

Quejas por desatención de EPS superan el millón: Supersalud

- *Cifras de criticidad en salud alcanzan niveles históricos y una de cada tres quejas es 'riesgo de vida'. Para dar respuestas a usuarios y reducir la billonaria deuda con prestadores, se puso en marcha una estrategia de intervención en los territorios.*

Bogotá, 28 de noviembre de 2022.- Cada día de este año cerca de 3.500 ciudadanos en toda Colombia han utilizado los diferentes canales de la Superintendencia Nacional de Salud para quejarse contra las EPS porque no les entregan un medicamento, les dilatan la autorización de un procedimiento, les niegan un tratamiento o porque se cansan de la consabida excusa de que “no hay agenda disponible” cuando solicitan una cita con el médico general o con algún especialista.

El estado de insatisfacción de los usuarios viene imparable desde hace varios años, pero entre enero y octubre de este 2022 ya se rebasó la cifra del millón de quejas -1.043.026-, lo que significa un aumento de 26% frente al mismo periodo del año anterior. En otras palabras, hay 220.000 súplicas de atención nuevas, porque cada hora 145 usuarios ponen una queja formal contra el sistema de salud.

La situación es aún más grave si se tiene en cuenta que la tercera parte de todas las quejas son clasificadas como ‘riesgo de vida’, pues se evidencia que el paciente requiere una atención urgente y la intervención inmediata de la Supersalud, en máximo 48 horas, debido a su delicado estado de salud.

Según el reporte de la Superintendencia Nacional de Salud, en el top de los motivos que generan la mayor cantidad de quejas de los colombianos están: la demora en la asignación de citas de consulta médica especializada, los retrasos en la entrega de medicamentos, la tardanza en la prestación de servicios de imagenología y la inoportunidad en la programación de cirugías.

Para el Superintendente Ulahí Beltrán López “haber superado la barrera del millón de quejas y súplicas en estos 10 meses del año es una muestra de los altos niveles de desprotección por parte de las entidades administradoras de recursos o EPS; y también es la confirmación de que estar afiliado a una EPS no es sinónimo de estar protegido o asegurado”.

La actual Superintendencia prendió las alertas por esta crisis que recibió y por ello desde finales de octubre inició una estrategia de inmersión en los 10 territorios más críticos del país para llamar al orden a las EPS, requerir su participación en mesas de intervención focalizadas, establecer diagnósticos con los actores regionales y delinear planes de choque que den solución pronta al malestar de los pacientes.

Los 10 territorios donde se observa la mayor criticidad por la cantidad de problemáticas son: Bogotá (22% de las quejas), Antioquia (16%), Valle (14%), Santander (5.3%), así como Bolívar, Atlántico, Guaviare, Vaupés, Risaralda, Vichada y Chocó.

Al más del millón de quejas se suman indicadores como el aumento en la mortalidad materna y perinatal o de la desnutrición aguda infantil durante los últimos dos años y medio, lo que ha hecho que la entidad llame la atención de las administradoras de planes de beneficios frente a la caracterización de los afiliados y a la gestión de riesgo que deben realizar sobre las poblaciones vulnerables.

Según las cifras oficiales, el indicador denominado ‘razón de mortalidad materna a 42 días por régimen’ pasó de 55,77 muertes en 2019 a 87,21 en 2021, lo que significa un aumento de 56% en los casos que podrían haberse evitado con un adecuado seguimiento por parte de las EPS.

El análisis del ente de control señala que entre las principales causas de la disparada de reclamaciones del último año y sobre las que se urge a las EPS para corregir con urgencia están: la insuficiencia en la red de servicios, el incumplimiento en los indicadores de gestión de riesgo, la alta desatención en la prevención del riesgo.

‘Se requiere un timonazo y de manera inmediata’: Superintendente

Este ritmo de 105.000 quejas y desatenciones por mes vuelve a revivir el debate sobre el cumplimiento y las funciones que desempeñan las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tres de las cuales ya fueron liquidadas por el actual Superintendente en sus primeros tres meses de gestión (Comfamiliar Huila, Convida y Comfaguajira) por su inviabilidad financiera y, principalmente, por la desprotección que se comprobó en la que tenían a sus poblaciones afiliadas, que se traducían en una violación reiterada y sistemática del derecho a la salud de estas personas.

