

Bogotá, abril de 2024

INFORME DEL ANALISIS DE LAS QUEJAS RECIBIDAS EN EL AÑO 2023 POR LA PAGINA WEB DE PACIENTES ALTO COSTO

WWW.PACIENTESALTOCOSTO.ORG

Pacientes Alto Costo, como organización que hace uso de los espacios de participación social en salud, dispone para el público una página web: www.pacientesaltocosto.org por medio de la cual recibimos quejas de los pacientes de alto costo y demás patologías para poder ayudar en la solución. A continuación, haremos referencia a los problemas más frecuentes para el acceso al sistema de salud y el goce efectivo del derecho a la salud que se identificaron en las quejas recibidas durante el año 2023.

Pacientes Alto Costo ha clasificado las quejas en 15 grupos, los cuales describimos a continuación:

1. **NO ENTREGA DE MEDICAMENTOS:** se refiere a no entrega de medicamentos de forma completa, continua o a tiempo, por razones como: faltantes, error en autorización, no aparece código de autorización, no concuerda formula con autorización, códigos no concuerdan, cantidades no concuerdan, formula vencida, autorización vencida, operador no entrego al domicilio, etc.
2. **DEMORA Y/O NO AUTORIZACIONES:** se refiere a que la eps no ha dado a tiempo la autorización o no autoriza: medicamentos, ayudas diagnosticas, consulta a especialistas, cirugías, insumos, cuidador, hospitalización domiciliaria, etc. de TS cubiertas por UPC “POS” o Presupuestos Máximos “MIPRES”, también TS que no son EXCLUSIONES, pero no tienen ruta de acceso para autorizarlas, no están en MIPRES y por eso se niegan.
3. **CONTINUIDAD Y/O CAMBIO DE IPS:** se refiere a que el paciente solicita continuidad de tratamiento en la IPS donde estaba siendo tratado, debido a que la EPS emite autorización en mitad de tratamiento para otra IPS; solicitud del paciente para no ser cambiado de su IPS primaria, solicitud del paciente de seguir siendo tratado en donde ingreso por urgencias y no ser cambiado a otra IPS, solicitud del paciente de ser cambiado de IPS por mal servicio o falta de atención.



@PacienAltoCosto

Alto Costo

Pacientes Alto Costo

www.pacientesaltocosto.org Pacientes

4. **NO AGENDA:** se refiere a cuando el paciente menciona claramente que llama a pedir citas médicas, a programar exámenes de ayudas diagnósticas o programar cirugías y le contestan que no hay agenda, llame después, o las agendas están cerradas.
5. **NO CONTRATO:** se refiere claramente cuando la EPS remite con autorización a un paciente a una IPS, a una farmacia o laboratorio clínico y cuando llega le dicen que no tienen contrato, o que esa actividad no está contratada.
6. **PROBLEMAS CON MIPRES:** se refiere cuando la eps menciona que el MIPRES tiene errores de códigos, o no coinciden cantidades con dosificación, o que no aparece el MIPRES en la plataforma por que se hizo manualmente, y también cuando el MIPRES queda para junta y nunca es autorizado.
7. **TRASLADO SIGUIENTE NIVEL DE ATENCION:** se refiere cuando el paciente está en una IPS de primer o segundo nivel y necesita ser trasladado a una de tercer nivel y la EPS no ha autorizado o se niega a autorizar, o IPS dicen estar en emergencia funcional.
8. **NO INSUMOS:** se refiere a la no entrega de insumos, tales como: pañales, cremas para cuerpo, pañitos, sillas de ruedas, corcets, ayudas ortopédicas, sondas para alimentación, barreras y bolsas de colostomía, condón urinario, elementos de traqueotomía, lancetas, glucómetros, oxígeno, etc.
9. **ATENCION DOMICILIARIA: TERAPIAS / MG:** se refiere a la no autorización, atención incompleta o suspensión de la atención de terapias de lenguaje, físicas, respiratorias a domicilio en especial en la población en situación de discapacidad, también al no cumplimiento o autorización de la internación domiciliaria en especial para pacientes terminales o de accidentes cerebrovasculares, etc.
10. **DEMORA EN ATENCION Y MALA CALIDAD:** se refiere a cuando el paciente manifiesta que pidió citas para: médico, ayudas diagnósticas, terapias físicas o del lenguaje, cirugías y las agendas están a más de 15 días o hasta meses y consideran que debe ser más pronto por la urgencia, o por que venían esperándola ya varias semanas o meses y hay cancelación de citas o cirugías. La parte de Calidad se refiere a que el paciente considera que fue mal atendido por: demoras en urgencias, porque no hubo resolutivez, fue maltratado en la atención, demora de más de dos días o semanas en urgencias en un asiento sin cama y sin diagnóstico, demora por no pago de copagos, demora por mala gestión administrativa de la IPS, etc.

- 11. NO VIATICOS - NO TRASPORTE - NO ACOMPAÑANTE – NO AMBULANCIA:** se refiere a cuando la EPS manda al paciente a otra ciudad diferente a donde reside, y debe suministrar estos auxilios, por ejemplo: en los casos de trasplantes, controles de especialistas, cirugías; también cuando al paciente la eps no lo devuelve a su ciudad de origen argumentando que la norma no lo contempla, pero no es una exclusión. El tema de acompañante se da más que todo en los menores de edad que no autorizan nada para la madre o el padre y un niño no puede viajar solo y menos enfermo, al igual que para adultos que no pueden viajar solos por su enfermedad; el tema de ambulancia se refiere a que el paciente necesita ser devuelto en ambulancia a su residencia por que fue atendido en otra ciudad y la EPS no autoriza, la ambulancia no llega a IPS donde está hospitalizado para llevarlo a exámenes a otra IPS o cambio de IPS, etc.
- 12. NO ACTIVO EN BDUA – PORTABILIDAD - MOVILIDAD:** se refiere que el paciente no aparece activo en la BDUA y no es atendido por esta razón, o el paciente solicita la portabilidad y no lo activan para ser atendido en la otra ciudad; la Movilidad se refiere generalmente cuando el paciente, aunque tiene patología crónica en tratamiento la EPS no la paso al subsidiado por no tener encuesta SISBEN o porque su puntaje no da para ser afiliado al régimen subsidiado y suspenden la atención.
- 13. NO CUIDADOR – NO ENFERMERA:** se refiere a que la EPS no autoriza el cuidador o la enfermera o los retiran, o el prestador no cumple. Generalmente afecta a los pacientes en situación de discapacidad, enfermedades crónicas terminales, pacientes que sufrieron accidentes cerebrovasculares y se acentúa esta queja en los traslados de pacientes de EPS liquidadas a EPS receptoras, ya que estas los reciben y no empiezan dando continuidad de tratamiento, si no que casi toca empezar de cero.
- 14. MAL COBRO DE CUOTA MODERADORA – COPAGO – CUOTA DE RECUPERACION:** se refiere a casos de pacientes de alto costo y pacientes de patologías crónicas en tratamiento, a quienes les cobran cuota moderadora o copagos. En el régimen subsidiado es frecuente el cobro de cuota de recuperación por lo NO POS en los pacientes de alto costo y demás patologías; también se da porque IPS no respetan el máximo anual de pagos de copagos o cuotas de recuperación.
- 15. DEMORA EN PAGO DE INCAPACIDADES:** se refiere a la demora o no pago de estas en los independientes, licencias de maternidad o problemas en el trámite.

Durante el 2023 se recibieron un total de **1013** quejas con **1631** motivos, distribuidas de la siguiente manera por régimen de afiliación, sexo y edad:

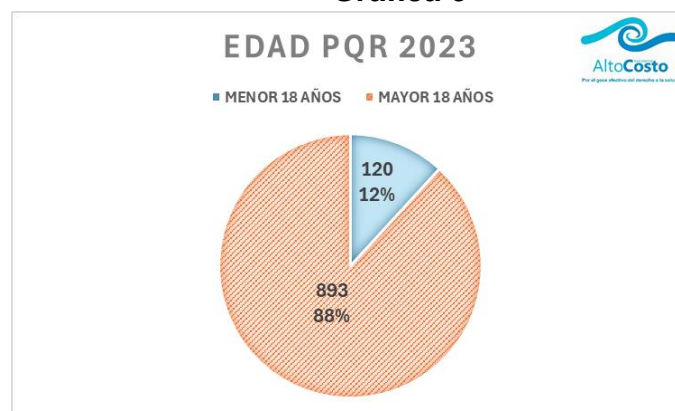
Gráfica 1



Gráfica 2

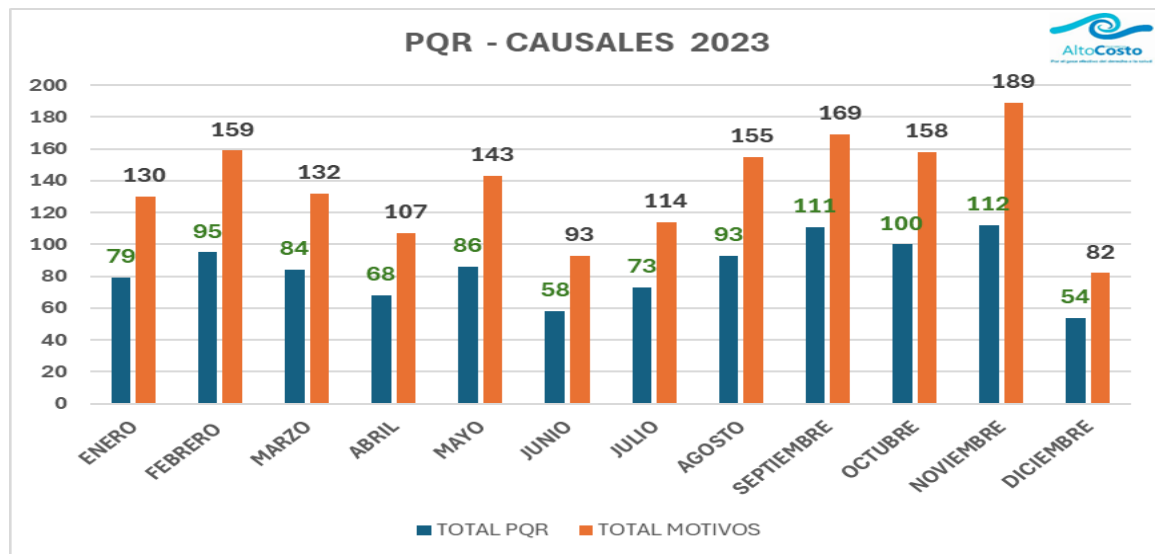


Gráfica 3



En la gráfica 4 se muestran el número de quejas mensuales y el número de motivos de estas. El mes de septiembre, octubre y noviembre mostraron una desviación significativa en comparación a los otros meses, debido a que nueva eps violo derecho a la continuidad de tratamiento en la misma IPS a pacientes de patologías AUTOINMUNES sacando pacientes de Biomab para Cafam en Bogotá.

