



NIT 816.007.211 - 1

OFICIO No 028-14

Pereira, 10 de abril de 2014

Doctora
SANDRA MORELI RICO
Contralora General de la Republica
Contraloría General de la Nación
Bogotá D.C.

ASUNTO : PRESENTACION QUEJA FORMAL EN CONTRA DE LA EPS CAFESALUD Y LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Cordial saludo;

En forma respetuosa me permito solicitar a ese despacho realice las diligencias necesarias con el fin de dar tramite al asunto de referencia, lo anterior teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Actualmente existen once hospitales en el departamento de Risaralda que no se encuentran prestándole servicios a la EPS CAFESALUD toda vez que no existe un contrato de aseguramiento que soporte las atenciones para la población afiliada a esta entidad, principal responsabilidad de una entidad administradora de planes de beneficios para garantizar la atención a su población.

Es de anotar que la ausencia de contratación está motivada por la decisión unilateral por parte de la EPS de montar servicios farmacéuticos en la mayoría de los municipios del Departamento a pesar de que se venía suministrando el servicio de forma oportuna y con calidad, tal como lo pueden demostrar las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios sobre la prestación de éste servicio.

Avenida 30 de Agosto 50-180 Of. 302 Ed. Rosamar
Telefax (6) 3264030/ E-mail:ahr.asociacion@gmail.com
www.ahr.com.co

La ausencia de contratos integrales en prestación de servicios de salud con las diferentes IPS de la red pública del Departamento de Risaralda, genera una violación a las disposiciones que a continuación se relacionan:

Artículo 16 de la ley 1122 de 2007 que dispone:

Artículo 16. *Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas (Subrayado de texto).*

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. *Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.*

Así mismo se está desconociendo lo establecido por la Resolución 1552 del 14 de mayo de 2013 que refiere la obligatoriedad de generar la consolidación de una red de servicios para el acceso inmediato, eficiente, eficaz y oportuno de los usuarios a los servicios de salud.

En lo pertinente a la trasgresión de los principios, con todo comedimiento nos permitimos citar lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia 760 de 2008, así:

El principio de continuidad; el acceso a un servicio de salud debe ser continuo, y no puede ser interrumpido súbitamente.

Desde el inicio de su jurisprudencia la Corte Constitucional ha defendido el derecho que a toda persona se le garantice la continuidad del servicio de salud, una vez éste haya sido iniciado.¹ Se garantiza pues, que el servicio de salud no sea interrumpido, súbitamente, antes de la recuperación o estabilización del paciente.² Para la jurisprudencia “(...) puede hacerse la distinción entre la relación jurídica- material, esto es la prestación del servicio que se materializa en una obligación de medio o de resultado según el caso, y la relación jurídica-formal, que se establece entre la institución y los usuarios.”³ Una institución encargada de prestar el servicio de salud, puede terminar la relación jurídico-formal con el paciente de acuerdo con las normas correspondientes, pero ello no implica que pueda dar por terminada inmediatamente la relación jurídica-material, en especial si a la persona se le está garantizando el acceso a un servicio de salud. Esta protección se ha reconocido en diferentes ámbitos

¹ Corte Constitucional, sentencia T-597 de 1993 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz); en este caso, la Corte tuteló el derecho de un menor a que el Hospital acusado lo siguiera atendiendo, pues consideró que “[la] interrupción inconveniente, abrupta o inopinada de las relaciones jurídico-materiales de prestación no se concilia con el estado social de derecho y con el trato que éste dispensa al ser humano”.

² Corte Constitucional, sentencia T-059 de 2007 (MP Álvaro Tafur Galvis), en este caso se tuteló el derecho de un joven de 23 años a que no se interrumpiera el tratamiento que recibía por un problema de adicción que lo llevó a perder su cupo como estudiante, a pesar de que se le atendía en condición de beneficiario de su padre, por ser estudiante.

³ Corte Constitucional, sentencia T-597 de 1993 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz).

Las entidades deben garantizar integralmente el acceso a los servicios de salud requeridos.

