisas en torno a los requerimientos de la SNS y haciéndolos responsables por la veracidad de la información financiera que se reporta a los agentes de supervisión. Esta medida se debe acompañar de la aplicación cierta de sanciones para los casos de incumplimiento de la norma, de manera tal que se cree un efecto disuasivo que permita, en el corto plazo, contar con las revisorías fiscales como un verdadero anclaje de los procesos de supervisión.

En cuanto al mecanismo de control interno, es necesario definirlo como una expectativa de mediano y largo plazo, cuyas bases deben sentarse en el corto plazo. Evidentemente es preciso precaver un proceso de aprendizaje organizacional que incluye tanto a los vigilados como a la propia SNS. A los primeros en el sentido de concientizarlos en torno al hecho de que los mecanismos de control interno constituyen una herramienta que beneficia, en primer lugar, a su propia organización y, en tal sentido, al logro de los objetivos que ellos mismos se han propuesto en el corto, mediano y largo plazo. A la SNS desde la óptica de propiciar un cambio de mentalidad frente al proceso de supervisión, adentrando a los funcionarios en la perspectiva del control a la calidad de los mecanismos de control interno, esto es, del control de segundo piso. En el nivel puramente operativo es preciso que se verifique la existencia de los procesos de autocontrol de los aseguradores. Para tal propósito, la SNS, mediante reglamentación,

solicitará los informes de control interno elaborados con destino a la administración de los aseguradores.

De esta manera, la propuesta apunta a que el conjunto de agentes vigilados (exceptuando, inicialmente, las IPS de niveles I y II) dispongan de oficinas de control interno que realicen reportes para la administración cuyo contenido mínimo es previamente definido por la SNS. Esta, a su turno, coordinará la recepción y análisis de la rendición de informes que deberán hacerle llegar sus vigilados. Estos informes deben estar disponibles en páginas Web para la SNS.

Una vez revisados dichos informes y cuando las circunstancias así lo ameriten, deberá solicitar las medidas tomadas para corregir las irregularidades o ineficiencias que se han constatado; así mismo puede solicitar las actas de las Juntas Directivas en las cuales se discutieron los informes de control interno para verificar los pronunciamiento realizados por ella.

La SNS realice visitas ocasionales de inspección para verificar in situ que los mecanismos y procesos de autocontrol se estén llevando de la manera deseada y que están dotadas con los elementos logísticos y de personal suficientes. Así mismo debe imponer los correctivos que sean pertinentes para garantizar el correcto funcionamiento de los mecanismos de autocontrol.

Dado que los mecanismos propios de autocontrol de los aseguradores no pueden mirarse con independencia de los existentes en los prestadores, los primeros deberán verificar, dentro del proceso de autorregulación, que los segundos cuenten con instrumentos apropiados de mejoramiento continuo.

Así los aseguradores deberán interesarse y controlar la adecuada implementación de los mecanismos de auto-control por parte de los prestadores, así como las medidas de mejoramiento tomadas con base en los reportes de Control Interno y la implementación de los respectivos ajustes institucionales. Para cumplir con este objetivo la SNS debe adecuar sus sistemas de información para recibir periódicamente los informes que ella solicite.

En el caso de la aplicación de los mecanismos de auto-control por parte de los Prestadores, realizará la IVC sobre el cumplimiento de las auditorias que deberán realizar los Aseguradores, sancionará a los Aseguradores en caso de negligencias en dichos controles e investigará y sancionará en su caso, a los Prestadores sobre las fallas encontradas. En las relaciones de evaluación e implementación de los procesos de mejoramiento que deberán implementar los Prestadores, la SNS podrá intervenir para los casos en los cuáles no se cumplan dichos planes, que con anterioridad debieron ser presentados y concertados con los Aseguradores, sancionando a los Prestadores por el debido incumplimiento.

Los programas de mejoramiento implementados por los Aseguradores serán seguidos de cerca por la SNS, siendo ésta quién vigile periódicamente su avance e implementación. Con esta propuesta se logrará que la SNS, enfoque sus principales recursos en una IVC preventiva sobre los articuladores del Sistema (Aseguradores) y en ellos delegue las tareas periódicas de Inspección y Vigilancia quedando la facultad sancionatoria dividida en dos: La primera, que podrá ser ejercida directamente por los articuladores (según cláusulas contractuales en el momento de conformar la red de prestadores) sobre los Prestadores, y la segunda, la que sólo será competencia del Controlador Estatal (SNS), llegando a ella la información preferentemente por el mismo Articulador (Asegurador)

7.1.82

TAREAS EN EL MODELO DE IVC FRENTE AL AUTOCONTROL

De la manera planteada las tareas a definir frente al autocontrol son:

Revisión de la reglamentación sobre la actuación de las revisorías fiscales.

