



Bogotá, D.C., octubre de 2021

Honorable Representante

JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA

Presidente Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

E. S. D.

Asunto: Informe de Ponencia Para Primer Debate al Proyecto de Ley Cámara 283 de 2021 C “Por la cual se dictan medidas para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalecer la prestación del servicio y se dictan otras disposiciones”

Respetado Señor Presidente:

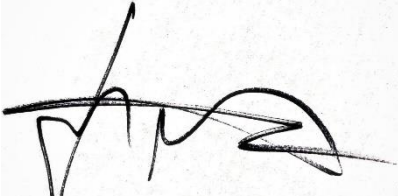
De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, como ponentes de esta iniciativa legislativa, nos permitimos rendir Informe de Ponencia para primer Debate al proyecto de ley 283 de 2021 C “Por la cual se dictan medidas para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalecer la prestación del servicio y se dictan otras disposiciones” la presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

- I. Objeto y trámite del proyecto
- II. Contenido de la iniciativa legislativa
- III. Antecedentes
- IV. Fundamento constitucional y legal
- V. Justificación
- VI. Consideraciones
- VII. Conflictos de interés
- VIII. Pliego de modificaciones
- IX. Proposición
- X. Texto Propuesto para primer debate

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia

Atentamente,



JHON ARLEY MURILLO BENITEZ
Coordinador Ponente



JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ
Coordinador Ponente



FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN
Ponente



PONENCIA PARA PRIMER DEBATE PARA EL PROYECTO DE LEY 283 de 2021
“Por la cual se dictan medidas para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalecer la prestación del servicio y se dictan otras disposiciones”

I. OBJETO Y TRÁMITE DEL PROYECTO

La presente ley tiene por objeto dictar medidas tendientes a fortalecer y mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que garanticen la sostenibilidad, el equilibrio financiero y que brinden mayor transparencia en el flujo de recursos, evitando barreras administrativas y garantizando la adecuada prestación de los servicios a los usuarios.

II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

La presente iniciativa se compone por el siguiente articulado:

- Artículo 1°- Objeto
- Artículo 2°- Giro Directo
- Artículo 3°- Piso Tarifario
- Artículo 4°- Prohibición de integración vertical
- Artículo 5°- Contratación en primer nivel
- Artículo 6°- Sistema de pago por resultado
- Artículo 7°- Vigencia y Derogatorias

III. ANTECEDENTES

El presente Proyecto de Ley fue radicado ante la Cámara de Representantes el día 25 de agosto de 2021, y es de iniciativa de los Honorables Representantes José Luis Correa López, Alejandro Alberto Vega Pérez, Jhon Arley Murillo Benítez, Henry Fernando Correal Herrera, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Alexander Harley Bermudez Lasso, Elizabeth Jay-Pang Díaz y Juan Carlos Lozada Vargas, al cual le correspondió el número 283 de 2021, el mismo que fue publicado en la Gaceta del Congreso número 955 de fecha 06 de agosto de 2021.

Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, fuimos designados para rendir informe de ponencia para primer debate los Honorables Representantes Jhon Alrey Murillo Benitez (coordinador ponente), José Luis

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia



Correa López, (coordinador ponente) y Faber Alberto Muñoz Ceron (ponente) mediante oficio de fecha treinta (30) de septiembre de 2021.

IV. MARCO JURÍDICO

a. Desarrollo normativo

El desarrollo normativo de la salud en Colombia se ha presentado en varias normas, entre las que se resaltan las siguientes:

1. Constitución Política de Colombia, artículos 48 y siguientes relacionados con la seguridad social.

2. Ley 100 de 1993: “Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral”; Está compuesto por el Sistema de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y otros Servicios Complementarios.

3. Ley 715 de 2001: a través de la cual se reforma el sistema de financiación del régimen subsidiado y se deroga la meta de universalización fijada por la ley 100 de 1993.

4. Ley 1122 de 2007: “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” con la que se busca mejorar algunos aspectos del sistema como dirección, control, y vigilancia, la prestación de los servicios de salud, la universalización, financiación y equilibrio del sistema.

5. Ley 1393 de 2010: “Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones” por medio de la cual se definen fuentes de recursos para la financiación de la salud y se dictan medidas contra la evasión de aportes.

6. Ley 1164 de 2011: Ley de talento humano en salud.

7. Ley 1438 de 2011: “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” en la que se realizan algunas modificaciones relacionadas con en el principio de eficiencia en la prestación de los servicios salud, a fin de mejorar aspectos como la calidad, atención, acceso al sistema.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia



8. Ley 1751 de 2015: Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección.

9. Ley 1797 de 2016: establece directrices para el saneamiento de las deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de recursos y de la calidad de la prestación de servicios de salud.

10. Ley 1949 de 2019: Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.

11. Ley 1966 de 2019: Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Según lo anterior, la Constitución Política de Colombia definió la Seguridad Social Integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El objetivo del legislador fue garantizar a toda la población la cobertura de las contingencias que se pudieran generar en sus conciudadanos.

En la misma línea, tal como lo ha desarrollado la Corte Constitucional en Sentencia T-001/18, el derecho a la salud tiene una connotación de fundamental y además de derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizando bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”.

Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la persona y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.

Lo anterior significa que la sociedad y en especial los actores que hacen parte del mundo de la seguridad social deben entender el derecho fundamental a la salud como un derecho con especial garantía y que debe ser planificada a nivel interinstitucional especialmente en



el ámbito económico, pues es precisamente este el pilar para garantizar la cobertura de este derecho.

El disfrute del derecho fundamental a la salud se debe entender bajo la esfera del concepto de seguridad social y su garantía como política estatal que reconozca las necesidades de los ciudadanos para el mantenimiento, conservación y recuperación de la salud, que es precisamente donde en los últimos años se ha visto amenazada a nivel económico lo cual ha generado un declive a nivel institucional para la prestación del servicio. No cabe duda alguna que Colombia ha tenido dificultad y no ha logrado constituir un Sistema de Salud creación de una infraestructura suficientemente fuerte para garantizar el goce efectivo de este derecho fundamental.

Pese a que el Estado Colombiano tiene planes de acción para tratar de intervenir la efectiva prestación del servicio, se le ha dificultado mantener un equilibrio económico lo cual se ve reflejado en las constantes acciones que deben interponer los ciudadanos para que el servicio sea prestado con calidad y efectividad, y lo cual también se ve reflejado en las carencias a nivel de infraestructura que tienen las entidades que hacen parte del mundo de la seguridad social colombiana.

