

Bogotá D.C, 20 de septiembre de 2023

Doctor

RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO

Secretario Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara De Representantes

comision.septima@camara.gov.co

**REFERENCIA: CITACIÓN DEBATE DE CONTROL POLÍTICO DE
ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN NO. 16, DE SEPTIEMBRE 12
DE 2023**

RADICADO INTERNO: EN20230000442354

Respetado Doctor Albornoz,

Reciba Un Cordial Saludo,

En atención a la solicitud de la Mesa Directiva de La Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, nos permitimos atender el cuestionario propuesto en los siguientes términos:

- 1. Sírvase informar, dentro del plan de mejora continua, como han mejorado el flujo de recursos en pro de optimizar la calidad de la atención en salud.**

En punto al flujo de recursos es oportuno detallar que los valores girados por ADRES a la EPS Compensar por los conceptos de: UPC del Contributivo, Subsidiado y Promoción y Prevención (PYP), se vienen desembolsando oportunamente según cronograma establecido a inicio de año.

En cuanto al ítem de Presupuestos máximos, se ha recibido el reconocimiento de los meses de enero a junio, lo correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre de 2023 aún no se desembolsa.

El último ajuste realizado de Presupuestos máximos fue el año 2021 y fue desembolsado en marzo del año 2023, a la fecha está pendiente por ajustar y desembolsar vigencias 2022 y 2023, lo que ha generado dificultad en los pago a prestadores.

A continuación se anexa la información que refleja el valor desembolsado por ADRES corte enero-agosto de 2023, así como los valores desembolsados por parte de la EPS a los prestadores. De igual manera, se evidencia una brecha negativa, que para minimizar el impacto en la red de prestadores la EPS ha tenido que hacer uso de otros recursos.

	UPC-S	UPC-C	UPC PYP	TECHOS	DESEMBOLSO A PRESTADORES	DEFICIT FLUJO
Enero a Agosto 2023	306.358.700.028	1.853.404.863.719	26.339.365.919	99.302.478.068	- 2.397.065.540.772	- 111.660.133.039

2. Sírvase informar el nivel de participación de la red pública hospitalaria en materia de contratación. Discrimine el porcentaje de participación por cada departamento donde tengan presencia.

El 48.6% de la red hospitalaria contratada por Compensar EPS a nivel nacional corresponde a IPS's de naturaleza pública, lo cual se discrimina de la siguiente manera en los departamentos en los que COMPENSAR EPS tiene presencia:

Departamento	% Red pública hospitalaria contratada
Arauca	100%
Guaviare	100%
Chocó	100%
Casanare	82%
Cauca	70%
Cundinamarca	69%
Boyacá	69%
Caquetá	67%
Meta	64%
Tolima	58%
Risaralda	55%
Valle del cauca	54%
Putumayo	50%
Huila	47%
Norte de Santander	44%
Bogotá D.C	44%
Caldas	38%
Santander	33%
Sucre	33%
Nariño	29%
Bolívar	21%
Cesar	20%
Magdalena	17%
Quindío	14%
Antioquia	7%
Total general	48,6%

3. Sírvase informar el valor adeudado a la fecha a los hospitales, clínicas e IPS por cada departamento donde preste servicios la EPS.

A continuación, se relaciona el valor adeudado a las clínicas e IPS por cada departamento donde se prestan servicios a los afiliados de Compensar EPS, con corte a 31 de agosto de 2023, incluida la Red pública y privada.

Cartera corte 31-08-2023	
Departamento	Valor
AMAZONAS	\$ 10.811.245
ANTIOQUIA	\$ 4.646.771.677
ARAUCA	\$ 45.875.169
ATLANTICO	\$ 4.402.099.044
BOGOTA DC	\$ 775.335.513.879
BOLIVAR	\$ 1.777.811.238
BOYACA	\$ 18.172.423.023
CALDAS	\$ 468.346.908
CAQUETA	\$ 93.796.394
CASANARE	\$ 365.223.190
CAUCA	\$ 1.634.382.333
CESAR	\$ 287.610.627
CORDOBA	\$ 321.035.195
CUNDINAMARCA	\$ 40.952.523.022
GUAINIA	\$ 5.169.099
GUAVIARE	\$ 53.101.656
HUILA	\$ 2.135.278.291
LA GUAJIRA	\$ 30.821.619
MAGDALENA	\$ 520.176.622
META	\$ 8.533.446.654
NARIÑO	\$ 81.830.120
NORTE DE SANTANDER	\$ 9.170.932.349
PUTUMAYO	\$ 118.735.891
QUINDIO	\$ 2.788.807.513
RISARALDA	\$ 1.683.268.952
SANTANDER	\$ 9.461.119.477
SUCRE	\$ 207.736.327
TOLIMA	\$ 4.657.639.112
VALLE DEL CAUCA	\$ 13.100.580.677
Total general	\$ 901.062.867.303

4. Sírvase informar de qué forma la EPS ha venido disminuyendo la integración vertical, con el fin de fortalecer la red pública y no sus propias redes de servicios.

Frente a este interrogante es importante aclarar que Compensar EPS para conformar su red de prestadores de servicios salud atiende a criterios objetivos de selección y de disponibilidad en territorios para la negociación, contratación, desarrollo y reevaluación de la red de proveedores de salud, de acuerdo a la normatividad vigente, independientemente de su naturaleza pública o privada. De igual manera, como se indicó previamente el 48,6% de la red hospitalaria de Compensar EPS es de naturaleza pública, situación que también obedece a la disponibilidad y fortalecimiento de la red en territorios, nuevamente reiterando que dicha selección únicamente se realiza conforme a la disponibilidad y calidad en la atención en salud para los afiliados.