Reglamentación de las oficinas de control interno de los vigilados.

Definición de la gradualidad a considerar en la imposición de las oficinas de autocontrol, en función de la naturaleza de los vigilados y su tamaño.

Definición de los sistemas de información a través de los cuales la SNS consultará los informes laborados por las oficinas de control interno.

7.1.83 **AGENTES
IMPLICADOS**

Superintendencia Nacional de Salud

Revisores fiscales

Vigilados (administraciones y oficinas de control interno)

7.1.84 **INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN**

Reglamentación de la SNS

Sistemas de Información

7.1.85 **ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

Prestadores de Servicios

Deben desarrollar mecanismos de autocontrol. Dada la gradualidad de la propuesta, se propone que en el corto plazo este instrumento sea obligatorio para los prestadores de Nivel III y, para los restantes, se

considere esta medida en el mediano y largo plazo, una vez sea probada la herramienta en los primeros.

Deben atender a sus pacientes dentro de estándares de calidad requeridos (ver capítulo 6).

Deben controlar, a través de sus mecanismos de control interno, los estándares de atención a los pacientes y enviar tanto a sus propios administradores como a las aseguradoras que los tienen vinculados a su red de prestadores los indicadores de calidad y de gestión definidos por la SNS.

Deben atender y dar trámite a las quejas y reclamos de los usuarios, según lo definido en el acápite 7.7. y controlar internamente los procesos señalados.

Deben elaborar un informe periódico (al menos semestral) con destino a la gerencia acerca de los resultados obtenidos mediante los indicadores establecidos, señalando el grado de cumplimiento de la aseguradora de sus planes y programas, privilegiando el aspecto de calidad en la atención de los servicios de salud a los afiliados. Estos informes deben ser tratados en la Junta Directiva de la entidad y el Acta con el contenido de las deliberaciones allí producidas debe ser puesta a disposición de la SNS a través de páginas WEB.

Deben tener a disposición de la SNS, de manera permanente, a través de páginas WEB, la información relativa a los procesos de autocontrol, los resultados obtenidos y las medidas adoptadas para su corrección.

Deben constatar la existencia de una gestión administrativa idónea y verificar la correcta participación ciudadana.

Aseguradores

Deben desarrollar a su interior, sin excepción, mecanismos de control interno..

Las oficinas de control interno deben verificar el cumplimiento de los planes y programas de corto, mediano y largo plazo, establecidos por la administración y, a través de los indicadores definidos por la SNS, adicionados con los que consideren apropiados, informar a la administración acerca de los resultados de dicha verificación.

Deben verificar que los prestadores de su red (al inicio los de Nivel I) cuenta con mecanismos de autocontrol y con una gestión administrativa proclive al mejoramiento continuo.

Deben elaborar un informe periódico (al menos semestral) con destino a la gerencia acerca de los resultados obtenidos mediante los indicadores establecidos, señalando el grado de cumplimiento de la aseguradora de sus planes y programas, privilegiando el aspecto de calidad en la atención de los servicios de salud a los afiliados. Estos informes deben ser tratados en la Junta Directiva de la entidad y el Acta con el contenido de las deliberaciones allí producidas debe ser puesta a disposición de la SNS a través de páginas WEB.

Deben tener a disposición de la SNS, de manera permanente, a través de páginas WEB, la información relativa a los procesos de autocontrol, los resultados obtenidos y las medidas adoptadas para su corrección.

Deben constatar la existencia de una gestión administrativa idónea y verificar la correcta participación ciudadana.

Superintendencia Nacional de Salud

Debe reglamentar las actividades mínimas y los resultados a esperar de la gestión del autocontrol. Para el efecto definirá la información mínima que espera recibir de las gestiones de las oficinas de control interno de los vigilados, incluyendo indicadores, deliberaciones de Juntas Directivas, etc.

Debe definir los mecanismos tecnológicos a través de los cuales espera se le haga conocer los resultados de la gestión de los procesos de autocontrol. Para el efecto se propone la utilización de comunicaciones electrónicas que le permitan estar permanentemente informada de dichos resultados.

Debe realizar visitas ocasionales de inspección para verificar in situ que los mecanismos y procesos de autocontrol se estén llevando de la manera deseada.