V. JUSTIFICACIÓN

La Constitución Política de 1991 establece que la seguridad social es un derecho y un servicio público obligatorio y por tal razón está a cargo del Estado quien que debe garantizarlo, de conformidad con lo establecido en el artículo 48, según el cual “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”.

De conformidad con lo establecido por la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-828 de 2001 con ponencia del Magistrado Jaime Córdoba Triviño, la seguridad social se ubica dentro de los principios constitucionales considerados como necesarios para la efectividad de la igualdad material. En este sentido no se trata de un derecho judicialmente exigible, sino de un mandato social que el constituyente de 1991 atribuye al Estado Social de Derecho. Por ello, las reglas y leyes en general, relacionadas con la seguridad social no se configuran para restringir el derecho, sino para el desarrollo normativo que oriente y ordene su optimización.

Así mismo, el artículo 49 de la norma superior dispone que es obligación del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y, del mismo modo, establece que es deber de todas las personas procurar el cuidado de su salud, así como la de su comunidad.



En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el legislador expidió la Ley 100 de 1993 “por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social”, que reguló de manera general la seguridad social integral, con el objetivo de otorgar el amparo frente a aquellas contingencias a las que puedan verse expuestas las personas en relación con su salud y su situación económica.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la Ley 100 de 1993, es un conjunto de reglas y principios que regulan la prestación del servicio público esencial de salud, y la organización y funcionamiento de las entidades encargadas de administrarlo, con el propósito de crear condiciones adecuadas para lograr el acceso de toda la población a los distintos niveles de atención, con arreglo a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, equidad, obligatoriedad, protección integral y libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Tratándose de la salud, dispuso que, además de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, establecidos en la Constitución Política, el sistema general de salud se regirá, entre otros, por el principio de obligatoriedad, según el cual “la afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia”, de manera que “corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema” y al “Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago”.

Por medio de la Ley 100 de 1993 y los decretos que la reglamentan, el legislador diseñó un Sistema de Seguridad Social en Salud que prevé para su financiamiento y administración un régimen contributivo y un régimen subsidiado que se vincula mediante un Fondo de Solidaridad y Garantías. Para el efecto, la ley ha previsto la existencia de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que prestan el servicio de salud según delegación del Estado. Estas entidades, a su turno, tienen la facultad de prestar los servicios de salud directamente o de contratar la atención de los usuarios con las Instituciones Prestadoras de Salud.

El Sistema de Seguridad Social en Salud está diseñado para privilegiar el subsidio de la demanda y prever la existencia de entidades administradoras que juegan el papel de intermediarias entre los recursos financieros y las instituciones que prestan el servicio de salud y los usuarios. El papel que desempeñan las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se ajusta a la idea del contrato de aseguramiento, en el que el prestador asume el riesgo y la administración de los recursos.

VI. CONSIDERACIONES

GASTO EN SALUD

Colombia se encuentra en niveles promedio respecto a países con similar PIB por habitante, sobrepasando los valores mínimos de referencia mundial. En general, aunque en términos

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia



de gasto per cápita colombiano es comparable con la mayoría de países que integran la OCDE con excepción de México y Chile, cuando se revisan las cifras de gasto del gobierno respecto al gasto total, el país se posiciona frente a sus pares en lugares privilegiados y por encima de las medianas, incluso de países desarrollados

La economía registró un fuerte repunte desde el segundo semestre de 2020, pero las protestas sociales y la imposición de nuevos confinamientos en abril y mayo de 2021 retrasarán una recuperación más duradera hasta la segunda mitad de 2021. Se prevé que el PIB crezca un 7,6% en 2021 y un 3,5%, en 2022, impulsado por el consumo privado y la inversión. La distribución de las vacunas está avanzando lentamente. La recuperación podría debilitarse como consecuencia de nuevas restricciones, pero también debido a la incertidumbre sobre las perspectivas fiscales.

El centro de pensamiento “Así Vamos en Salud” presentó una información relacionada con los periodos 2019-2020 del Índice Nacional de Salud, un estudio que realiza desde el 2007, para analizar la evolución de los indicadores de la salud en Colombia. En esta versión se contrasta, por primera vez, el sistema de salud colombiano con el de los países que hacen parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. El puntaje global que obtuvo el país fue de 53 puntos, sobre 100, lo que representa un descenso frente las ediciones en las que se comparaba a Colombia con países similares.

El Índice Nacional de Salud 2020 arroja algunas lecciones como la necesidad de abordar el sistema de salud intersectorialmente, pues no solo es competencia del Ministerio de Salud. En este sentido, Así Vamos en Salud señala que se requiere también la vinculación y el compromiso de todos los actores responsables de elevar las condiciones de salud de los colombianos y de mejorar la oferta de profesionales de la salud.

De tal modo, Colombia ha tenido un avance muy significativo en la cobertura de salud, pasando de un 24% en 1993 a un 97.81% en el 2021, lo que asegura que la mayoría de la población colombiana se encuentra asegurada.

Por otra parte, nuestro país se encuentra en niveles promedio respecto a países con similar PIB por habitante, sobrepasando los valores mínimos de referencia mundial. En general, aunque en términos de gasto per cápita colombiano es comparable con la mayoría de los países que integran la OCDE con excepción de México y Chile, cuando se revisan las cifras de gasto del gobierno respecto al gasto total, el país se posiciona frente a sus pares en lugares privilegiados y por encima de las medianas, incluso de países desarrollados¹. La economía registró un fuerte repunte desde el segundo semestre de 2020, pero las protestas

¹ Revista Hospitalaria. Asociación Clínicas y Hospitales. Edición No. 117. Enero – febrero 2018

sociales y la imposición de nuevos confinamientos en abril y mayo de 2021 retrasarán una recuperación más duradera hasta la segunda mitad de 2021, así mismo y de acuerdo con cifras del ministerio de Salud, el gasto sanitario es del 6,83% del PIB.

PQRD

Desde enero de 2017, hasta marzo de 2021, se han recibido en la Superintendencia Nacional de Salud un total de 2.911.237 PQRD, relacionadas con inconformidades en la prestación de servicios de salud, en contra de las entidades responsables de su aseguramiento, tal y como se muestra de manera detallada en el siguiente cuadro:

	2017	2018	2019	2020	2021 (ENE A MAR)	TOTAL
PQRD	483.431	588.244	752.987	850.931	235.644	2.911.237

Tabla 1. Comportamiento PQRD
Fuente: Base de datos año 2017- 2021 (mar)

Los motivos por los que más se presentan inconformidades han sido recurrentes desde el año 20017 a la fecha, siendo los principales la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta de medicina especializada, falta de oportunidad en la entrega de medicamentos y restricción en la libre escogencia de la EPS.