Gráfica 4

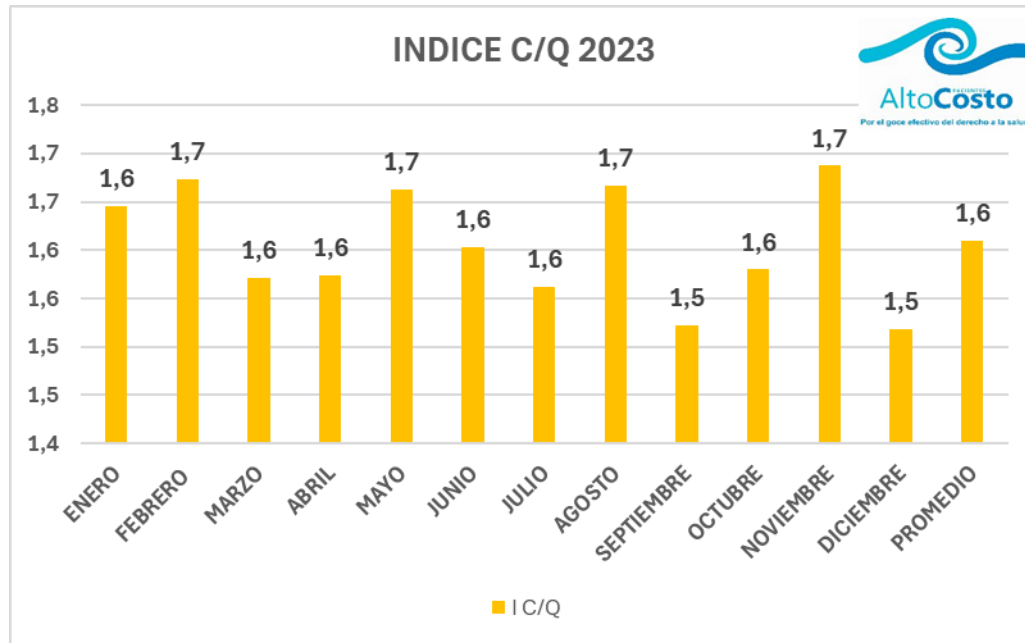


Se puede ver claramente en la gráfica 4 que, en la mayoría de las quejas hay más de un motivo por ejemplo: si el paciente menciona que no tiene acceso al medicamento por no autorización eso se codifica con esos dos motivos “No medicamento - No autorización”, diferente a no tener acceso al medicamento por faltante, lo cual se clasifica en un solo motivo “No medicamento”, otro ejemplo es el de “No medicamento” y además “No agenda”.

Teniendo en cuenta que hay más de un motivo por queja en muchos casos, Pacientes Alto Costo creo el **ÍNDICE C/Q**, que es un cociente entre el número de motivos y el número de quejas.

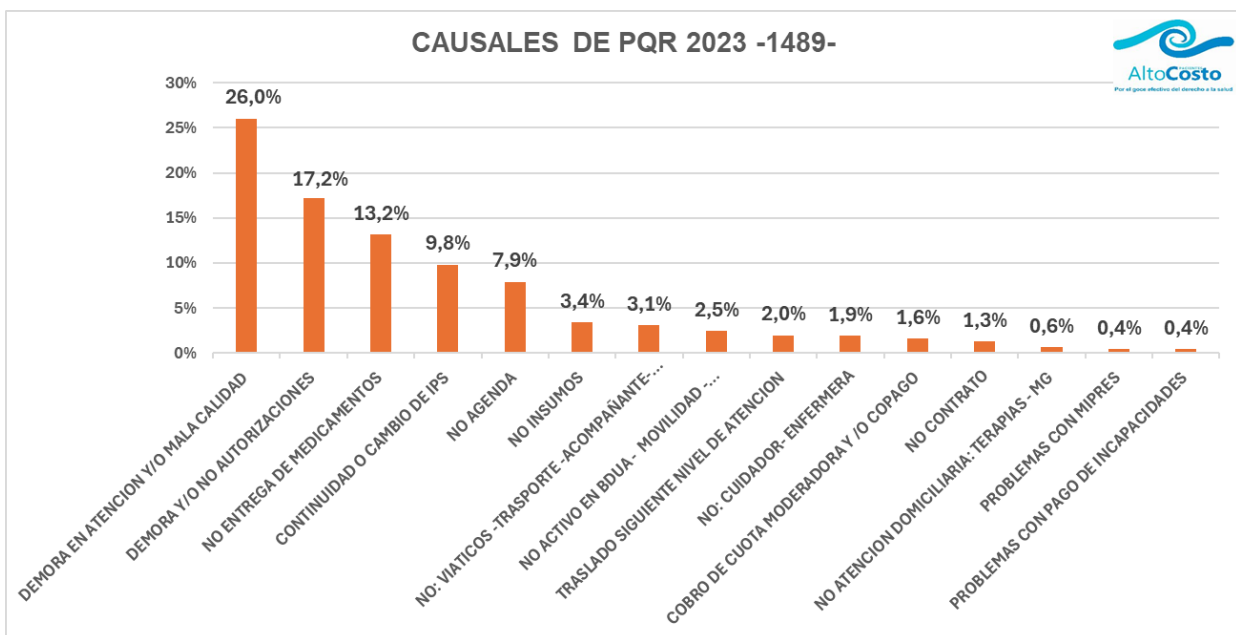
Se observa claramente en la gráfica 5 que el índice C/Q mensual siempre es mayor a 1 y se tuvo un promedio anual de 1.6, indicador más alto desde que creamos este índice, lo que significa que la violación del derecho a la salud se da por más de un motivo en la mayoría de los casos. Este indicador debería ser incluido en las estadísticas de la Supersalud y siempre tener como objetivo nunca ser mayor a 1, porque tenemos claro que siempre van a haber quejas.

Gráfica 5



En la gráfica 6 a continuación, se muestra la participación de mayor a menor en porcentaje de acuerdo con los 15 criterios de clasificación de las quejas.

Gráfica 6



El primer lugar de las quejas lo ocupa la violación al derecho de **DEMORA EN LA ATENCIÓN Y/O MALA CALIDAD con 26%**, es importante resaltar el llamado de auxilio por la demora en la asignación de citas, o los meses de espera en la asignación de citas, afectando principalmente la interconsulta a especialistas y también la cancelación de cirugías y de ayudas diagnósticas.

El tema de calidad fue por demora en traslado de urgencias a piso, demora de exámenes intrahospitalarios, o no resolutivez en la atención de primer y segundo nivel.

El segundo lugar causa encontrada fue **DEMORA Y/O NO AUTORIZACIONES con 17,2%**, principalmente se dio por mal funcionamiento de por las plataformas virtuales de las eps, centros de llamadas, presentándose problemas en la subida de archivos “las Fórmulas”, las eps respondían que no eran legibles los archivos, o que no se subieron, con el problema que ninguna eps tiene programadas estas plataformas para que entregue una copia al paciente de lo que envió, lo que significó la pérdida de tiempo y reiniciar el proceso, sumado a las demoras de siempre en autorizar por parte de las eps que van desde 3 días a 30 días. Esto se da para tecnologías cubiertas por UPC o por MIPRES. Hoy en día para las personas que no saben manejar o no pueden acceder a canales virtuales, se convirtió en otra barrera de acceso al derecho a la salud.

Consideramos que el tema de autorizaciones no debería ser una carga en tiempo y dinero para el paciente y se debe tener muy rápidamente todo en línea para que esta carga desaparezca como una barrera en tiempo y requisito para el acceso al goce efectivo del derecho de la salud. También es frecuente el error de estas autorizaciones lo que significa más tiempo para el paciente en tener la atención en salud. En este punto lo más crítico son las autorizaciones que van a JUNTA, ya que muchas IPS no los hacen y las eps no se preocupan por estas, y el paciente no sabe a dónde acudir para que se realicen estos comités o peor aún no sabe qué su MIPRES va a comité, y se queda esperando semanas, terminando en quejas o en tutelas.

El tercer lugar tenemos **NO ENTREGA de MEDICAMENTOS con 13,2%**, este problema es una suma más a los problemas de algunos pacientes, debido a que después de la demora de autorizaciones y la demora en la atención, llegar a la farmacia y que no tengan medicamentos crea desilusiones, rabia, desasosiego y muchos se deprimen al no poder empezar su tratamiento; estas alteraciones se ven reflejadas en algún grado en la agresión a los trabajadores de la salud y de las eps.

Esta demora afecta la salud de los pacientes y muchas veces terminan en más hospitalizaciones, con más complicaciones; es algo que nunca más debería ser permitido por la Supersalud. Es importante mencionar el problema del concepto de **DESABASTECIDOS** para justificar la no entrega de medicamento, que consiste en que el 90% de las veces, la



molécula que compra, la EPS por menor precio, tiene problemas de suministro, y que aunque en el mercado hay otras marcas, otros genéricos, sencillamente la eps no las compra para entregar a los pacientes y entrega unas cartas de desabastecido dejando al paciente a la suerte de él, y sumado un problema que no se deja registro sistematizado de este concepto y es así que no se conoce la magnitud del problema ni en que patologías y eps. El ministerio parece ser que no le interesara el tema y no toma medidas para minimizar este problema.

El cuarto lugar CONTINUIDAD O CAMBIO DE IPS con 9,8% es un problema que una vez más las eps violan los derechos de los pacientes, como fue en particular en nueva eps el cambio masivo de pacientes de patologías autoinmunes de Biomab a Cafam en Bogotá, sin previo aviso y en mita de tratamientos, este motivo es cada día más frecuente que la eps le de autorizaciones para terminar un tratamiento y lo dirija a otra ips.

El quinto lugar NO AGENDA con 7,9%, este concepto se suma al primera causa de quejas ya que muchos reporta la demora en la atención por que reciben respuesta de las ips de no tener agenda, que en muchos caso se da más en eps que tiene problemas de cartera. Si sumamos la demora en la atención con no agenda tenemos un 34% siendo el principal problema por el cual envían quejas pidiendo ayuda.