“Necesitamos un fuerte timonazo de manera urgente porque las necesidades de salud requieren inmediatez en atención y en soluciones. Estas administradoras que intermedian los recursos financieros de la salud (EPS), no pueden olvidar que ellas trabajan con recursos que son públicos y que por lo tanto esos recursos les pertenecen a las personas que ellas tienen afiliadas, y esas personas afiliadas son las verdaderas dueñas del sistema y en ese sentido, las administradoras de recursos deben cumplir con lo que demandan en servicios esas personas afiliadas”, agrega el Superintendente Beltrán López.

En estos 100 días de gestión el funcionario se ha visto forzado a llamar varias veces en la madrugada y a cualquier hora del día a presidentes de EPS para que activen soluciones urgentes en casos de pacientes que llevan hasta 6 meses o más pidiendo un tratamiento o buscando una orden para una cirugía vital y la rutina de funcionamiento de las EPS no les ha garantizado los servicios requeridos. “Esas llamadas ‘mágicas’ no son el deber ser -dice- pues los responsables del aseguramiento están obligados a proteger al usuario siempre, esto es 24/7, cuando está sano y con mucha más razón prestarle todas las atenciones necesarias cuando está enfermo. La salud no tiene horario de oficina”, agrega.

Desde septiembre pasado también se ha vuelto común que los máximos directivos de las EPS sean convocados al despacho del Supersalud, así como también en aquellos territorios con mayores insatisfacciones de la ciudadanía, para que se comprometan con planes de acción inmediatos, en lo que ha llamado el Superintendente “los territorios con

mayor criticidad en el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud y por tanto donde la insatisfacción por parte de la ciudadanía es mayor”.

Los llamados al orden del ente de control buscan que las EPS cumplan con el aseguramiento, la afiliación y la prestación de los servicios a los usuarios. Dice que la normatividad es clara en fijar las obligaciones del aseguramiento y no admite una aplicación discrecional o condicionada.

Deudas por \$16.6 billones provoca insolvencia de hospitales

Citando las cifras reportadas por las propias EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado, el Supersalud revela que las cuentas por pagar de esas entidades con las clínicas, hospitales y proveedores de insumos y medicamentos ascienden a 16,6 billones de pesos, situación que incide negativamente en la prestación de los servicios de salud y en la estabilidad de los actores así afectados.

Ese incumplimiento en los pagos por parte de las EPS ha venido generando un ‘efecto dominó’ que el Superintendente no duda en calificar como una “crisis que está llevando a la insolvencia, por falta de liquidez, al sector encargado de la prestación de los servicios”.

Para enfrentar esta problemática y trabajar en la formalización de contratos ente EPS e IPS, se han intensificado las mesas de saneamiento y los escenarios de acercamiento para dinamizar el flujo de los recursos y concretar acuerdos de pago que den reconocimiento a la cartera de la red hospitalaria pública y privada.

De igual forma, una acción del Ministerio de Salud liderado por la médica psiquiatra Carolina Corcho en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud trajo alivio a las finanzas de las IPS y se dio a finales de septiembre del presente año cuando se viabilizaron los planes de pago de 9 EPS a través del uso de las reservas técnicas por \$848 mil millones, lo cual beneficio a 1.050 prestadores públicos, 1.205 privados, 11 de naturaleza mixta y 307 proveedores de servicios.

‘Afiliados no es igual que protegidos’

Si bien se reconoce que la cobertura de afiliación en salud es cercana al 95%, eso no se traduce en protección efectiva del derecho a la salud de todos los colombianos, y una prueba de ello es el aumento desmedido en las quejas contra el sistema.

“Hoy Colombia tiene un sistema de salud que tiene afiliados, pero no asegurados. Un sistema que tiene afiliados, pero no protegidos”, puntualiza el Superintendente al señalar que “el aseguramiento y la protección en salud deben hacerse las 24 horas del día y los 7 días a la semana, porque los recursos de la salud son públicos y el ciudadano tiene la expectativa de que se le garantice su atención en salud, porque es un derecho exigible y no un favor dependiendo de la buena voluntad de la administradora de los recursos de la salud”.

CP OCEII-150