N	MOTIVOS ESPECÍFICOS	2017	2018	2019	2020	2021 (ENE A MAR)	TOTAL
1	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	77.029	119.145	163.037	118.660	36.058	513.929
2	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO PBS	25.322	34.705	48.634	67.944	12.540	189.145
3	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS PBS	15.988	24.871	35.204	53.790	9.461	139.314
4	RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOGENCIA DE EPS	32.017	35.157	26.927	12.502	3.320	109.923
5	DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO O DIAGNÓSTICOS	16.132	19.316	23.104	34.920	12.054	105.526
6	FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	21.364	31.043	28.531	13.959	4.273	99.170
7	DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS NO-PBS	10.425	11.943	17.813	38.283	10.353	88.817
8	DEMORA DE LA REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA	15.970	22.738	25.818	15.647	4.547	84.720
9	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA GENERAL	10.453	7.974	10.053	36.530	13.663	78.673
10	DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADA	10.770	16.758	19.540	22.052	8.210	77.330
	TOTAL TOP 10	235.470	323.650	398.661	414.287	114.479	1.486.547
	TOTAL GENERAL	483.431	588.244	752.987	850.931	235.644	2.911.237

Tabla 2. Top 10 de los principales motivos específicos en las PQRD
Fuente: Base de datos año 2017- 2021 (mar)

Así mismo, las EAPB que más han presentado PQRD durante estos periodos son Nueva EPS, Medimas y Coomeva.

N	EAPB	2017	2018	2019	2020	2021 (ENE A MAR)	TOTAL
1	NUEVA EPS	53.541	64.859	82.271	141.462	41.656	383.789
2	MEDIMÁS	42.497	87.295	122.150	87.936	14.905	354.783
3	COOMEVA	46.778	60.824	70.235	63.542	13.996	255.375
4	SALUD TOTAL	36.931	38.489	46.201	71.889	21.203	214.713
5	FAMISANAR	19.777	35.328	43.648	54.724	16.253	169.730
6	SÁNITAS	18.380	23.825	32.392	59.419	17.575	151.591
7	EPS SURA	14.030	19.159	30.170	53.216	17.137	133.712
8	COMPENSAR	16.854	19.605	24.511	41.198	12.197	114.365
9	MAGISTERIO	12.667	18.873	27.423	32.331	8.432	99.726
10	CAPITAL SALUD	14.447	18.818	27.031	30.517	8.039	98.852
	TOTAL TOP 10	275.902	387.075	506.032	636.234	171.393	1.976.636
	TOTAL GENERAL	483.431	588.244	752.987	850.931	235.644	2.911.237

Tabla 4. Comportamiento PQRD por EAPB
Fuente: Base de datos año 2017 - 2021 (mar)

CIFRAS SNS

La Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Delegada de Procesos Administrativos, durante las vigencias 2016 a 2021 (corte 22 de abril de 2021), sancionó con un monto total de CIENTO TREINTA Y UN MIL MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS (\$ 131.589.382.984), por fallas en la prestación de los servicios de salud, flujo de recursos y reporte de información; entre otros.

SANCIONES IMPUESTAS A EAPB 2016-2021 (corte 22/04/2021)		
AÑO	NÚMERO SANCIONES	TOTAL VALOR SANCIONES
2016	283	\$ 25.174.084.513
2017	264	\$ 13.681.684.958
2018	76	\$ 19.149.351.228
2019	100	\$ 37.182.408.520
2020	137	\$ 34.344.042.375
2021	15	\$ 2.057.811.390
TOTAL	875	\$ 131.589.382.984

Fuente: Sistema de Investigaciones Administrativas- SIAD

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia

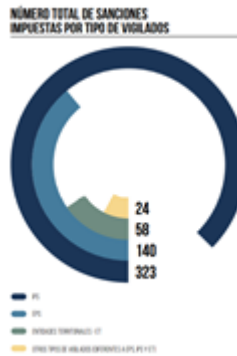
EN 2020 A NIVEL NACIONAL

Se impusieron multas a vigilados por **\$65.873 millones de pesos**

El 40% de las multas fueron impuestas por temas relacionados con fallas en la prestación de servicios de salud

El 34% de las multas fueron por incumplimiento en el flujo de recursos de la salud.

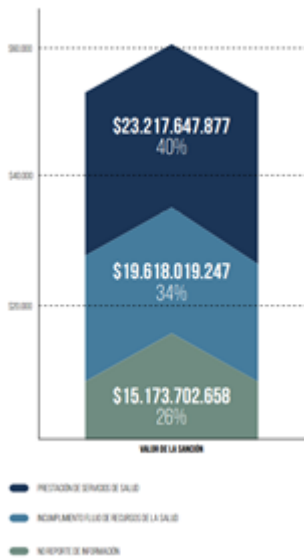
Del valor impuesto en multas a vigilados el 64% fue a EPS, el 28% a IPS, el 10% a ET y el 4% a otro tipo de vigilados.



545 sanciones a vigilados

El 59% fueron impuestas a IPS, **el 26%** a EPS, **el 11%** a Entidades Territoriales y **el 4%** a otro tipo de vigilados

VALOR DE LAS SANCIONES POR TIPO DE MOTIVO GENERAL



Así mismo durante el 2020, la Superintendencia impuso medidas especiales a 42 vigilados, de los cuales 9 se encuentran en intervención forzosa para liquidar, 17 cuentan con vigilancia especial y 1 se encuentra en programa de recuperación, como se detalla en la siguiente gráfica:

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

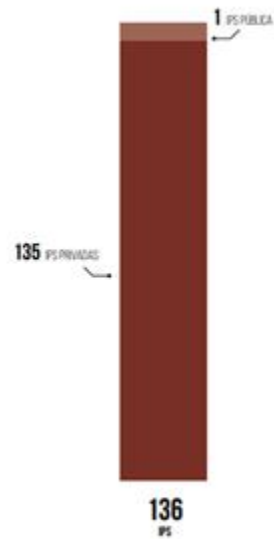
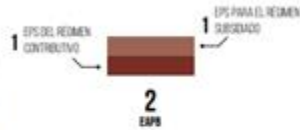
**Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia**



IPS LIQUIDADAS VOLUNTARIAMENTE 2020



142
Entidades con procesos de liquidación voluntaria por tipo de vigilado



De estas 11 IPS están en ACUERDOS DE REESTRUCTURACIÓN DE PASIVOS
Nota: Las EPS no hacen acuerdos de Reestructuración de Pasivos.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

GIRO DIRECTO

El marco normativo colombiano a estipulado lo siguiente en relación a este procedimiento: “La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES en nombre de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación - UPC de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a todas las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores, de conformidad con los porcentajes y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. También aplicará transitoriamente el giro directo de los recursos asociados al pago de los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado...”.