Esto aplica a citas médicas, cirugías, ayudas diagnosticas terapias de diferentes modalidades

Es importante mencionar que al no existir sistemas de información adecuados para solicitud de citas, no se puede cuantificar la magnitud de este problema y consideramos que los requisitos tecnológicos para dar citas deberían estar incluidos en criterios de habilitación, no es posible que al 2024 las TIC aun no estén en este tema de salud.

El **sexto lugar** fue el motivo de **NO INSUMOS con 3,4%**, Esta queja afecta principalmente el tema de pañales para pacientes en situación de discapacidad, adultos mayores, así como lancetas y glucómetros en pacientes diabéticos. También el tema de barreras y bolsas de colostomía se presentó por varios meses en los pacientes; los pañales que superaban las 90 unidades fue un tema crítico, los materiales para cirugías ortopédicas también contribuyeron en este causal.

El **séptimo lugar NO VIATICOS - NO TRASPORTE - NO ACOMPAÑANTE – NO AMBULANCIA con 3,1%**. Es algo muy crítico para los pacientes, debido a que las eps no autorizan a tiempo estos ítems y el paciente pierde citas y oportunidad de atención a tiempo. Es una deficiencia muy crítica que las eps no tengan parametrizado el paquete de trasporte y alimentación cuando autorizan una prestación de un servicio fuera de la ciudad de residencia del paciente, para que automáticamente expidan las autorizaciones del paquete. Otras veces solo autorizan transporte, pero no hospedaje, o no trasporte y si viáticos, o solo autorizan para

el paciente y no para el acompañante argumentando que MIPRES no contempla gastos complementarios en la ruta ordinaria de autorizaciones y el paciente debe sufrir para conseguirlos y muchas veces acuden a la acción de Tutela para que la eps los den. También muchas veces la eps empieza negándolos; en este sentido es importante revisar con urgencia la resolución del ministerio que estableció la clasificación de municipios que tienen derecho a estos auxilios cubiertos por la UPC, para que no se tenga que recurrir a interponer Tutelas. También se sumó el problema de incumplimiento del transporte de los pacientes en situación de discapacidad a citas médicas.

El octavo lugar NO ACTIVO EN BDU – PORTABILIDAD – MOVILIDAD con 2,5%, el tema está directamente relacionado con la inconstitucionalidad del DECRETO UNICO DE SALUD en el tema de afiliación y el derecho a la salud como derecho fundamental. Importante mencionar que la nueva metodología de SISBEN deja a más colombianos sin el subsidio a la salud y los han sacado del régimen subsidiado. En movilidad sigue afectando a los pacientes de ALTO COSTO a quienes nunca se les debe negar la atención pero si quedan desempleados no los cambian al régimen subsidiado.

En **noveno lugar** está **TRASLADO SIGUIENTE NIVEL DE ATENCION con 2,0%**, es la queja más frecuente en el tema de referencia y contra referencia. Afecta a pacientes en la mayoría de las ciudades pequeñas que requieren siguiente nivel de atención por no haber en sus ciudades. También se ve afectado por la demora en autorizaciones de las eps y en el caso de las UCIS por la centralización del manejo en el CRUE “centro de regulación de urgencias y emergencias” donde las eps dicen que no intervienen y que no depende de ellos; sería importante poner más atención y conocer mejor su funcionamiento para mejorarlo.

El décimo lugar NO CUIDADOR – NO ENFERMERA con 1,9%, es un tema que crece cada día, especialmente en el tema de cuidadores porque las eps no autorizan o los retiran arbitrariamente; también se da porque las ips suspenden el servicio por falta de pago por parte de la eps. Afecta a los pacientes en situación de discapacidad y adultos mayores, llevando a una grave violación al derecho de la salud ya que estos son los que más lo necesitan, esto causa un gran dolor y angustia en las madres, esposas/os e hijas/os que son las principales cuidadoras en el caso de los menores o de las familias en el caso de adultos y adultos mayores; Importante resaltar que generalmente las eps exigen las famosas tutelas TAXATIVAS para pedir el servicio por norma del ministerio y aplican la norma de máximo ingresos de 4 SMMLV sin estudio socio económico alguno.

El onceavo lugar MAL COBRO DE CUOTA MODERADORA – COPAGO con 1,6%, en general afecta a los pacientes de alto costo, pero más crítico en el régimen subsidiado que son más pobres, porque no pueden acceder a los servicios por esta causa. El proceso de

marcación en la base de datos de la eps para los pacientes que están exentos de estos pagos como es ALTO COSTO, patologías de programas de crónicos, es deficiente y son errores comunes en las autorizaciones que no indican la exención de estos tipos de pagos y las ips, si no pagan, no prestan la atención. Es frecuente que los pacientes en las ips de II y III nivel tengan que firmar letras o quedar secuestrados por los copagos, ya que se incumple con tener un sistema de información donde se contabilicen los copagos de cada paciente y si llega al límite por año no se le cobre, algo que se ha vuelto tedioso para que las ips reconozcan las facturas de pago del año y no lo apliquen es te cobro de copago. Queremos resaltar la falta de información sobre la tarifa sobre la cual se cobra ya que hemos evidenciado que algunas ips el copago es más caro que pagar en particular por ejemplo en las ayudas diagnosticas.

El **doceavo lugar NO CONTRATO con 1,3%**, es una queja que consideramos muy grave que la eps emita autorizaciones a ips donde el paciente al pedir cita, le dicen claramente que no hay contrato vigente o está suspendido por demora en pagos a la ips. También sucede en los casos que la ayuda diagnostica o procedimiento específicamente no está contratado o le informan al paciente que no lo hacen.

El **treceavo lugar es NO ATENCION DOMICILIARIA: TERAPIAS / MG con 0,6%**, esta falla afecta mucho la calidad de vida de los pacientes en situación de discapacidad, porque no tienen acceso a tiempo a terapias del lenguaje, terapias físicas y terapias respiratorias, lo cual afecta su calidad de vida; en algunos casos la falta de pago a estos trabajadores por parte de las IPS argumentando demora en pagos por parte de la EPS es lo que motiva a la queja. Es frecuente leer en las quejas la no autorización completa de las terapias que manda el médico especialista, solo les hacen un paquete que esta contratad por la eps. Se ha detectado que estos médicos de estas IPS se niegan a formular pañales y el cuidador.

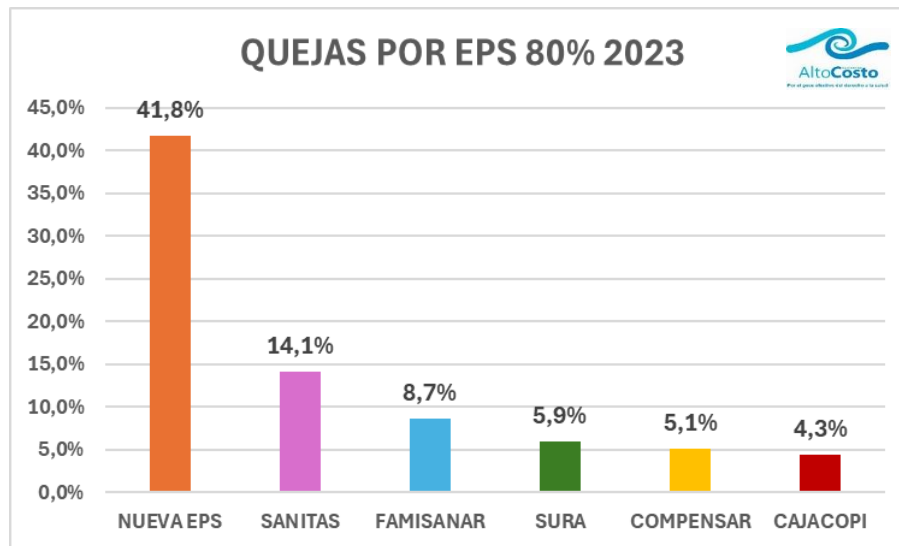
El **catorceavo lugar es PROBLEMAS CON MIPRES con 0,4%**, generalmente se debió a las malas autorizaciones por parte de las eps, También se presentó porque el operador farmacéutico se demoró en la entrega y se venció el MIPRES y así el paciente perdió mínimo una o dos entregas.

El **quinceavo NO PAGO O DEMORA EN PAGO DE INCAPACIDADES con 0,4%**. afecta mucho a los independientes y pequeñas empresas; el proceso es largo para el cobro y puede durar hasta más de seis meses.

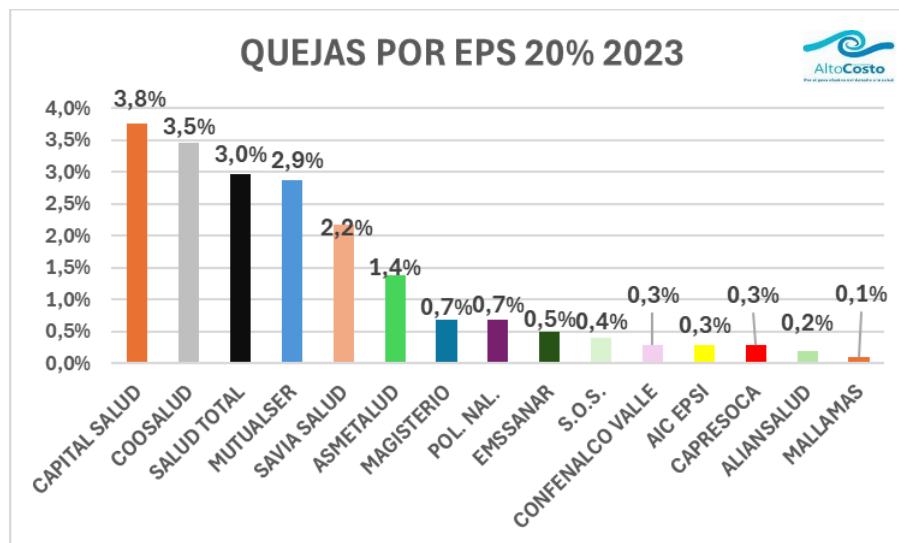
A continuación, mostraremos el comportamiento de las quejas por eps. Es importante mencionar que esa es una radiografía de las quejas recibidas por www.pacientaltocosto.org y que no podemos concluir que este orden obedezca a el grado de violación del derecho a la salud de cada una.

En la gráfica 7 se muestra el 80% de quejas por eps del año 2023 y la gráfica 8 el 20% restante. Aclaramos que es una radiografía de las quejas que nos llegan, pero podríamos asumir que representa el problema del sistema de salud.

