

Bogotá mayo 8 de 2014

Doctor,

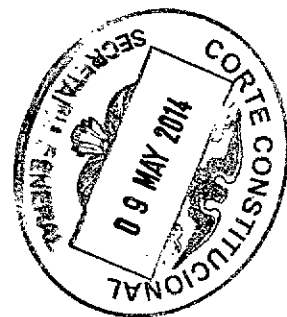
JORGE IVAN PALACIO PALACIO

Magistrado Corte Constitucional

Doctora,

MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaria General Corte Constitucional



REFERENCIA: AUTO 100/2014 SEGUIMIENTO A LA ORDEN DECIMO SEXTA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008. Expediente T-1.281.247. ACCION DE TUTELA INSTAURADA POR LUZ MARY OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPATRIA Y OTROS

Respetados funcionarios:

En respuesta a los oficios B-303/2014 y B-304/2014, agradecemos a la corte el habernos tenido en cuenta para aportar nuestra vivencia sobre las fallas al goce efectivo del derecho a la salud. Pero antes nos gustaria hacer una aclaración en la evolución del nombre de nuestra asociación para unificar la comunicación con la corte.

Durante la existencia del ISS los usuarios de esta EPS que pertenecíamos al diagnóstico de VIH, en el 2005 decidimos revivir la asociación de pacientes que existió, la cual desapareció por la muerte de muchos de sus afiliados y por la redistribución de pacientes de alto costo en otras EPS. Es así como iniciamos de nuevo como asociación de pacientes de VIH del ISS, ante la liquidación del ISS y el traslado masivo a la EPS que se fundó para recibir a los afiliados del ISS, **nueva eps**, cambiamos de nombre a Asociación de pacientes de VIH **nueva eps**. Con el pasar del tiempo y con los problemas con que nació la nueva eps que no solo afectaban a los pacientes de VIH, sino también a los de cáncer, trasplantados, renales, etc. nos unimos todas las patologías de alto costo para enfrentar todos los problemas que eran iguales para todos estos pacientes y es así que nos trasformamos en **Asociación de Pacientes de Alto Costo de nueva eps** y es así como somos reconocidos hoy en la **nueva eps** y en el país, ya que luchamos por todos los pacientes de alto costo, pero también hemos ido abanderando una lucha por las demás patologías y en si por todos los usuarios de salud de la eps y de otras eps. De esta manera aclaramos que somos una sola asociación que es **Asociación de Pacientes Alto Costo nueva eps** para claridad en futuras comunicaciones con la Corte.

Pasando a dar respuesta a las preguntas solicitadas por la corte contenida en el numeral 11 del auto 100/2014:

11.1. ¿Cuál es el nivel de protección del derecho al acceso oportuno en Bogotá y en el departamento de Nariño? Deberá allegarse la información que soporte las conclusiones presentadas.

De acuerdo con nuestra experiencia, el acceso oportuno al derecho a la salud lo mostramos desde la vivencia de los pacientes de programas crónicos como son diálisis, VIH, trasplantados, fibrosis quística, diabetes, etc. Mientras que las EPS mantengan los contratos al día y las IPS aguanten los 120 días de cartera, en términos generales hay atención médica continua y a tiempo para la patología base. Algunas veces la IPS no atiende por la demora en los pagos y esto afecta a todos los pacientes que atiende esta IPS; fue el caso de años pasados donde CAPRECOM dejó a 240 pacientes de VIH en Cali sin atención por más de un mes por que no pago a la IPS, esto también ocurre cuando se ha parado la contratación con el instituto nacional de Cancerología y con algunas IPS de Diálisis.

Otro problema que ocurre con frecuencia es que el paciente es atendido por la IPS, pero la EPS no entrega el medicamento o se demora en las autorizaciones de Tecnologías en Salud (TS) del POS, o para lo NO-POS el CTC se demora en aprobación y cuando es por tutela las EPS ponen barreras administrativas para no cumplir el fallo judicial periódicamente. Esto significa demoras en la entrega de medicamentos o acceso a las ayudas diagnósticas afectando la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes y que al final termina por llevar al paciente a poner la tutela o descatos a la tutela.

Para estas patologías los problemas de oportunidad se acentúa en el proceso de referencia y contrareferencia a especialidades de acuerdo a comorbilidad con la patología de alto costo, como es la consulta a Neurología, Dermatología, Cirugía Vasculuar, Medicina Interna, y otras, en citas que pueden tomar hasta 180 días.