Debe imponer los correctivos que sean pertinentes para garantizar el correcto funcionamiento de los mecanismos de autocontrol.

7.1.86

PROCESOS

DE LA SOLUCION PROPUESTA

Los procesos en la solución propuesta son los siguientes:

Superintendencia Nacional de Salud

Reglamenta el ejercicio y el alcance mínimo que debe tener el autocontrol.

En la reglamentación señalada debe establecer los indicadores y la información resultante del proceso de autocontrol que es requerida por los agentes de supervisión, de acuerdo con lo especificado en el anexo al presente acápite.

De igual manera, en la reglamentación debe señalar las condiciones de las páginas WEB en las cuales puede consultar de manera permanente los resultados del autocontrol.

Prestadores de Servicios

Proporcionan a sus propias administraciones y a las aseguradoras con las cuales tienen contratos, la información relacionada con los indicadores de calidad y de gestión definidos por la SNS, así como los adicionales que demande la misma aseguradora. Esta información debe estar avalada por la jefatura de control interno y por el representante legal.

Cuando encuentren que los resultados no son los apropiados, a través de sus mecanismos de autocontrol y de las medidas administrativas que se revelen pertinentes, deben proceder a disponer de

mecanismos de mejoramiento hasta que la situación anómala haya sido resuelta.

Una vez los procesos de mejoramiento hayan sido dispuestos, informan a las aseguradoras con las cuales tienen contratos de tal circunstancia. De manera periódica (al menos trimestral), informarán, igualmente, de los resultados de su proceso de mejoramiento.

Aseguradoras

Las administraciones reciben de sus oficinas de control interno los reportes acerca del cumplimiento de los planes y programas de la empresa, en especial, en lo relacionado con la calidad en los servicios de salud a los usuarios. Para el efecto las Oficinas de Control Interno informarán, al menos, de los indicadores y aspectos reglamentados por la SNS.

Los informes de Control Interno son discutidos en la Junta Directiva. Las conclusiones contenidas en el Acta de ésta, así como el propio parecer de la administración se informa a la SNS.

La información a la SNS se realiza a través de páginas WEB, según las definiciones previas de la SNS.

Recibe de los prestadores que conforman su red de servicios los informes acerca de la calidad de los servicios de acuerdo con los indicadores y parámetros definidos para el efecto. Una vez realiza los análisis correspondientes define si los niveles observados se

ajustan a los requerimientos de calidad exigidos por el Estado y por su propia organización institucional; coloca los resultados de estos análisis, así como la información recibida, en la página WEB para que la SNS pueda consultar la información.

De manera periódica (al menos semestralmente) realiza un estudio de la gestión de la calidad en el periodo en su red de prestadores. Este estudio será igualmente puesto a disposición de la SNS en la página WEB de la aseguradora, previo aval de la jefatura de control interno y del representante legal.

Superintendencia Nacional de Salud

Verifica de manera permanente, en las páginas WEB de las aseguradoras y de las IPS, los resultados de la gestión del autocontrol en cuanto a la calidad del servicio a los usuarios.

Realiza visitas de inspección aleatorias para verificar que el autocontrol se está realizando adecuadamente, que la administración le otorga las herramientas, instrumentos y recursos necesarios y que la información contenida en la página WEB se ajusta a la realidad.

En caso de encontrar anomalías en la información suministrada o carencia de recursos para la buena marcha del autocontrol, procederá a realizar el proceso investigativo y a establecer las sanciones de acuerdo con las facultades que le otorga la ley.

PROCESO ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

PROCESO
VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES FINANCIERAS DE
LOS VIGILADOS

PROCESO
CLASIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES POR NIVEL DE
RIESGO

PROCESO
CONTRATACIÓN DE LAS ARS Y SEGUIMIENTO DE LOS
CONTRATOS

PROCESO
RELACIONES CON LOS USUARIOS (SELECCIÓN,
AFILIACIÓN Y CARNETIZACIÓN)

PROCESO TRANSPARENCIA

PROCESO INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS DEL SGSSS

PROCESO QUEJAS Y RECLAMOS

PROCESO
FLUJO DE CAJA DE LAS ASEGURADORAS A LOS
PRESTADORES

PROCESO CUENTAS DE COBRO DE INTERESES DE MORA

PROCESO
GESTIÓN DE LA CARTERA VENCIDA DE LOS
PRESTADORES

PROCESO AUTO-REGULACIÓN

PROCESO AUTO-CONTROL

PROCESO SANCIONES ASEGURAMIENTO