Gráfica 7



Gráfica 8

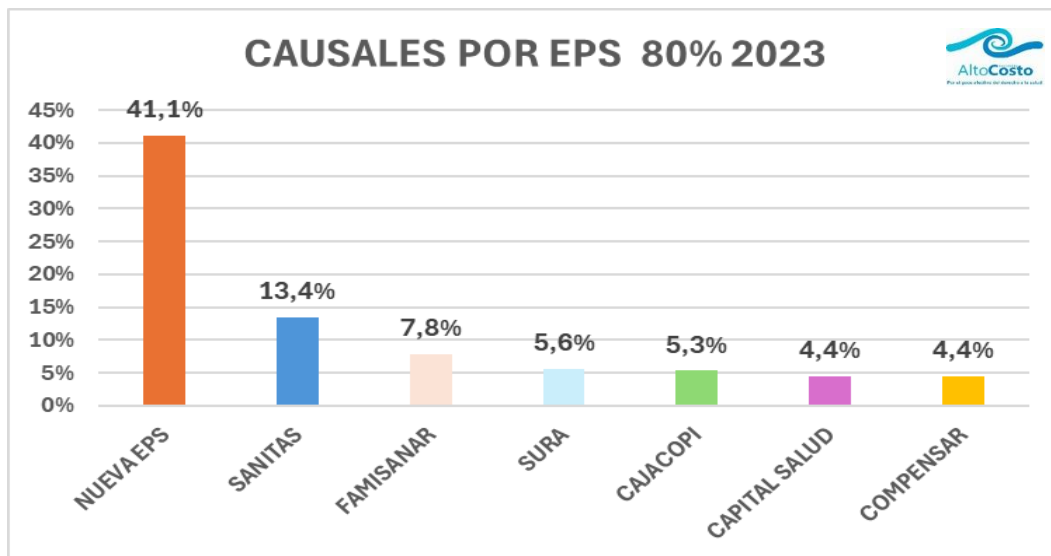


En la clasificación por número de quejas tenemos que el 80% de estas están en 6 eps, importantes en régimen contributivo y de mayor presencia en las capitales donde Pacientes Alto Costo es más conocido y el 20% restante en 15 eps y dos regímenes especiales, que

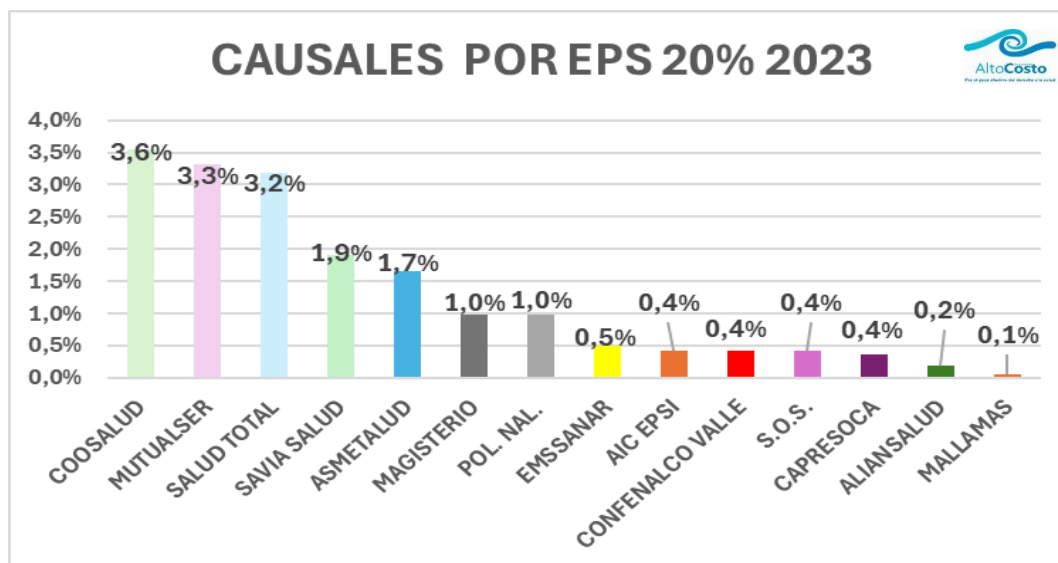
concuera en algo con el tamaño de cada eps en el mercado, de presencia más regional y en su mayoría del régimen subsidiado.

En la gráfica 9 y 10 se muestra la clasificación de las EPS por número de causales de quejas, 7 eps tienen el 80% de los causales, y el 20% restante está en 12 eps y 2 regímenes especiales,

Gráfica 9

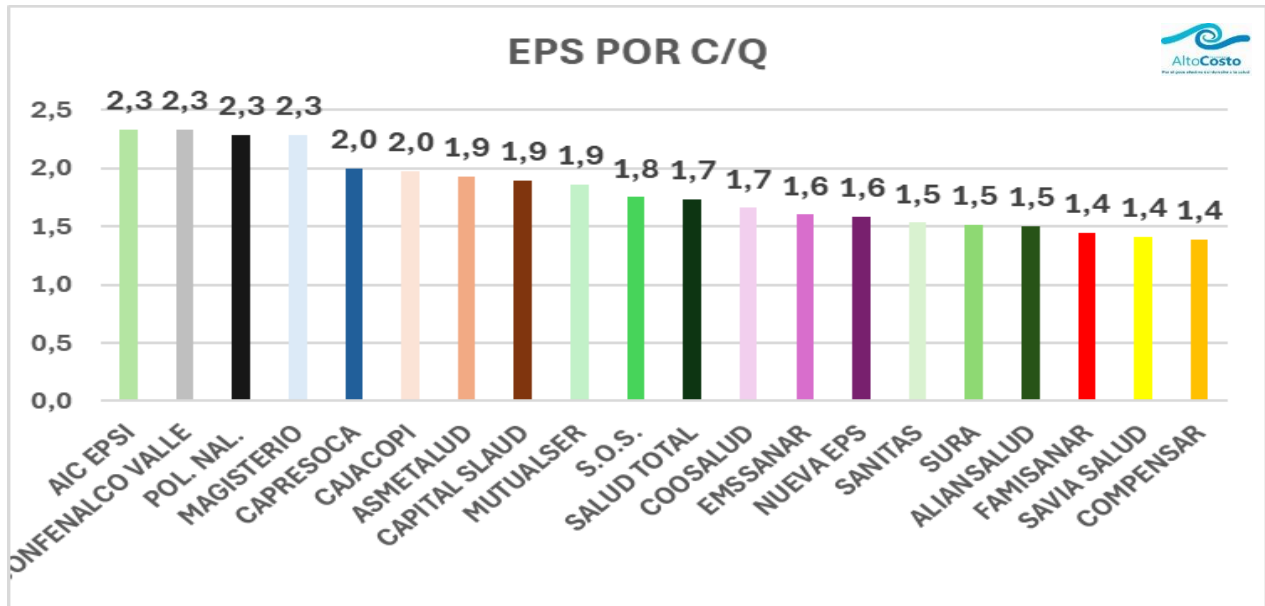


Gráfica 10



El análisis el índice **Causa/Queja "CQ"** que nos permite ver cuales esp son más críticas. La grafica 11 muestra el orden por este índice.

Grafica 11



En la siguiente tabla se muestra la clasificación del índice C/Q de acuerdo con su valor, con el objetivo de poder establecer clasificaciones que nos permitan enfocar en pedir planes de mejoramiento a las eps, y que a Supersalud le pueda ayudar a enfocar sus funciones de IVC en las eps de CQ normal alto hasta grave.

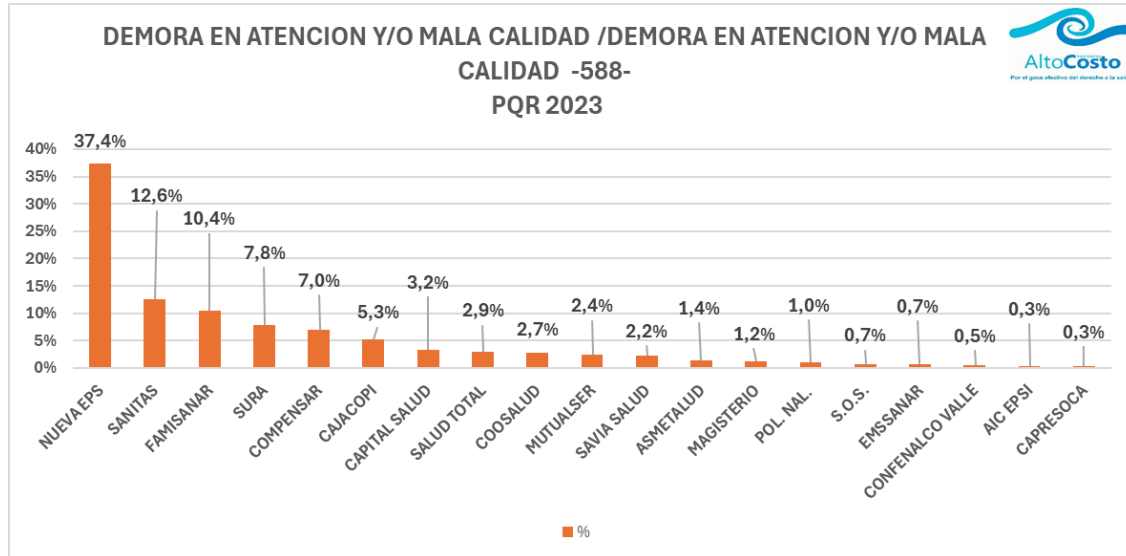
CLASIFICACION	RANGO DE VALOR INDICE C/Q
GRAVE	MAYOR O IGUAL A 3
CRITICO	MAYOR O IGUAL QUE 2 Y MENOR QUE 3
MAYOR	MAYOR O IGUAL QUE 1.5 MENOR QUE 2
NORMAL ALTO	MAYOR QUE 1 Y MENOR QUE 1.5
NORMAL	IGUAL A 1

Con índice **CQ Critico** hay 6 eps, inadecuado para el goce efectivo del derecho fundamental de la salud. Luego con índice **CQ Mayor** hay 11 eps, tampoco muy bueno para los pacientes y el sistema de salud; con índice **CQ Normal Alto** hay 3 eps y con índice CQ Normal no hubo eps. Consideramos que todo CQ mayor que 1 "Normal", las eps deben revisar y mejorar sus procesos para llevarlos a un CQ de 1 en no más de un 2% de las atenciones a los pacientes.