El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional ante situaciones en las cuales los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que al interesado la entidad responsable solo le autoriza una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud y lo obliga a costearse por sí mismo la otra parte del servicio médico requerido. Esta situación de fraccionamiento del servicio tiene diversas manifestaciones en razón al interés que tiene la entidad responsable en eludir un costo que a su juicio no le corresponde asumir.

Este principio ha sido desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional con base en diferentes normas legales⁴ y se refiere a la atención y el tratamiento

⁴ En la sentencia T-179 de 2000 (MP Alejandro Martínez Caballero) se indicó sobre el “*El plan obligatorio de salud es para todos los habitantes del territorio nacional para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías (artículo 162 ley 100 de 1993). || Además, hay guía de atención integral, definida por el artículo 4° numeral 4 del decreto 1938 de 1994: “Es el conjunto de actividades y procedimientos mas indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo”. || Por otro aspecto, el sistema esta diseñado, según el Preámbulo de la ley 100 de 1993, para asegurar a la calidad de vida para la cobertura integral, de ahí que dentro de los principios que infunden el sistema de seguridad social integral, está, valga la redundancia, el de la integralidad, definido así: “Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley” (artículo 2° de la ley 100 de 1993). || Es más: el numeral 3° del artículo 153 ibidem habla de protección integral: “El sistema general de seguridad social en salud brindará*

completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud

A lo anterior expuesto se suma el hecho de que en reuniones realizadas entre los directivos de Cafesalud y algunos gerentes de las ESE se presenta como argumento para la extracción del servicio farmacéutico el plan de salvamento suscrito entre la EPS y la Superintendencia Nacional de Salud; así las cosas estaría la Superintendencia Nacional de Salud aprobando la violación de la normatividad vigente por parte de Cafesalud en beneficio de su salvamento financiero.

Lamentablemente con la suspensión de servicios se están viendo afectados alrededor de 71.6310 usuarios que se encuentran afiliados a la EPS en los municipios de Balboa, La Celia, Mistrató, Guática, Quinchía, Belén de Umbría, Santuario, Apia, Pueblo Rico, La Virginia y Santa Rosa de Cabal.

La medida adoptada por la EPS está afectando la accesibilidad de la población al servicio farmacéutico como la continuidad en la prestación del servicio toda vez que no tiene como garantizar la entrega de medicamentos en área rural e incluso en estos momentos ni siquiera en las cabeceras municipales toda vez que las farmacias que abrieron les fueron cerradas como consta en oficio recibido por la Secretaria de Salud Departamental que procedió al cierre al constatar que dichas farmacias no contaban con los respectivos permisos y condiciones de habilitación.

atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud". || A su vez, el literal c- del artículo 156 ibídem expresa que "Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud" (resaltado fuera de texto). || Hay pues, en la ley 100 de 1993 y en los decretos que la reglamentan, mención expresa a la cobertura integral, a la atención básica, a la integralidad, a la protección integral, a la guía de atención integral y al plan integral. Atención integral, que se refiere a la rehabilitación y tratamiento, como las normas lo indican."

NIT 816.007.211 - 1

Así mismo es de resaltar el impacto financiero que están teniendo las instituciones por la extracción del servicio farmacéutico, el cual, se ha valorado inicialmente por la EPS en \$2.600 pesos por usuario mes lo que equivaldría a una disminución de recursos que ya han sido presupuestados en las ESE acorde con proyectos de presupuestos realizados desde el año 2013 por un valor aproximado de \$186.240.600 de pesos mensuales y con un impacto anual de \$2.234.887.200 millones de pesos en la red pública de 11 municipios de Risaralda.

Agradezco la oportuna gestión con la presente toda vez que se están viendo vulnerados los derechos a los usuarios adscritos a la EPS Cafesalud en once municipios.

Atentamente



OLGA LUCIA ZULUAGA RODRÍGUEZ
Directora Ejecutiva

Anexo: Copia oficio enviado por la Secretaría Departamental

Copia de Acta de reunión realizada entre Cafesalud y la ESE Balboa