CARTERA EN EL SECTOR SALUD

a. SNS

Como se justifica en la exposición de motivos del presente proyecto de ley, las cuentas por pagar a IPS con corte a marzo de 2021 ascienden a \$13,371 miles de millones de pesos (archivo técnico FT004), y unas cuentas por cobrar a las mismas entidades de \$2,785 miles de millones de pesos (archivo técnico FT003).

En el informe a corte de junio de 2020 la Superintendencia Nacional de Salud afirma que las cuentas por cobrar de las EPS ascendieron a \$16,6 billones con corte a junio de 2020, de los cuales el 54,7% corresponde a cuentas de ADRES, FOSYGA o Minsalud, el 17,2% a IPS privadas, el 8,6% a entidades territoriales, el 5,9% a empresas comercializadoras de productos farmacéuticos y de equipo médico, el 3,8% a IPS públicas, el 3,7% a otras EPS, así:

Gráfico 1. Cuentas por cobrar de EPS por tipo de deudor

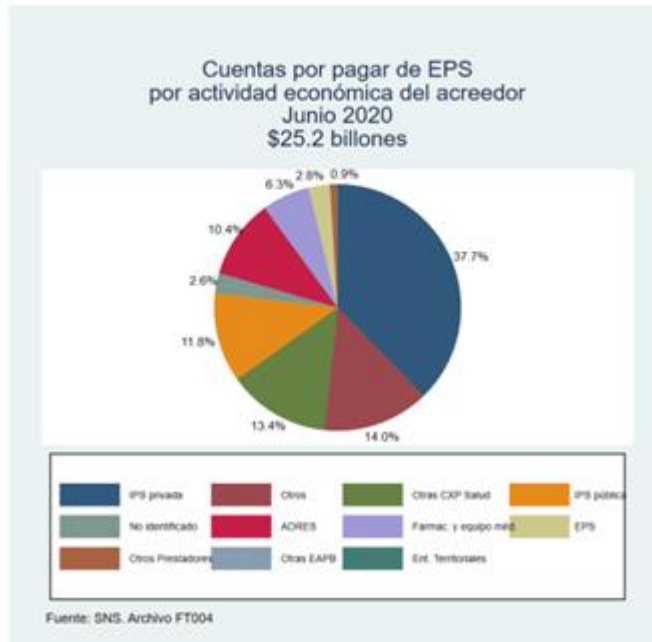


AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia

Las 37 EPS registraron un total de \$25.2 billones en sus cuentas por pagar, de los cuales el 37,7% corresponde a pasivos con IPS privadas, el 14,0% a otros pasivos (pasivos laborales y financieros, impuestos, multas, entre otros), el 13,4% a otras cuentas por pagar en salud, las cuales incluyen reservas técnicas por obligaciones conocidas no liquidadas y por obligaciones no conocidas relacionadas con servicios de salud, el 11,8% a IPS públicas, el 10,4% a ADRES, y el 12,7% restante corresponde principalmente a cuentas por pagar a empresas comercializadoras de productos farmacéuticos, otras EAPB, otros prestadores y entidades con actividad económica sin identificar, explicado en la siguiente gráfica:

Gráfico 8. Cuentas por pagar de EPS según actividad económica del acreedor
Junio de 2020
\$25,2 billones



La siguiente gráfica muestra las cuentas por pagar de EPS a IPS y reservas en salud según su naturaleza o tipo a junio de 2020.

Analizando específicamente las cuentas por pagar de las EPS a las IPS y por servicios de salud, estas ascendieron a \$15,9 billones, de los cuales \$9,5 billones corresponden a IPS privadas, \$3,0 billones a IPS públicas, y \$3,4 billones de reservas técnicas por obligaciones conocidas no liquidadas y por obligaciones no conocidas relacionadas con servicios de salud.



b. ACESI

La ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y HOSPITALES PÚBLICOS ha hecho un análisis indicando lo siguiente:

“La pandemia del Coronavirus declarada en 2020, habría de suponer que las Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) incrementarían sus giros para fortalecer los prestadores de servicios de salud a lo largo y ancho del país, especialmente a través de los cerca de 930 hospitales públicos con los que cuenta, todo, para hacerle frente a semejante problema de salud pública, fenómeno que a Colombia le ha costado hoy más de 119 mil muertos y acumula más de 4, 7 millones contagios reportado”.

Lo cierto es que no fue así, toda vez que según fuentes de la misma asociación los hospitales públicos solo recibieron el 17% de los recursos en el año 2020, es decir, el mismo porcentaje otorgado en el año 2019.

La directora Ejecutiva de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, ACESI, Olga Lucía Zuluaga Rodríguez, puso sobre la balanza lo que para muchos es el verdadero problema de la salud en el país: “¿es ineficiencia de lo público o realmente falta de herramientas y recursos para trabajar?”.

Esto confirma y de paso desmiente, la versión de algunas voces de las EAPB, en el sentido que se hayan generado pagos adicionales al sector público, a pesar de que todos los costos aumentaron durante la pandemia y que hubo un real desequilibrio económico en especial en los contratos que desarrolla la red pública de baja y mediana complejidad²

Organizaciones como la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF) confirman que las fuentes tradicionales no serán suficientes para garantizar el cierre financiero, además que a futuro el incremento de la demanda de los servicios de salud será la principal fuente de incremento del gasto en salud. Los mismos expertos confirman que para la siguiente década, el gasto del aseguramiento en salud puede superar el 7,7% del PIB (actual estimativo) en la siguiente década, el que podría llegar al 9,9% (2.035). La demora en el flujo de los recursos sigue siendo otro cuello de botella para los analistas. “Desde ANIF creemos que la sostenibilidad de largo plazo parte por fortalecer el aseguramiento y generar eficiencias en el gasto. Aún con eso, el Presupuesto General de la Nación deberá aportar 0.3% del PIB, en promedio al año, hasta 2035”, indica el documento.