Para completar el análisis mostraremos la participación de cada eps en cada uno de los motivos de clasificación de quejas:

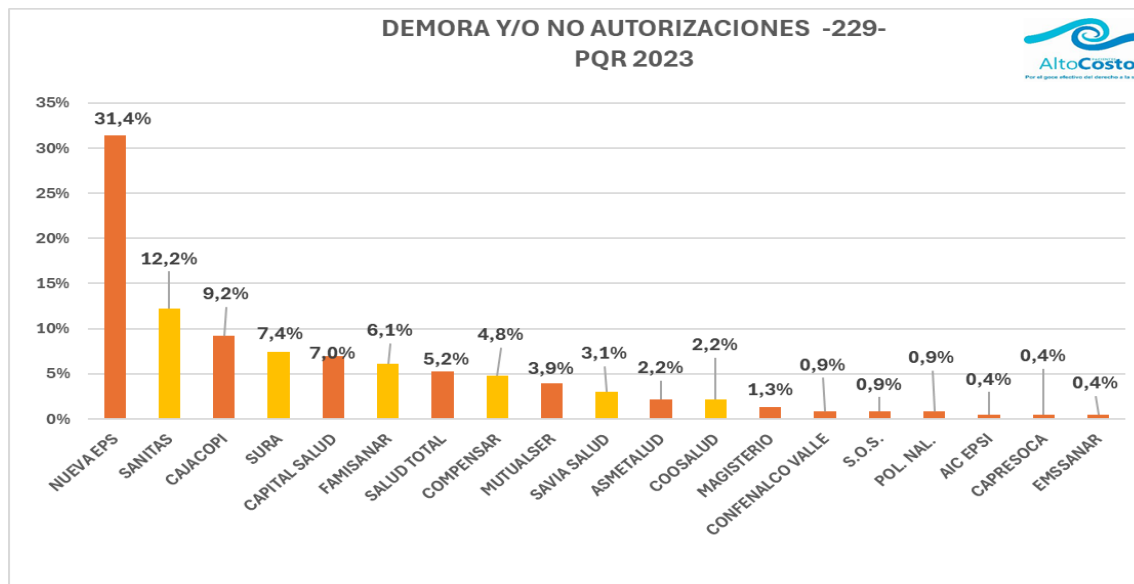
DEMORA EN ATENCION Y MALA CALIDAD, con 588 quejas participan 19 eps.

Grafica 12



DEMORA Y/O NO AUTORIZACIONES, se presentaron 229 quejas en 19 eps, siendo este administrativo una gran barrera para el derecho a la salud en Colombia.

Grafica 13



NO ENTREGA DE MEDICAMENTOS, se presentaron 212 quejas en 20 eps, siendo nueva eps la más crítica, esto fue más notorio en las patologías crónicas.



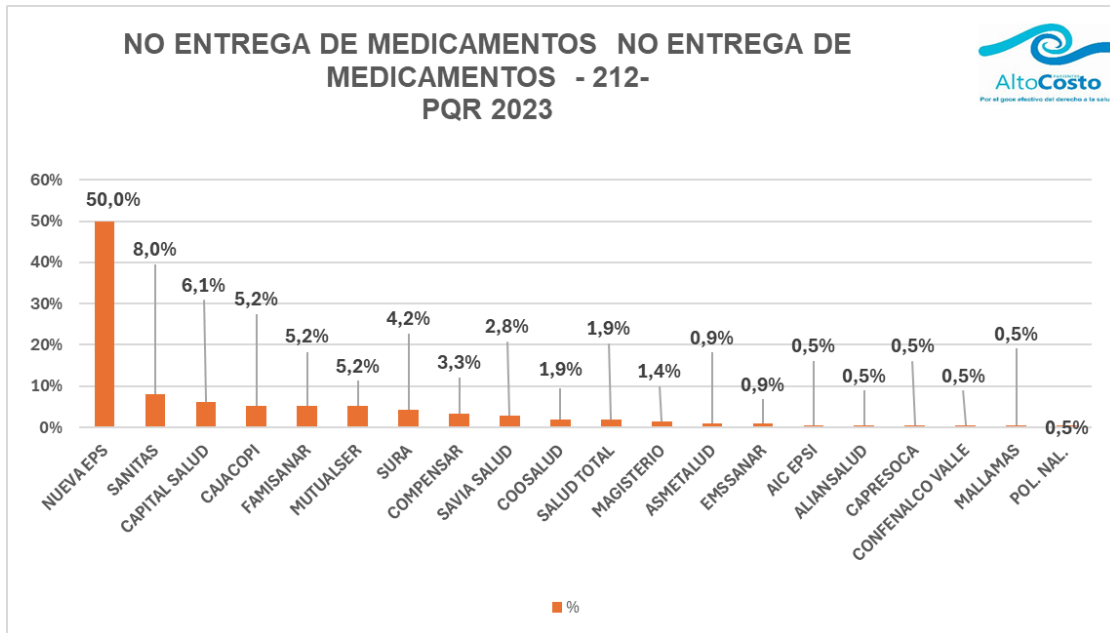
@PacienAltoCosto

Alto Costo

Pacientes Alto Costo

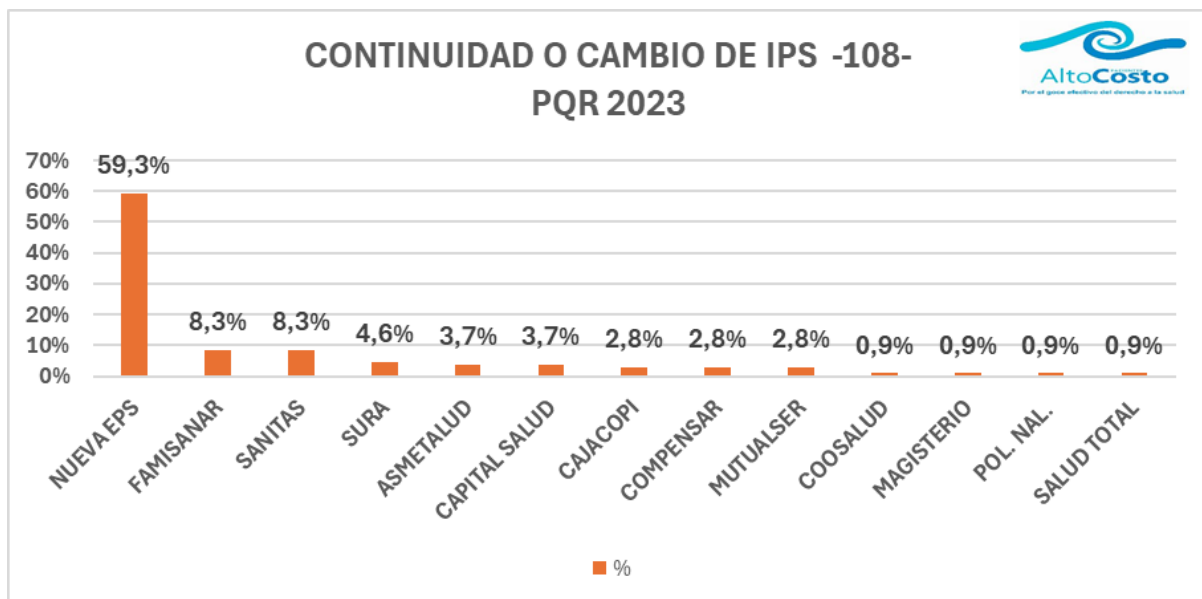
www.pacientesaltocosto.org Pacientes

Grafica 14



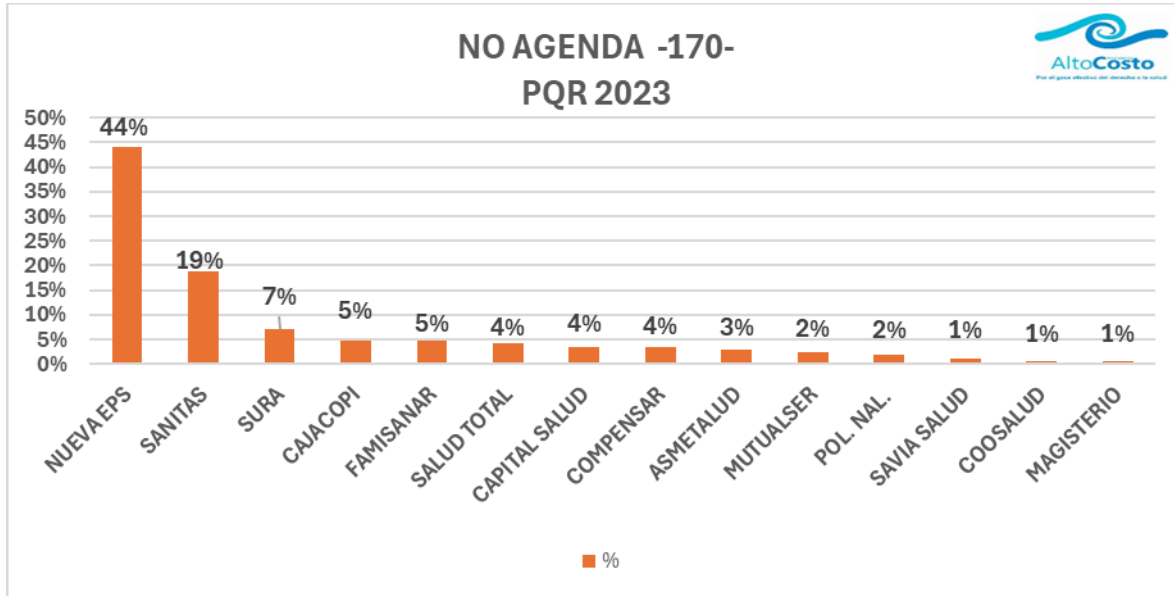
CONTINUIDAD Y/O CAMBIO DE IPS, se presentaron 108 quejas en 13 eps. Con un 59% nueva eps por la arbitrariedad que cometió con los pacientes de enfermedades Autoinmunes en Bogotá.