Para otros pacientes que son crónicos pero que generalmente las EPS no tiene programas especiales o IPS especializadas, como son muchas veces Salud Mental, Epilepsia, Artritis Reumatoidea, estos se ven generalmente afectados por que siempre necesitan autorizaciones previas de las EPS que demoran desde cinco hasta diez días, y la oportunidad no siempre está de acuerdo a las necesidades del paciente pudiendo tomar varios meses, y en muchos casos cuando dan la cita ya es muy tarde para el paciente.

En Cáncer el problema general es la oportunidad de ser remitido y tener acceso a tiempo a la consulta oncológica especializada y subespecialidades como Hematoncológica, Cabeza y Cuello y demás. Esto porque las EPS a veces no contratan si no con una sola IPS por costos y el paciente está limitado a la disponibilidad, otras veces por que se demoran las autorizaciones para tratamientos y exámenes después de haber logrado la consulta.

En las demás enfermedades comunes este derecho se ve afectado por la no apertura de agendas o tiempos muy largos para citas con especialidades de acuerdo a necesidades, sumado a las barreras administrativas que imponen las EPS para el goce efectivo del derecho a la salud, siendo un problema notorio en la entrega completa y continua de medicamentos y autorización de ayudas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

Otro aspecto que permite ver como el acceso oportuno no siempre es a tiempo, son los desacatos que deben poner los pacientes a los derechos concedidos por medio de la acción de tutela.

Todos estos problemas se ven más acentuados en los usuarios de régimen Subsidiado por la actual crisis hospitalaria que se vive en las ESE de Bogotá.

Como soporte a los planteamientos anteriores los presentamos con los documentos referidos a continuación, que corresponden a quejas tramitadas por la asociación:

El número del documento de soporte se marca en la esquina inferior izquierda del folio con un marco rojo .

Documentos de Soporte: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 39,40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 63.

11.2. Cómo asociación de pacientes ¿ha presentado reclamos o denuncias ante las entidades gubernamentales por el déficit de protección del derecho al acceso oportuno en el último trimestre de 2013 y el primero de 2014? De ser afirmativa la respuesta, ¿Cuáles entidades?, ¿Cuáles son los radicados y que respuesta han recibido?

Generalmente como asociación primero acudimos a la EPS porque el nivel de quejas que manejamos es en la mayoría de las veces crítico y se necesita solución lo más pronto posible. Usualmente nos comunicamos con funcionarios de la EPS por correo electrónico, teléfono, mensajes de texto y whatsapp con el objetivo de solucionar el problema con diligencia.

Cuando empezamos a recibir con más frecuencia las quejas sobre un mismo problema y que afecta a más pacientes de los que nos las remiten, enviamos la queja por e-mail a la EPS, copiamos a la Superintendencia Nacional de Salud, generalmente al Superintendente Nacional de Salud, al Director de Participación Ciudadana y a distintos funcionarios de la Supersalud asignados ahora para resolver quejas o los que conocíamos que más nos ayudaban. Las respuestas que recibimos a estas quejas generalmente son que enviaron la queja a la EPS y que en cinco días responden. Algunas veces nos contestan con la respuesta que dio la EPS y nunca la Supersalud toma medidas contra las EPS por las quejas que mandamos. Anexamos algunas ya que todas las respuestas son homogéneas (Documentos de Soporte: 34, 35, 36, 37)

Vale la pena mencionar a la Corte que en todo este tiempo también hemos tenido reuniones con los diferentes funcionarios de turno en la Supersalud, donde hay actas de las denuncias que llevamos y de lo que solicitamos, pero generalmente han sido "saludos a la bandera" porque no sale de ahí ninguna medida contra las EPS. (Anexamos a manera de información documentos de soporte números: 54, 55, 56)

También nos hemos dirigido por e-mail a la Supersalud solicitando investigaciones y sanciones, anexamos la apertura de una investigación a nueva eps por poner barreras administrativas al fallo de tutela cuando los pacientes la usan para reclamar tecnologías en salud (anexamos auto número 000109 de 2014 Documento de Soporte 52). Vale la pena mencionar a la Corte que en nuestra experiencia de 9 años de quejas en la Supersalud, hasta el día de hoy solo hemos logrado que se habrán tres (3) investigaciones con nuestras quejas: una a finales del 2013 y dos en el 2014, las cuales hasta el momento no sabemos si terminarán en sanción o no.