El crecimiento acelerado de las EPS y otros deudores (\$9.4 billones a 2020), se le agregan nuevos problemas, como las enormes deudas del Adres (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) y del Fondo de Mitigación de

² <https://acesi.com.co/pandemia-por-covid-19-agrava-la-crisis-financiera-de-los-hospitales-publicos/>



Emergencias (Fome), esta última que corresponde a vacunación a millones de colombianos en los 32 departamentos. Es de anotar que ya se han aplicado más de 24 millones de dosis por parte de prestadores, no obstante, los recursos girados por ese concepto no alcanzan a pagar ni siquiera el 40% de dosis aplicadas.

Los prestadores (clínicas y hospitales públicos y privados) resultaron mucho más lesionados en sus finanzas de lo que se pensaba a 31 de diciembre de 2020, porque las 5.500 IPS privadas y los 923 hospitales públicos reportaron peores saldos contables y aumentos en sus carteras, mientras las empresas promotoras de salud arrojaron, por primera vez en años, utilidades netas que superan los \$585 mil millones.

El año pasado, cuando ningún ser sobre el planeta estaba preparado para enfrentar los efectos de la pandemia, las empresas sociales del estado colombianas informaron ingresos por \$14.6 billones, que comparado con el 2019 obtiene un descenso de 7.80%, cuando en ese periodo fue de 15.6 billones de pesos. Los costos de producción también aumentaron de \$9.3 billones en 2019 a \$9.6 billones en 2020, es decir sufrieron un incremento de 3,92%. En otras palabras, el aumento de elementos e insumos de trabajo para atender la emergencia, las condiciones de oferta y demanda, las fluctuaciones y variaciones en condiciones de mercado, además de la disminución de las actividades contratadas, condujo a que el costo medio aumentara, toda vez que el costo total (fijo más variable), no se alcanzó a cubrir con los ingresos, con lo cual el punto de equilibrio se desplazó en el tiempo por la pérdida de economías de escala.

En esa operación, al aumentar los costos y disminuir las ventas, la diferencia bruta de la utilidad en 2020 fue negativa (-1.6 billones de pesos) para los hospitales públicos. Las utilidades brutas de estos prestadores también fueron castigadas el año inmediatamente anterior, pues de \$6.3 billones en 2019 se pasó a \$4.7 billones. El peso de los costos de producción también incrementó de 59.52% en 2019 a 67.09% en 2020, es decir, la especulación de muchas materias primas hizo que este rubro se elevara en 7.57%.

El valor de la cartera (lo que le deben a los hospitales públicos) no disminuyó de manera significativa en el año 2020 y acorde a las cifras reportadas por el Decreto 2193 (reporte obligatorio de las Empresas Sociales del Estado al Ministerio de Salud y Protección Social) a marzo 31 de 2021 nuevamente tenemos un incremento de cartera que llega a los \$9, 4 billones de pesos³

³<https://achc.org.co/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-CARTERA-A-JUNIO-DE-2020-con-y-sin-deterioros.pdf>

c. ACHC

Según el 44° informe de seguimiento de cartera hospitalaria a 30 de junio de 2020 realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas se evidencia que dicho informe ha arrojado el número más alto de prestadores reportantes en los 22 años en los que se elabora el estudio. Para ese semestre, la ACHC analizó el incremento del volumen absoluto y de la concentración de cartera morosa bajo el concepto denominado “SIN INCLUIR EL DETERIORO”, el cual corresponde al efecto obligado de “castigar la cartera en mora de más difícil cobro”; cartera que dicho sea de paso obedece a la prestación de servicios de salud, AÚN SIN PAGO por parte de la entidad responsable (ya sea EPS, compañía aseguradora, el mismo Estado, entre otros deudores)⁴

A continuación, se presenta la composición realizada por la ACHC sobre la cartera por edades para ambos conceptos (incluyendo o no el deterioro bajo NIIF):

SIN INCLUIR EL “DETERIORO”

(Miles de \$ y participación %)

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	3.215.027.039	30,5%	64,1%
De 31 a 60 días	567.069.960	5,4%	
De 61 a 90 días	503.969.836	4,8%	
Más de 91 días	6.248.979.643	59,3%	
Total general	10.535.046.478	100,0%	6.752.949.479

INCLUYENDO EL “DETERIORO” BAJO METODOLOGÍA NIIF

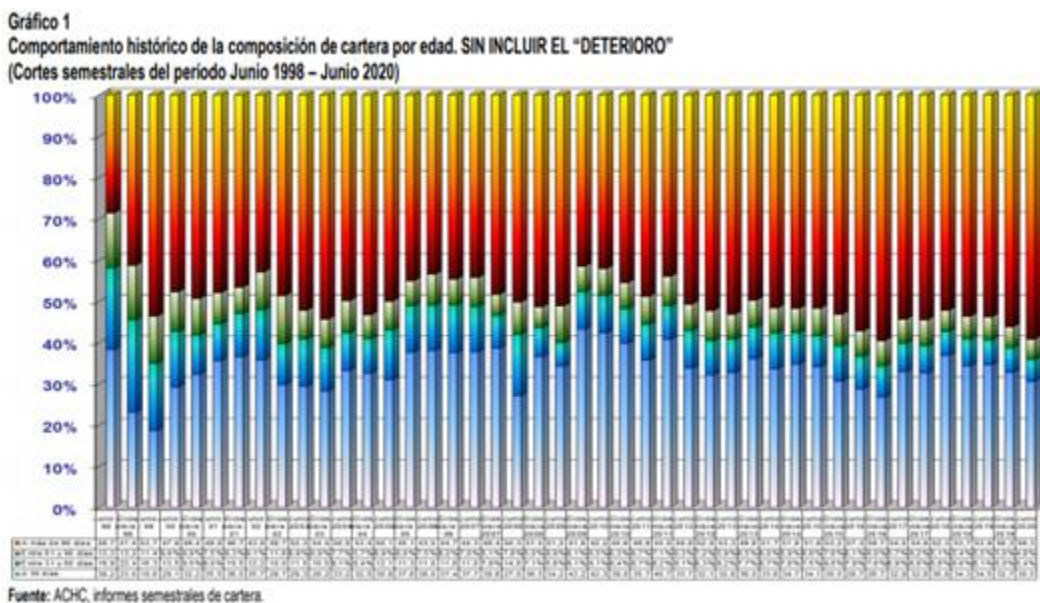
Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	(%) Cartera en Mora (mayor a 60 días)
A 30 días más corriente	3.179.905.930	37,9%	55,6%
De 31 a 60 días	545.058.583	6,5%	
De 61 a 90 días	482.355.337	5,8%	
Más de 91 días	4.173.546.889	49,8%	
Total general	8.380.866.739	100,0%	4.655.902.226

Fuente: ACHC, información que reportaron 218 instituciones agremiadas del total de afiliados.