Grafica 15



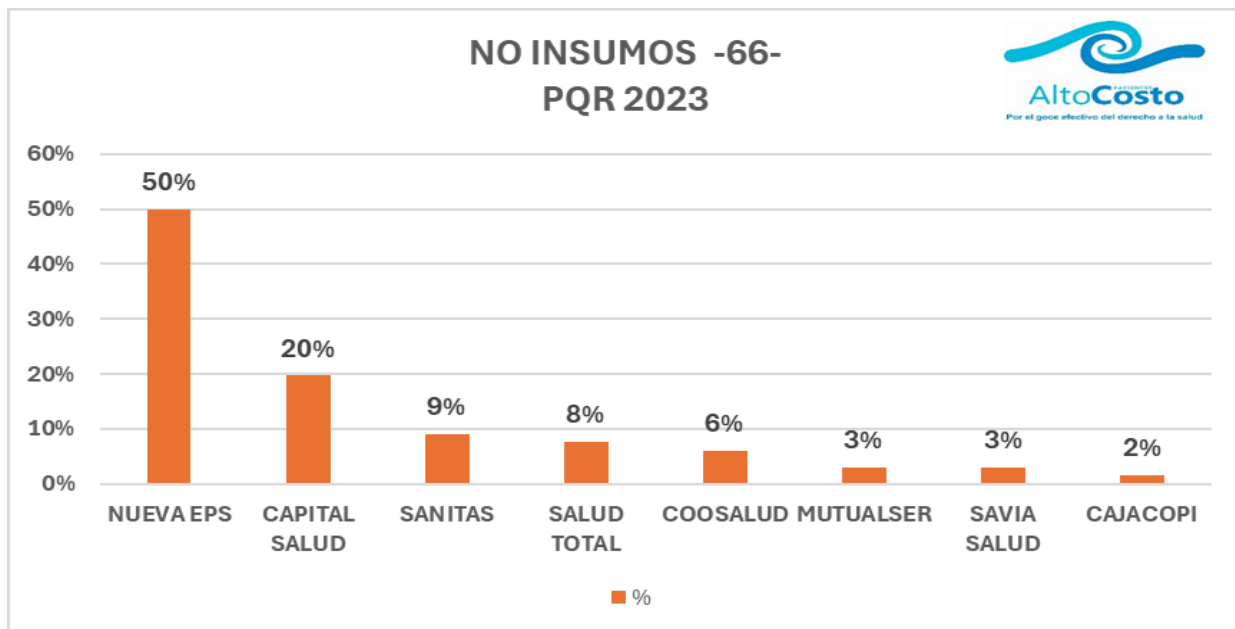
NO AGENDA, con 170 quejas con 14 eps,

Grafica 16



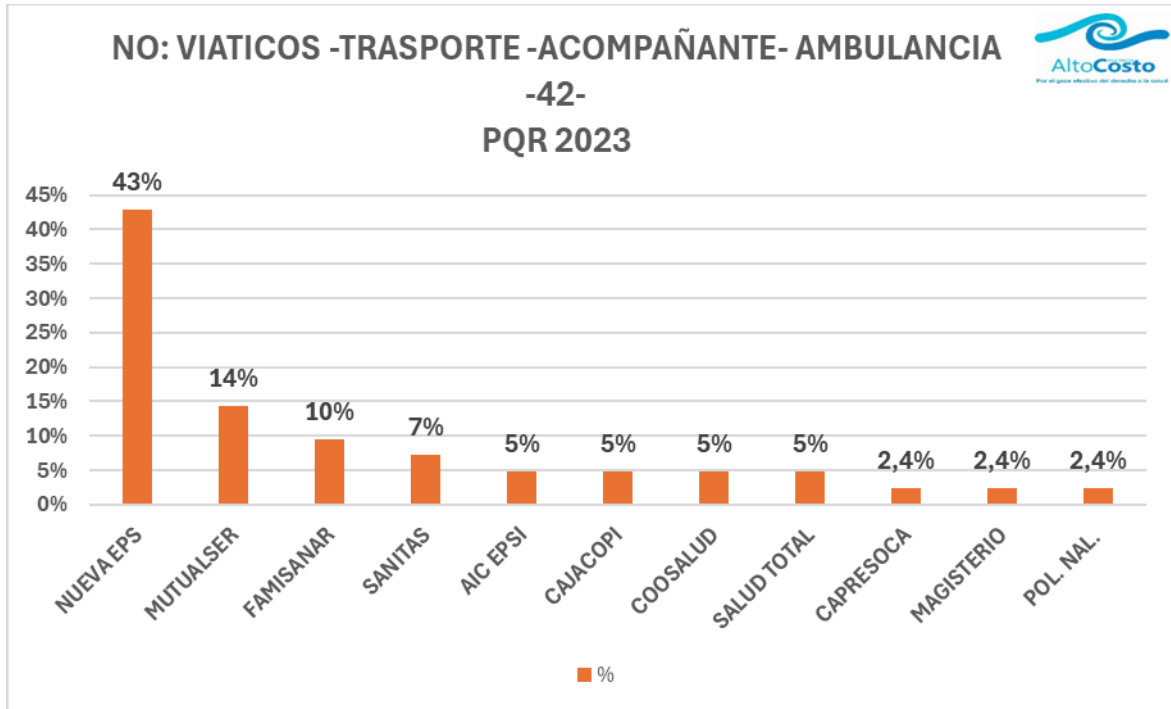
NO INSUMOS, con 66 quejas participan 8 eps,

Grafica 17



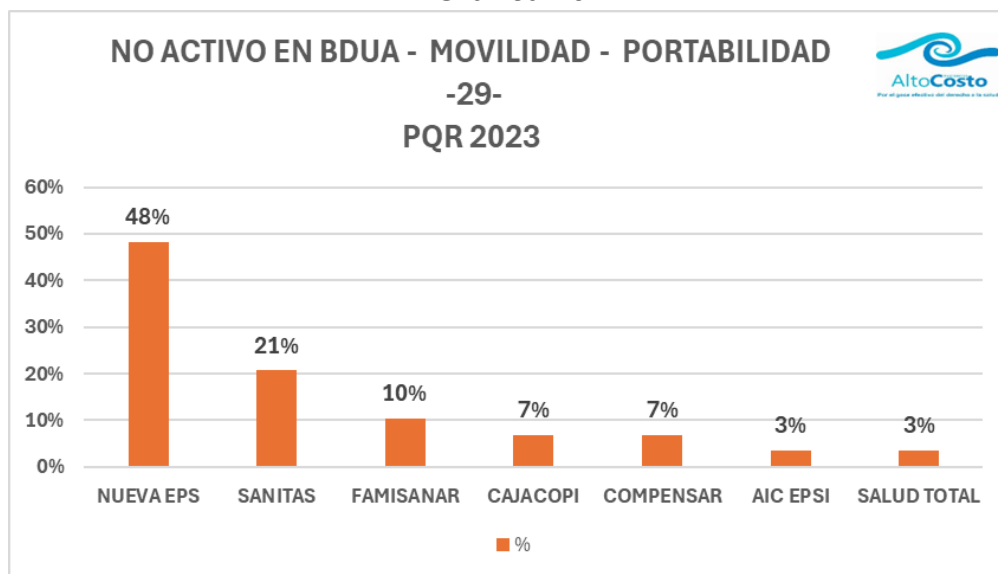
NO VIATICOS - NO TRANSPORTE - NO ACOMPAÑANTE – NO AMBULANCIA, con 42 quejas en 11 eps,

Grafica 18



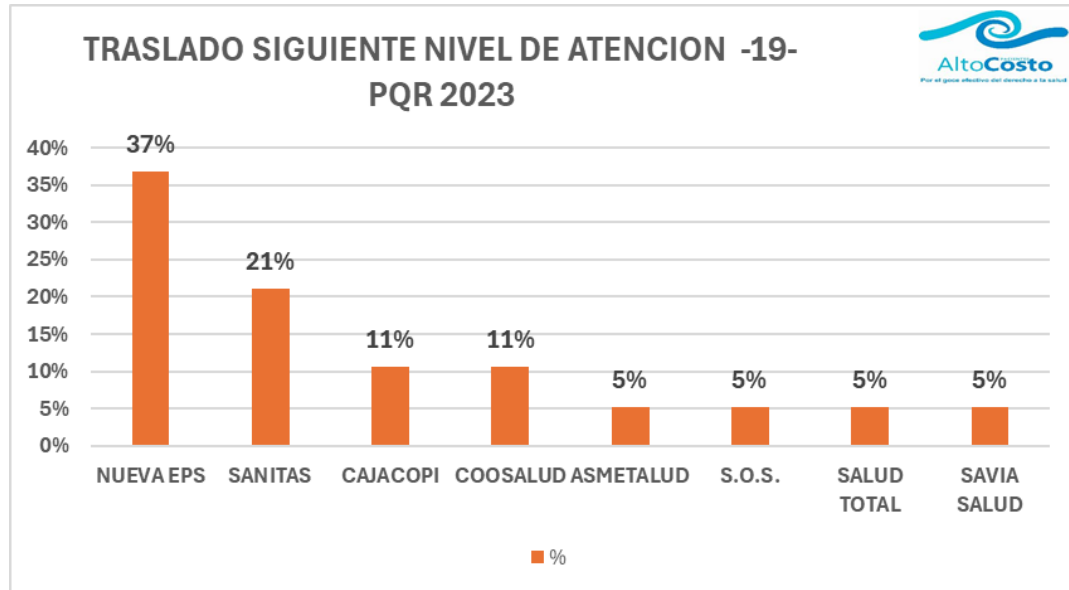
NO ACTIVO EN BDU A – PORTABILIDAD – MOVILIDAD, con 29 quejas participan 7 eps.