También copiamos muchas veces a la Defensoría del Pueblo, al despacho del Defensor, Secretaría General de la Defensoría y al Delegado para Salud, como se puede ver en los correos que anexamos como pruebas. Usualmente no recibimos respuesta de esta entidad por que argumentan que los copiamos y no lo dirigimos directamente a ellos, que no son ente de control y que para eso está la Supersalud. En algunas ocasiones han respondido la queja con la respuesta que da la EPS, o la Supersalud o informándonos que mandaron la queja a la EPS, pero nunca nos han respondido solicitando algún tipo de investigación a ninguna EPS. (Documentos de Soporte: 57, 58, 59, 60, 61, 62).

Otra entidad a la que copiamos las quejas que mandamos a las EPS o Supersalud es la Procuraduría General de la Nación, a la Delegada para Asuntos en Salud, como se puede ver los correos anexos con las respuestas que recibimos; estas quejas generalmente son enviadas para la sección de quejas procuraduría (Documentos de Soporte: 19, 20, 22, 25,26, 35). Por información verbal en días pasados me entere que la procuraduría había visitado a la nueva eps con el soporte de las quejas que habíamos enviado pero desconocemos más detalles de la visita.

Documentos de Soporte: 1, 2, 3, 6, 7,8, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 45, 46, 48, 49, 50,52, 57, 58, 59, 60, 61, 62.

11.3. Respecto a la resolución 1552 de 2013 ¿las Empresas Promotoras de salud y/o Instituciones Prestadoras del Servicio de salud en Bogotá y en el departamento de Nariño, durante el último trimestre de 2013 y el primer de 2014, cumplieron con el sistema de agendas abiertas para la asignación de citas? En caso negativo, identifiquen cuales no lo hacen.

Podemos informarle a la Corte que el cierre de agendas es un problema generalizado en todas las EPS que prestan servicios en Bogotá en las respectivas IPS propias o contratadas por capitación. Anexamos los informes de veeduría a tres IPS de nueva eps

en Bogotá, donde se detectó que había pacientes que llevaban hasta un año pidiendo citas a diferentes especialidades ya que siempre les decían que la agenda del mes estaba copada o cerrada y que no tenían agendas de los siguientes meses. Las excusas son que los médicos solo reportan la disponibilidad de agenda de ellos mes a mes debido a que no tienen contratos indefinidos con ellos y generalmente son por horas y estos trabajan para diferentes IPS. Y otro caso encontrado fue de una IPS que cerró agenda por un mes por que ya terminaba el contrato. (Documentos de Soporte: 8, 9, 11, 13, 15, 17).

Es normal recibir llamadas de solicitud de ayuda para lograr citas a más corto tiempo o asesoría para pedir cambio de IPS por que la IPS a donde fue remitido por las EPS dicen no tener agenda. Hemos detectado que algunas IPS grandes privadas dan agenda de acuerdo al estado de cartera de cada EPS, si llama paciente de Compensar o Sanitas asignan citas, pero si llama de nueva eps responden que no hay agenda.

También se ha empezado a detectar que las citas para los pacientes que tienen plan complementario de la EPS presenta una mejora sustancial del tiempo para la oportunidad; no hemos podido confirmar si es una medida de las EPS para motivar a sus afiliados a comprar los planes complementarios.

Documentos de Soporte: 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 24, 25, 33.

11.4. ¿Las EPS, cumplen los plazos establecidos en dicha resolución, es decir cinco (5) días hábiles para asignar cita a medicina especializada y tres (3) días hábiles para odontología y medicina general?

Para medicina general podríamos decir que es muy variable los tiempos de cita, por ejemplo en reuniones de usuarios con la nueva eps, la EPS nos muestra seguimiento de ellos donde nos argumentan que en promedio se aproximan a la norma en un 95%, con la metodología de muestreos como paciente oculto, pero cuando cruzamos contra la información obtenida por nosotros por medio de veedurías, evidenciamos que no se está cumpliendo la norma pues recibimos quejas de pacientes a quienes no les dieron citas a Medicina General o se las dieron a más de 5 días. Algunas veces la EPS reconoce que si se presentó el problema y otras veces que no entienden que pasó y que pedirán explicaciones a las IPS.

La Corte podrá ver en el acta de reunión de usuarios (Documento de Soporte 64) como la EPS reporta la oportunidad de sus IPS primarias en Medicina General y algunas especialidades están casi en el 95 % de cumplimiento de la norma, mientras que la veeduría que la asociación hizo en tres IPS (Documento de Soporte: 8, 9, 11, 13, 15, 17) muestran problemas de oportunidad de más de tres meses. Preguntamos a la EPS porque ellos no detectan esos problemas y la asociación en cualquier visita siempre los detecta y la explicación es que cuando ellos lo hacen funciona bien la IPS.