Lo anterior indica, que las instituciones hospitalarias tienen provisionado en sus “cuentas por cobrar morosas” un valor por \$ 2.1 billones (cartera de más difícil cobro), equivalente al 20,4 % de la deuda total a junio de 2020 sin deterioros (\$ 10.5 billones); es decir para este periodo, la composición de la cartera hospitalaria para el conjunto de las 218 instituciones es la siguiente: ▪ Cartera corriente y sin vencimiento: 35,9 % ▪ Cartera morosa (mayor a 60 días): 43,7 % ▪ Cartera morosa provisionada por el deterioro bajo metodología NIIF (cartera de más difícil cobro): 20,4 % ▪ Cartera total (sumatoria de las categorías anteriores): 100,0 %^[4]

⁴<https://achc.org.co/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-CARTERA-A-JUNIO-DE-2020-con-y-sin-deterioros.pdf>

Los resultados arrojados por el análisis histórico de la ACHC entre los periodos comprendidos de 1998 a junio 30 de 2020 arrojan el siguiente comportamiento descrito en la gráfica que se adjunta a continuación:



El presente proyecto de Ley pretende realizar modificaciones que contribuyan a mejorar el flujo de los recursos del sistema, propendiendo por disminuir la intermediación en el giro a los prestadores.

VII. CONFLICTO DE INTERÉS

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 3º de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

Se estima que de la discusión y aprobación del presente Proyecto de Ley no podría generarse un conflicto de interés en consideración al interés particular, actual y directo de los congresistas, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, por cuanto se tratan de disposiciones de carácter general que modifican la ley del código civil colombiano.

Sobre este asunto ha señalado el Consejo de Estado (2019)⁵:

⁵ Consejo de Estado. Sala Especial de Decisión 6. Radicado: 2019-02830-00. Magistrado Ponente: Carlos Enrique Moreno Rubio.

“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se le alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concorra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.

De igual forma, es pertinente señalar lo que la Ley 5 de 1992 dispone sobre la materia en el artículo 286, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019:

“Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

- a) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
- b) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
- c) *Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”*

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

VIII. PLIEGO DE MODIFICACIONES.

TEXTO ORIGINAL	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
<i>“Por la cual se dictan medidas para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social</i>	<u>SIN MODIFICACIÓN</u>	

<p><i>en Salud, fortalecer la prestación del servicio y se dictan otras disposiciones”.</i></p>		
<p>Artículo 1. Objeto. El objetivo de la presente ley es dictar medidas tendientes a fortalecer y mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que garanticen la sostenibilidad, el equilibrio financiero y que brinden mayor transparencia en el flujo de recursos, evitando barreras administrativas y garantizando la adecuada prestación de los servicios a los usuarios.</p>	<p><u>SIN MODIFICACIÓN</u></p>	
<p>Artículo 2. Giro Directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES realizará el giro directo a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual en los regímenes subsidiado y contributivo del sistema.</p>	<p><u>SIN MODIFICACIÓN</u></p>	
<p>Artículo 3. Piso tarifario. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p>	<p>Artículo 3. Piso tarifario. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema.</p> <p>El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.</p>	<p>Se propone la adición de un párrafo nuevo con el fin de garantizar que dentro del piso tarifario se tengan en cuenta las especiales condiciones y particularidades propias de las comunidades étnicas del país, para así garantizar equidad en la aplicación de dicho piso, pues estas comunidades se encuentran en una</p>

<p>El piso tarifario tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el piso tarifario.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá un (1) año a partir de la promulgación de la presente Ley, para emitir el piso tarifario, el cual deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p>	<p>El piso tarifario tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el piso tarifario.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá un (1) año a partir de la promulgación de la presente Ley, para emitir el piso tarifario, el cual deberá ser actualizado anualmente según el IPC.</p> <p><u>Parágrafo: Dentro del piso tarifario, a que hace referencia el presente artículo, también se garantizará la aplicación de un enfoque diferencial étnico.</u></p>	<p>mayor situación de vulnerabilidad y desigualdad respecto al resto de la población por lo que requieren una mayor protección y realización de acciones positivas.</p>
<p>Artículo 4. Prohibición integración vertical. Las Empresas Promotoras de Salud y/o Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.</p> <p>Así mismo las Empresas Promotoras de Salud y/o Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios no podrán contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS o aquellas donde</p>	<p>Artículo 4. Prohibición <u>de</u> integración vertical. Las Empresas Promotoras de Salud y/o Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.</p> <p>Así mismo las Empresas Promotoras de Salud y/o Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios no podrán contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS o aquellas donde participen en su composición</p>	<p>Se realizan ajustes de redacción.</p>

<p>participen en su composición accionaria.</p>	<p>accionaria.</p>	
<p>Artículo 5. Contratación primer nivel. Las entidades encargadas del aseguramiento en salud en Colombia deberán contratar los servicios de primer nivel de atención con los hospitales que integran la red pública en su respectiva circunscripción territorial.</p> <p>En aquellos lugares donde la oferta de servicios sea escasa, se podrá contratar con los hospitales privados del mismo nivel en aras de garantizar el derecho fundamental de la salud de la población.</p>	<p>Artículo 5. Contratación <u>de</u> primer nivel. Las entidades encargadas del aseguramiento en salud en Colombia deberán contratar los servicios de primer nivel de atención con los hospitales que integran la red pública en su respectiva circunscripción territorial.</p> <p>En aquellos lugares donde la oferta de servicios sea escasa, se podrá contratar con los hospitales privados del mismo nivel en aras de garantizar el derecho fundamental de la salud de la población.</p>	<p>Se realizan ajustes de redacción</p>
<p>Artículo 6. Sistema de pago por resultado. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.</p> <p>Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de</p>	<p>Artículo 6. Sistema de pago por resultado. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.</p> <p>Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a las Entidades</p>	<p>Se realizan ajustes de redacción</p>

<p>realizar el pago a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios:</p> <p>a) Satisfacción al usuario el cual se medirá por:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada Entidad Administradora de los Planes de Beneficios. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez y interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información. <p>b) Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.</p> <p>c) Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia. Sin detrimento del ejercicio de la autonomía de los profesionales de la salud.</p> <p>d) Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas</p>	<p>Administradoras de los Planes de Beneficios:</p> <p>a) Satisfacción al usuario el cual se medirá por:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada Entidad Administradora de los Planes de Beneficios. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez e interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información. <p>b) Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.</p> <p>c) Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia. Sin detrimento del ejercicio de la autonomía de los profesionales de la salud.</p> <p>d) Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por</p>	
---	--	--