Grafica 19



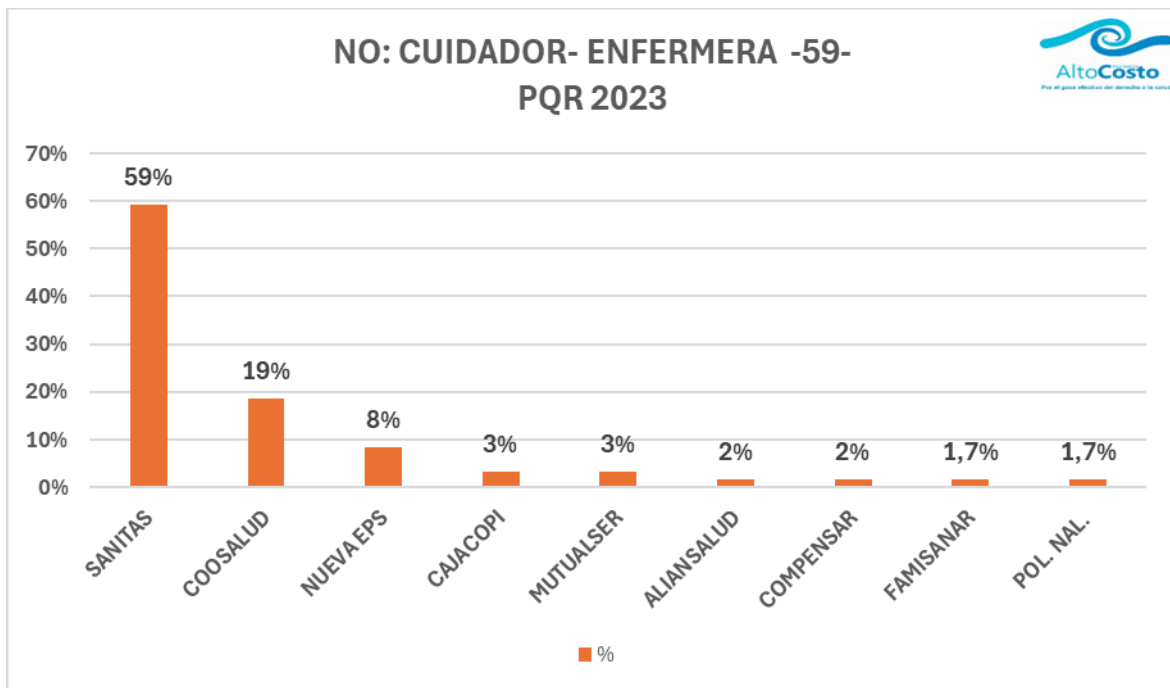
TRASLADO SIGUIENTE NIVEL DE ATENCION, con 19 quejas con 8 eps

Grafica 20



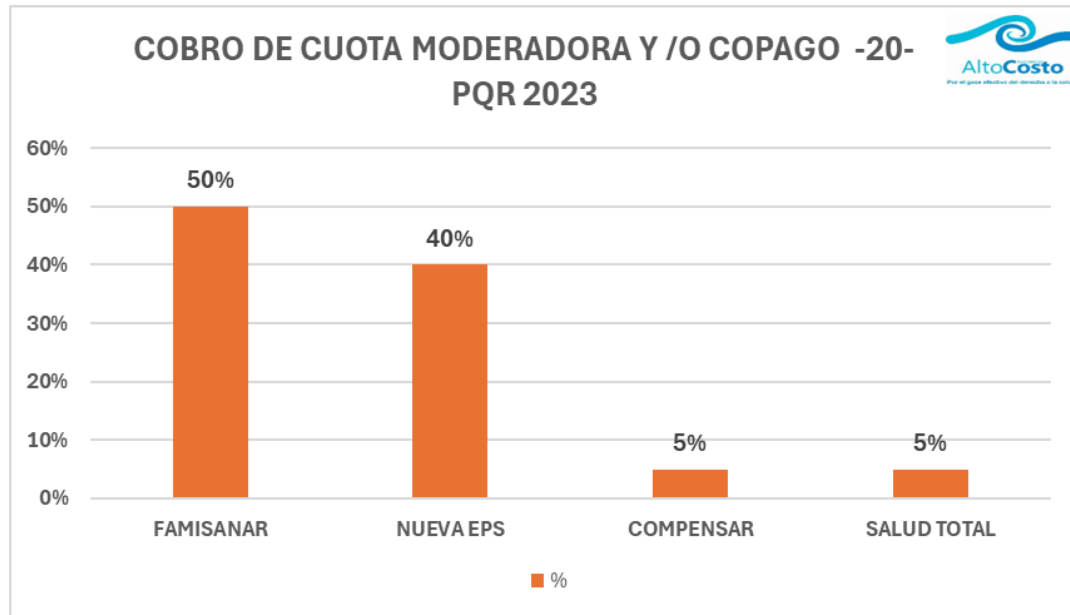
NO CUIDADOR – NO ENFERMERA, 59 quejas en 9 eps

Grafica 21



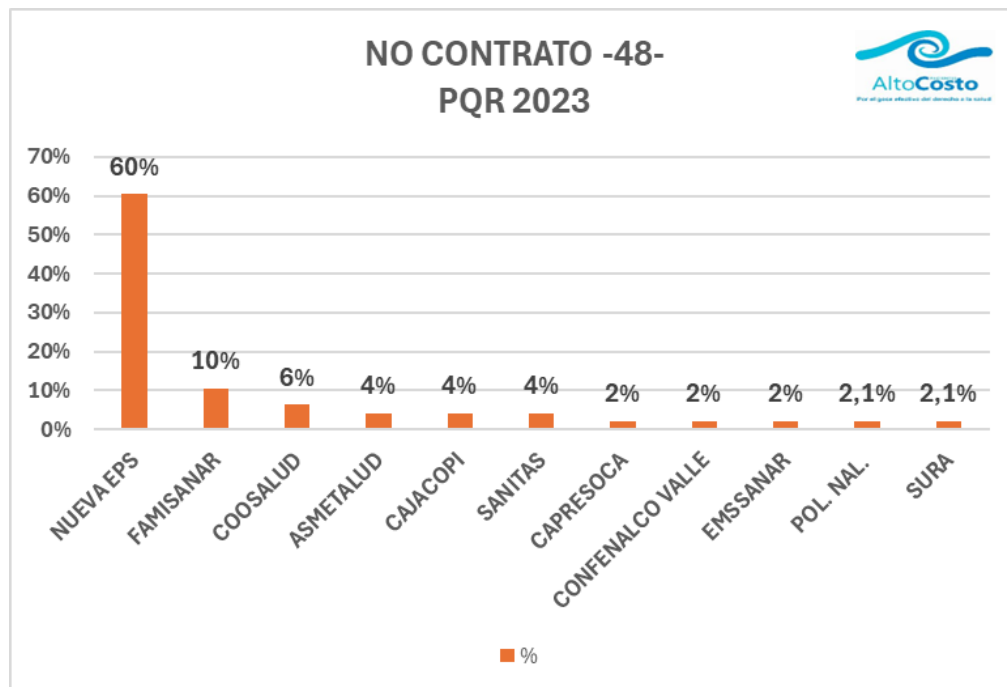
MAL COBRO DE CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO con 20 quejas en 4 eps.

Grafica 22



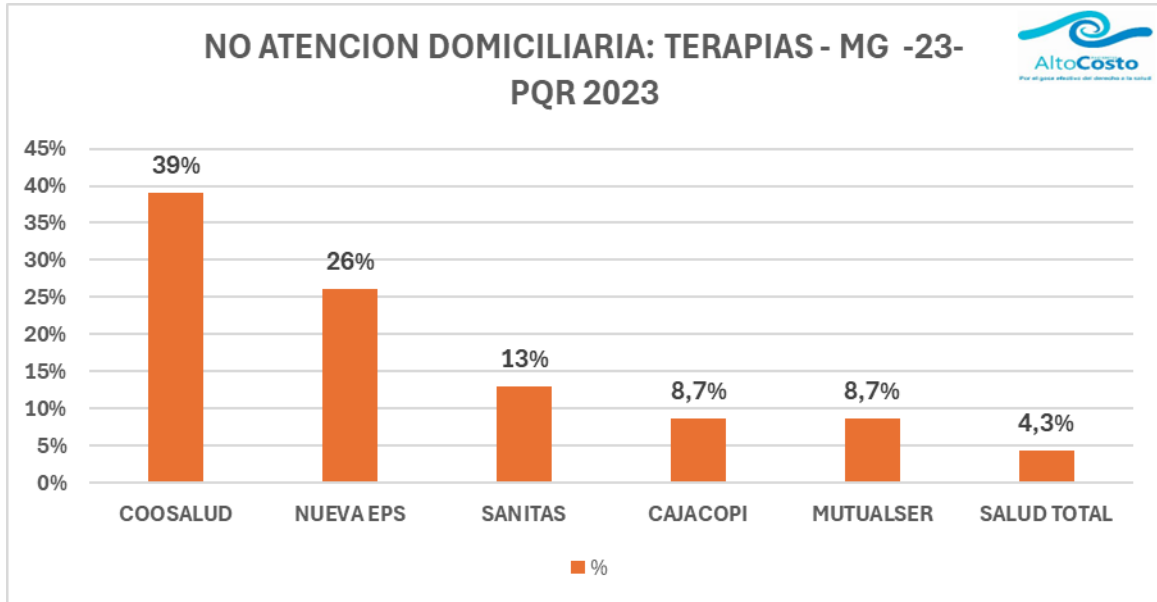
NO CONTRATO, con 48 quejas en 11 eps.

Grafica 23



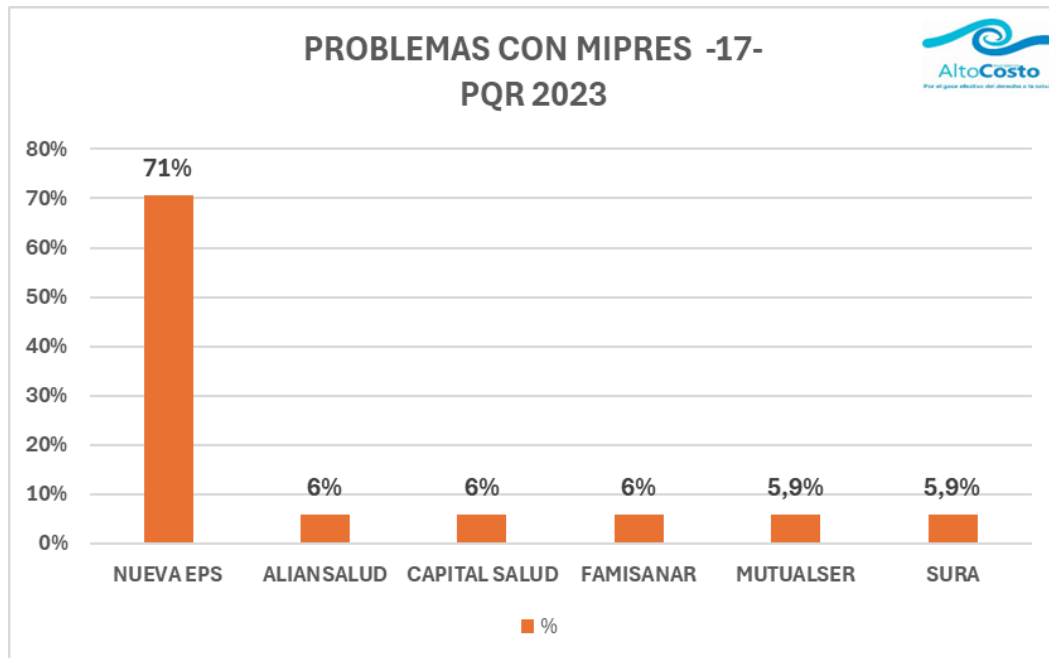
NO ATENCION DOMICILIARIA: TERAPIAS / MG, con 23 quejas con 6 eps.