Referente a la cita con especialistas el tiempo de cinco (5) días nunca se cumple y es un gran porcentaje de quejas. Aquí tenemos además el inconveniente de que la evidencia de la oportunidad solo la tenemos desde el momento que se asigna la cita, pero el tiempo

que el paciente le toma hasta que se la asigna no queda registrado estadísticamente por que las agendas solo las abren cada mes.

En el caso de la **nueva eps** hemos solicitado agendas abiertas por todo el año, y tuvimos la oportunidad de detectar en la IPS Andar Barrios Unidos que la oportunidad para Urología en marzo ya estaba a 180 días o sea la cita era asignada para Septiembre, lo que significaba que a ese ritmo en junio la oportunidad estaría a un año; ante la queja a la **nueva eps** al día de hoy no ha dado solución.

Este problema es una queja generalizada de los usuarios de todas las EPS de Bogotá, tanto del contributivo como del subsidiado siendo en algunas veces más crítico en el subsidiado porque son cupos cerrados por mes para las especialidades como lo han evidenciado las denuncias por los medios de comunicación.

Una fuente de información para ver la magnitud de estos problemas puede ser la información que tiene los centros de ayuda al ciudadano en salud que montó la alcaldía de Bogotá en diferentes puntos de la ciudad, a donde el ciudadano pide asesoría para que los ayuden con los problemas del sistema de salud.

Documento de Soporte: 8, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 24, 25, 33,

11.5. ¿Cuál es el tiempo promedio que debe esperar un paciente desde que ingresa a un centro de urgencias hasta que es atendido por el medico correspondiente?

En esta pregunta lamentamos no poder ayudar mucho a la Corte, ya que en ocasiones las quejas las recibimos por teléfono del paciente y de igual manera procedemos por teléfono a lograr la atención más pronta. Esas llamadas se dan por que la persona es atendida pero no hacen exámenes rápido, o le dicen que el especialista lo tiene que ver y pasan horas y no lo pasa a ver, o porque no le asignan cama y están en camilla en urgencia, o son pacientes inmuno-comprometidos y los juntan con pacientes con infecciones; pero en algunas oportunidades hemos tenido quejas por escrito después del hecho y la mayor inconformidad es sobre la clasificación del "Triage" que es el que determina la prioridad en la atención, el paciente no lo entiende por que para él es todo urgente y considera que es mala atención si debió esperar tres horas por que fue clasificado con Triage I o verde según la IPS. Documento de Soporte: 41.

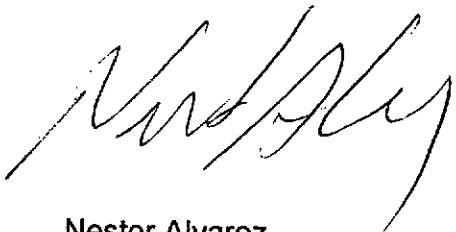
Como una gran conclusión de las preguntas de la Corte, podemos decir que hay un gran porcentaje de pacientes que dependen del sistema de salud mensualmente y que son afectados por las barreras administrativas de las EPS, que son principalmente las demoras en las autorizaciones de referencia y contra-referencia, incumplimiento de entrega de medicamentos y períodos de más de tres meses para citas en algunas especialidades.

Que el cumplimiento de las citas a tres días en Medicina General no se llega a más de un 50 % de cumplimiento y de cinco días para especialidades no se llega a un 5% de cumplimiento. Colombia está todavía muy lejos de llegar a un goce efectivo del derecho a la salud que se tiene por ley al día de hoy debido a las barreras administrativas que ponen las EPS e IPS, una deshumanización de la atención en salud y un sistema que solo cuida el presupuesto de la UPC para que las EPS puedan tener utilidades y no resultados en salud de la población afiliada.

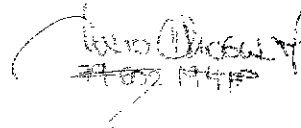
La mayoría de Documento de Soporte que anexamos son de **nueva eps** por ser donde trabajamos más directamente, otras son de Saludcoop, Salud Capital, Caprecom, Sanitas y Coomeva.

Confiamos que nuestra información y aporte sean de ayuda para la Corte en el análisis de este proceso.

Atentamente,



Nestor Alvarez
Presidente



Julio Cesar Rangel
Vicepresidente

Anexamos 168 folios.

Dirección Notificaciones
CCL 19A ≠ 86A + 0. AP 801