<p>por el Ministerio de Salud.</p> <p>e) Oportunidad en la entrega de medicamentos y en la toma de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas.</p> <p>f) Tiempo de Inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después del diagnóstico médico.</p> <p>g) Implementación del modelo de atención integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.</p> <p>h) Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente, con el fin de evaluar las condiciones laborales con las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios por parte del personal de la salud.</p> <p>Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentara el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitará el acompañamiento de las universidades públicas y privadas y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el</p>	<p>el Ministerio de Salud.</p> <p>e) Oportunidad en la entrega de medicamentos y en la toma de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas.</p> <p>f) Tiempo de Inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después del diagnóstico médico.</p> <p>g) Implementación del modelo de atención integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.</p> <p>h) Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente, con el fin de evaluar las condiciones laborales con las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios por parte del personal de la salud.</p> <p>Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentara el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitará el acompañamiento de las universidades públicas y privadas y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo</p>	
--	--	--

<p>presente artículo y que servirá de insumo para analizar y calcular el valor a pagar a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios por el resultado obtenido, el cual será del 3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%, el cual será equivalente o proporcional al resultado obtenido y sin exceder el valor total a pagar del 8%.</p> <p>Parágrafo: Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios, se conformará una comisión integrada por 1 representante de los hospitales, 2 representantes de los trabajadores del sector salud, 1 representante de los pacientes, 1 representante de las EAPB, 1 representante del Ministerio de Salud y 1 representante de la ADRES.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.</p>	<p>para analizar y calcular el valor a pagar a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios por el resultado obtenido, el cual será del 3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%, el cual será equivalente o proporcional al resultado obtenido y sin exceder el valor total a pagar del 8%.</p> <p>Parágrafo: Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios, se conformará una comisión integrada por:</p> <p><u>Un (1)</u> representante de los hospitales <u>Dos (2)</u> representantes de los trabajadores del sector salud <u>Un (1)</u> representante de los pacientes <u>Un (1)</u> representante de las EAPB <u>Un (1)</u> representante del Ministerio de Salud y 1 representante de la ADRES</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.</p>	
	<p>ARTÍCULO NUEVO</p> <p><u>Artículo 7. Modifíquese el artículo 20 de la ley 1797 de 2016 de la siguiente manera:</u></p> <p><u>ARTÍCULO 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva</u></p>	<p>Se propone la adición de un artículo nuevo</p>

	<p><u>Entidad Territorial; y por el Presidente de la República en aquellos del nivel nacional. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, seleccionando a una persona de lista de elegibles conformada por convocatoria pública la cual deberá contener procesos de postulación, evaluación y selección que para dicho fin sea definido y reglamentado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, procesos que deberán incluir como mínimo las siguientes fases:</u></p> <p><u>1. La convocatoria y la publicación del perfil requerido, requisitos mínimos, y condiciones del cargo.</u></p> <p><u>2. Postulación e inscripción por parte de los posibles candidatos, presentando como mínimo hoja de vida, certificados de los requisitos mínimos, y una propuesta de plan de gestión institucional y administrativa en caso de ser seleccionado.</u></p> <p><u>3. Lista de admitidos a la convocatoria pública.</u></p> <p><u>4. Prueba de competencias y conocimientos en los temas propios de su cargo</u></p> <p><u>5. Entrevistas a los candidatos que hayan superado el puntaje mínimo requerido de la Prueba de aptitudes y conocimiento.</u></p>	
--	--	--

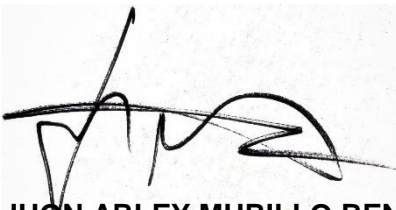
	<p><u>6. Publicación de la evaluación y calificación de los candidatos habilitados</u></p> <p><u>7. Conformación de una lista de elegibles, la cual estará integrada por los 10 candidatos que obtengan las calificaciones más altas del proceso, y se hayan verificado los soportes y cumplimiento de los requisitos fijados para el proceso respectivo.</u></p> <p><u>8. Los jefes de las respectivas Entidades Territoriales o el Presidente de la República, según corresponda para cada caso, seleccionará de esta lista de elegibles, a la persona que nombrará para el cargo respectivo.</u></p> <p><u>Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para períodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho período, sólo podrán ser</u></p> <p><u>retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, el cual estará a cargo de la junta directiva de dicho hospital.</u></p> <p><u>Parágrafo primero. En la reglamentación de la convocatoria pública descrita en el presente artículo, se deberá incluir dentro de los criterios de ponderación un porcentaje adicional del 5% para aquellos trabajadores que se encuentren vinculados en la red pública o del 10% para los que se encuentren vinculados</u></p>	
--	--	--

	<p><u>en la respectiva Empresa Social del Estado. En ningún caso, los porcentajes establecidos en el presente párrafo podrán acumularse en favor de una sola persona.</u></p> <p><u>Parágrafo segundo. Las entrevistas que se surtan en desarrollo de la presente convocatoria, deberán ser públicas y se realizaran por parte de la Junta Directiva del Hospital.</u></p>	
<p>Artículo 7. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 8. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Se modifica la numeración conforme a la adición del artículo nuevo</p>

VII. PROPOSICIÓN

De acuerdo con las anteriores consideraciones, presentamos ponencia positiva para primer debate y ponemos en consideración de la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el texto propuesto, para que esta Honorable célula legislativa se sirva dar primer debate y aprobar el Proyecto de Ley 283 de 2021 *“Por la cual se dictan medidas para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalecer la prestación del servicio y se dictan otras disposiciones”*.

De los Honorables Representantes,



JHON ARLEY MURILLO BENITEZ
Coordinador Ponente



JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ
Coordinador Ponente



FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN
Ponente



VIII. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN CÁMARA

PROYECTO DE LEY No. 283 DE 2021 CÁMARA

“Por la cual se dictan medidas para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalecer la prestación del servicio y se dictan otras disposiciones”.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. El objetivo de la presente ley es dictar medidas tendientes a fortalecer y mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que garanticen la sostenibilidad, el equilibrio financiero y que brinden mayor transparencia en el flujo de recursos, evitando barreras administrativas y garantizando la adecuada prestación de los servicios a los usuarios.