Grafica 24



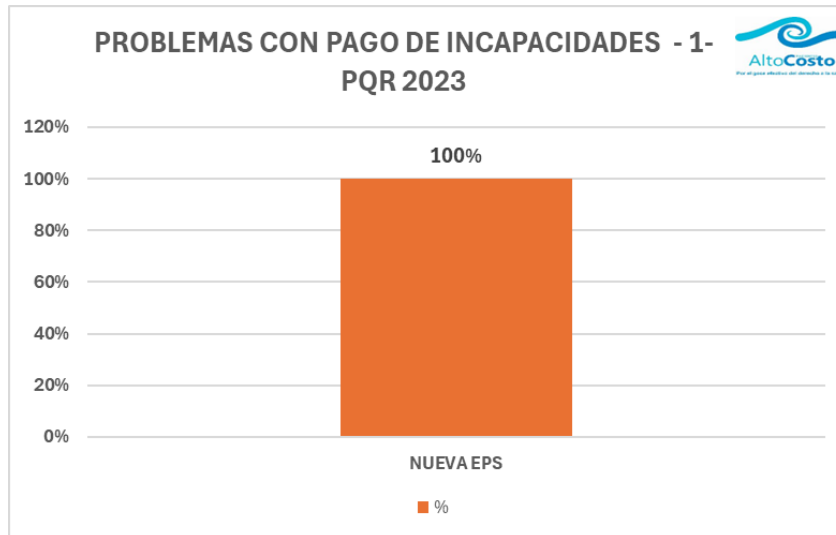
PROBLEMAS CON MIPRES, se presentaron 17 quejas en 6 eps,

GRAFICA 25



PROBLEMAS CON PAGO DE INCAPACIDADES. Con 1 quejas en 1 eps,

Grafica 26



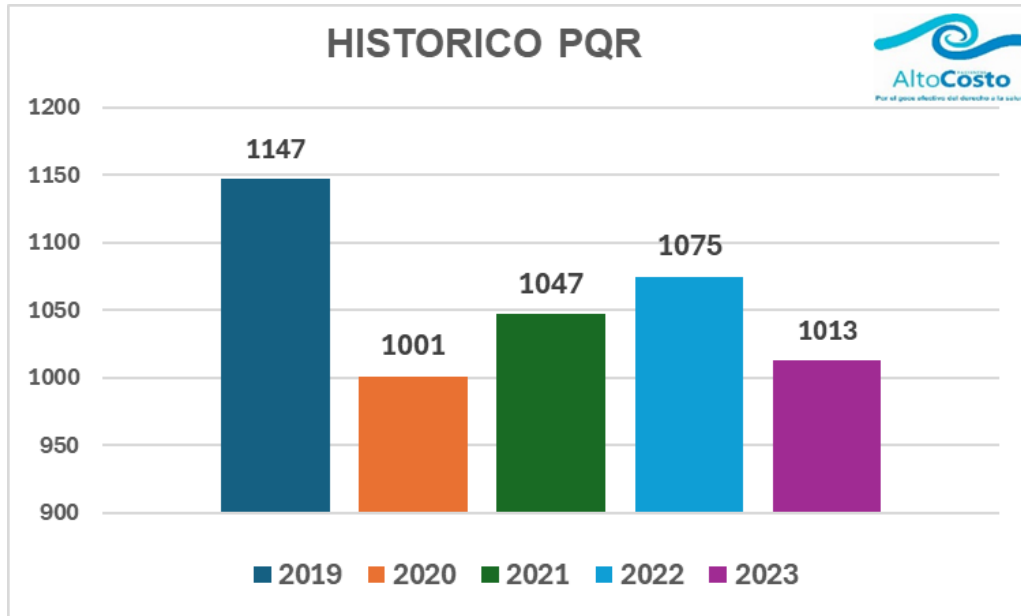
A continuación mostramos los que consideramos los mayores problemas del sistema de salud colombiano, para lo cual clasificamos los causales de queja en cuantas eps se presentaron y obtuvimos lo siguientes resultados:

Gráfica 27

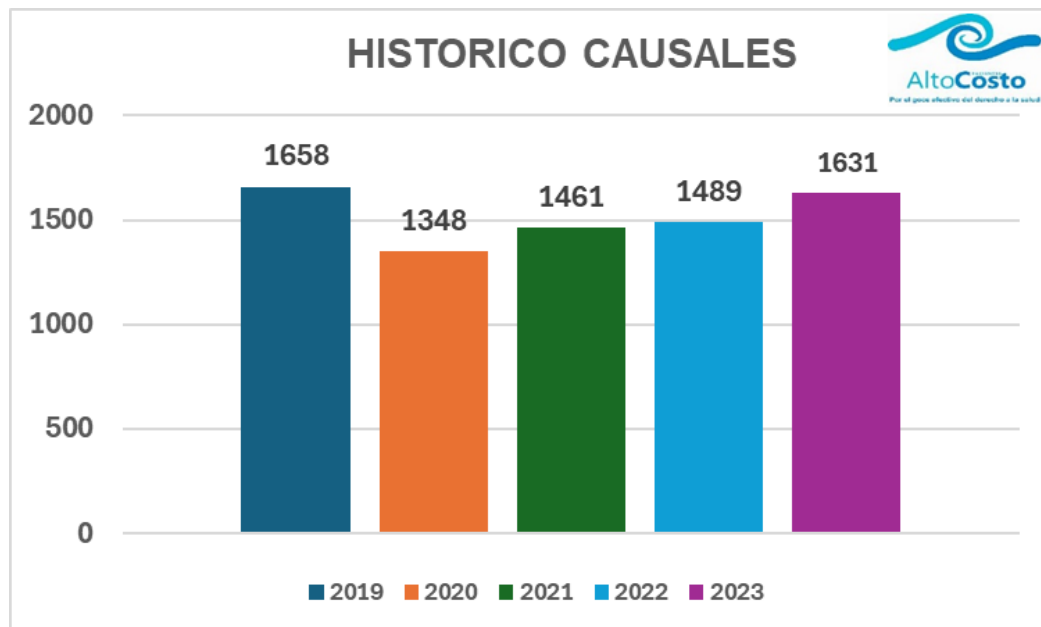


Las gráficas 28-29-30 muestran los comparativos de 2023-2022-2021-2020-2019 en quejas, motivos e índice QC.

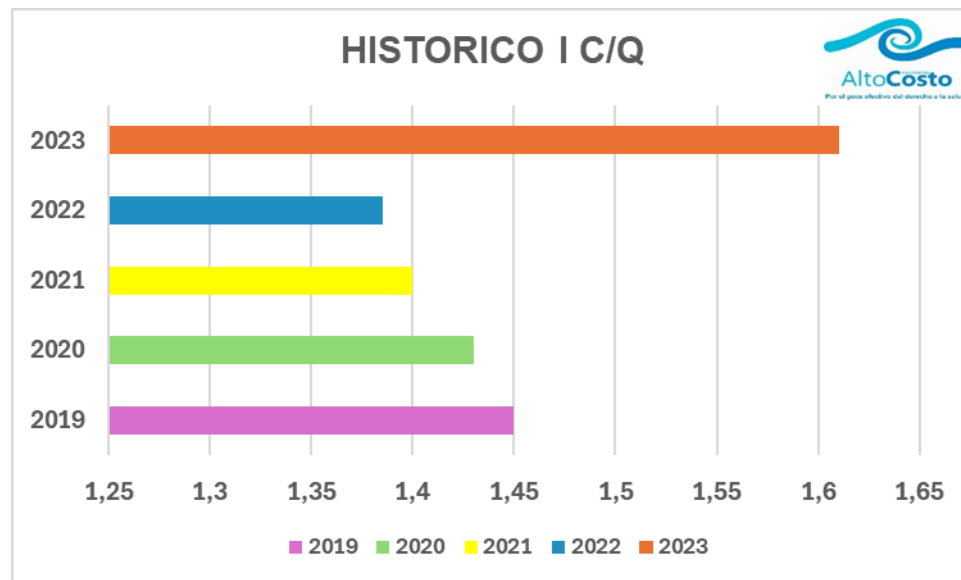
Gráfica 28



Gráfica 29



Gráfica 30



CONCLUSIONES

- Nueva eps violó el derecho a la libre elección de ips y continuidad de tratamiento en la misma ips a pacientes de ENFERMEDADES AUTOINMUNES de Bogotá, afectando tratamientos y resultados en salud.
- La demora en la atención y mala calidad de la atención se volvió un factor crítico para los pacientes y se genera en las IPS por sobreventa de capacidad instalada y temas de cartera; este es un reto del sistema de salud como es atender a tiempo, continuo y con calidad.
- Las autorizaciones siguen siendo la principal barrera administrativa por parte de eps e IPS para el goce efectivo del derecho a la salud.
- La no entrega de medicamentos a los pacientes de forma completa, continua y a tiempo, es una gran deficiencia del SGSSS en Colombia, ya que genera sobre costo en el sistema de salud, por complicaciones en la salud de los pacientes por no tener sus tratamientos. La palabra DESABASTECIDO es la moda para no cumplir con esta función del sistema de salud.
- Un índice CQ mayor de uno en una eps muestra una gran violación al derecho de la salud en Colombia y 1.6 para el 2023 es un valor muy crítico que muestra un problema mayor del sistema de salud.
- Hay eps que presentan problemas específicos que están reflejados en sus quejas.

RECOMENDACIONES

- Hacemos un llamado a las eps a revisar sus procesos que generan mayor número de quejas.
- Hacemos un llamado a las eps a mejorar el tiempo en las soluciones de las quejas a los pacientes.
- Hacer un llamado a Supersalud a que en uso de sus funciones de IVC establezca planes de mejoramiento a las eps en los procesos que generan más quejas en el sistema de salud y se sancionen respectivamente.
- Establecer indicadores de calidad en función de las quejas, y seguimiento a los procesos que generan barreras en las eps para la atención a tiempo de los pacientes.
- Un llamado a los entes de control en la parte de recursos públicos para que se investigue que pasa con el dinero público de la salud en las eps que presentan mayor deficiencia en la atención de los pacientes y no entregan medicamentos completos , a tiempo y continuo.
- Incluir en los criterios de habilitación de las IPS requisitos de TIC para sistema de solicitud de citas.
- Exigir requisitos mínimos en TIC para el servicio de atención a afiliados de las eps.

Atentamente,

Néstor Álvarez
Presidente

Julio Cesar Rangel
Vicepresidente



@PacienAltoCosto

Alto Costo

Pacientes Alto Costo

www.pacientesaltocosto.org Pacientes