Artículo 2. Giro Directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES realizará el giro directo a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual en los regímenes subsidiado y contributivo del sistema.

Artículo 3. Piso tarifario. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema.

El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.

El piso tarifario tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el piso tarifario.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia



El Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá un (1) año a partir de la promulgación de la presente Ley, para emitir el piso tarifario, el cual deberá ser actualizado anualmente según el IPC.

Parágrafo: Dentro del piso tarifario a que hace referencia el presente artículo se garantizará la aplicación de un enfoque diferencial étnico.

Artículo 4. Prohibición de integración vertical. Las Empresas Promotoras de Salud y/o Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.

Así mismo las Empresas Promotoras de Salud y/o Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios no podrán contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS o aquellas donde participen en su composición accionaria.

Artículo 5. Contratación de primer nivel. Las entidades encargadas del aseguramiento en salud en Colombia deberán contratar los servicios de primer nivel de atención con los hospitales que integran la red pública en su respectiva circunscripción territorial. En aquellos lugares donde la oferta de servicios sea escasa, se podrá contratar con los hospitales privados del mismo nivel en aras de garantizar el derecho fundamental de la salud de la población.

Artículo 6. Sistema de pago por resultado. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios:

- a) Satisfacción al usuario el cual se medirá por:

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia



1. Número de quejas resueltas y tutelas falladas en contra de las entidades, por cada 1.000 usuarios.
 2. Encuesta de satisfacción cualitativa y cuantitativa, la cual se realizará una vez al año a los usuarios de cada Entidad Administradora de los Planes de Beneficios.
 3. Diseño de planes y programas de atención al usuario que incluyan un enfoque diferencial para poblaciones de difícil acceso, cobertura, resolutivez e interacción con el usuario, garantizando la atención en las regiones que no haya conectividad o tecnologías de la información.
- b) Cumplimiento y mejora en los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública, atendiendo el enfoque diferencial por departamento, ciclo vital y población.
 - c) Aplicación de las guías de atención expedidas por el Ministerio de Salud y su medición de adherencia. Sin detrimento del ejercicio de la autonomía de los profesionales de la salud.
 - d) Cumplimiento de las normas de calidad en la oportunidad de la prestación del servicio establecidas por el Ministerio de Salud.
 - e) Oportunidad en la entrega de medicamentos y en la toma de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas.
 - f) Tiempo de Inicio de tratamientos intervencionistas y de alto costo después del diagnóstico médico.
 - g) Implementación del modelo de atención integral de salud con atención diferenciada basada en atención primaria en salud con enfoque en salud familiar.
 - h) Percepción cualitativa y cuantitativa, el cual se medirá anualmente, con el fin de evaluar las condiciones laborales con las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios por parte del personal de la salud.

Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

El Gobierno Nacional reglamentará el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitará el acompañamiento de las universidades públicas y privadas y deberá

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia



crear un formulario de evaluación el cual arrojará un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para analizar y calcular el valor a pagar a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios por el resultado obtenido, el cual será del 3% de la UPC como valor fijo y adicional hasta un 5%, el cual será equivalente o proporcional al resultado obtenido y sin exceder el valor total a pagar del 8%.

Parágrafo: Para realizar una valoración objetiva y con el fin de determinar el valor o porcentaje de pago por resultados a las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios, se conformará una comisión integrada por:

Un (1) representante de los hospitales

Dos (2) representantes de los trabajadores del sector salud

Un (1) representante de los pacientes

Un (1) representante de las EAPB

Un (1) representante del Ministerio de Salud y

Un (1) representante de la ADRES

El Gobierno Nacional reglamentará el funcionamiento de la presente comisión, la cual actuará ad honorem y sus decisiones serán vinculantes.

Artículo 7. Modifíquese el artículo 20 de la ley 1797 de 2016 de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial; y por el Presidente de la República en aquellos del nivel nacional. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, seleccionando a una persona de lista de elegibles conformada por convocatoria pública la cual deberá contener procesos de postulación, evaluación y selección que para dicho fin sea definido y reglamentado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, procesos que deberán incluir como mínimo las siguientes fases:

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edificio Nuevo del Congreso Carrera 7 No.8-68
Bogotá - Colombia



1. La convocatoria y la publicación del perfil requerido, requisitos mínimos, y condiciones del cargo.
2. Postulación e inscripción por parte de los posibles candidatos, presentando como mínimo hoja de vida, certificados de los requisitos mínimos, y una propuesta de plan de gestión institucional y administrativa en caso de ser seleccionado.
3. Lista de admitidos a la convocatoria pública.
4. Prueba de competencias y conocimientos en los temas propios de su cargo
5. Entrevistas a los candidatos que hayan superado el puntaje mínimo requerido de la Prueba de aptitudes y conocimiento.
6. Publicación de la evaluación y calificación de los candidatos habilitados
7. Conformación de una lista de elegibles, la cual estará integrada por los 10 candidatos que obtengan las calificaciones más altas del proceso, y se hayan verificado los soportes y cumplimiento de los requisitos fijados para el proceso respectivo.
8. Los jefes de las respectivas Entidades Territoriales o el Presidente de la República, según corresponda para cada caso, seleccionará de esta lista de elegibles, a la persona que nombrará para el cargo respectivo.

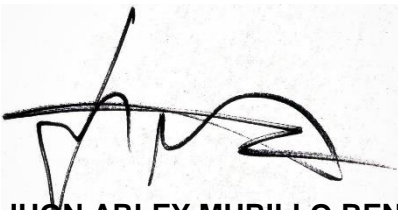
Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para períodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho período, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, el cual estará a cargo de la junta directiva de dicho hospital.

Parágrafo primero. En la reglamentación de la convocatoria pública descrita en el presente artículo, se deberá incluir dentro de los criterios de ponderación un porcentaje adicional del 5% para aquellos trabajadores que se encuentren vinculados en la red pública o del 10% para los que se encuentren vinculados en la respectiva Empresa Social del Estado. En ningún caso, los porcentajes establecidos en el presente parágrafo podrán acumularse en favor de una sola persona.

Parágrafo segundo. Las entrevistas que se surtan en desarrollo de la presente convocatoria deberán ser públicas y se realizarán por parte de la Junta Directiva del Hospital.”

Artículo 8. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los Honorables Representantes,



JHON ARLEY MURILLO BENITEZ
Coordinador Ponente



JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ
Coordinador Ponente



FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN
Ponente