De igual manera, cabe resaltar que las Cajas de compensación familiar puedan ser EPS y al mismo tiempo prestadores de servicios salud, conforme al artículo 240 de la Ley 100 de 1993, según el cual las cajas de compensación familiar, sin transformarse en EPS, pueden optar por prestar los servicios propios de estas entidades, por medio de los programas regulados por la misma Ley en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por su parte, la Ley 21 de 1982, modificada la Ley 789 de 2002, establece dentro de las funciones asignadas a las cajas de compensación familiar, entre otras, las siguientes:

“Invertir en los regímenes de salud, riesgos profesionales y pensiones, conforme las reglas y términos del Estatuto Orgánico del Sector Financiero y demás disposiciones que regulen las materias.” (Negrilla por fuera de texto)

“Las Cajas de Compensación que estén habilitadas para realizar aseguramiento y prestación de servicios de salud y, en general para desarrollar actividades relacionadas con este campo conforme las disposiciones legales vigentes, individual o conjuntamente, continuarán facultadas para el efecto, en forma individual y/o conjunta, de manera opcional para la Caja.” (Negrilla por fuera de texto)

La ley 789 de 2002 ratifica la facultad de las cajas de compensación de tener a su cargo el aseguramiento de la salud así como la prestación de los servicios de salud, siempre y cuando cumplan los requisitos de habilitación propios de cada figura frente a los órganos correspondientes como lo son las entidades departamentales y distritales de salud (Secretaría de Salud respectiva) para el caso de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS; y la Superintendencia Nacional de Salud cuando se trate de Entidades Promotoras de Salud-EPS.

A pesar de tener a su cargo las dos figuras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aseguramiento y prestación, ambas se desarrollan bajo la misma razón social y la misma identificación tributaria de la caja de compensación familiar que corresponda, por cuanto es ésta quien ostenta la calidad de persona jurídica. Es por lo que, la figura de integración vertical descrita en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, no es aplicable a las cajas de compensación que tengan bajo la misma persona jurídica efectivamente habilitado el programa de aseguramiento y el de prestación de servicios de salud, como es el caso de la Caja de Compensación Familiar Compensar.

En efecto, cuando el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 establece que las EPS *“no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud”* se está refiriendo a los eventos en que las EPS prestan los servicios de salud a través de IPS que, aunque son de su propiedad, constituyen una persona jurídica distinta. Dado que el término “contratar” o “contrato” está definido en la ley, y que las disposiciones del aludido artículo 15 claramente establecen que la restricción aplica para la contratación del gasto en salud con las IPS de propiedad de las EPS, es posible concluir que la limitación relacionada con la integración vertical únicamente aplica para los casos en que las EPS contraten la prestación de servicios de salud con IPS propias que constituyan personas jurídicas independientes. Esto significa que cuando la prestación del servicio se realiza a través de IPS que hacen parte de la misma persona jurídica de

la EPS, las disposiciones del artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 no son aplicables. Este sería el caso de las cajas de compensación que sean EPS e IPS a la vez, y de las EPS cuyas IPS compartan el mismo NIT.

5. Sírvase informar de qué forma la EPS ha venido trabajando para corregir las fallas en la atención a sus afiliados, teniendo en cuenta las múltiples quejas por el trámite y entrega de autorizaciones, la dispensación de medicamentos y la oportunidad en la asignación de citas y exámenes especializados en el sitio de residencia.

En primer lugar, es oportuno indicar que en cumplimiento del Decreto 019 de 2012, la carga administrativa en la gestión de autorizaciones se maneja de manera articulada entre la IPS y la EPS, donde a partir de la emisión de la orden médica y dependiendo del tipo de servicio, se tienen diferentes canales para esta gestión como integraciones directas entre las aplicaciones de las IPS y de la EPS, work flow y buzones de correo electrónico para el escalamiento directo.

De igual manera, para servicios de mayor complejidad desde la EPS se envía la información directamente al prestador para la programación de servicios de salud que fueron ordenados al usuario, sin que se requiera la intervención del usuario.

Por otro lado, frente a la dispensación de medicamentos se han implementado estrategias que se encuentra enfocadas a brindar a los usuarios una calidez en la atención en cuanto al servicio, la accesibilidad, la oportunidad y la completitud en la dispensación de medicamentos, las cuales se enlistan a continuación:

1. Se están realizando observatorios de manera aleatorio a las farmacias a nivel Bogotá en búsqueda de mejora en la experiencia de atención al usuario.
2. Fortalecimiento al recurso humano del gestor farmacéutico a través de capacitaciones y talleres de vivencia que buscan sensibilizar a los colaboradores en la atención humanizada.
3. Promocionar canales de atención al usuario (turno virtual) y sensibilizar a los usuarios del buen uso y bondades para la solicitud de medicamentos para optimización de tiempo en la farmacia.
4. Seguimiento y revisión de los indicadores de cumplimiento por parte del gestor farmacéutico en tiempos de atención en la farmacia y oportunidad en la entrega de medicamentos en aras de buscar una estrategia donde el usuario pueda acceder de manera completa en la entrega de los medicamentos.

De igual manera, se detalla el estado de ejecución en el que se encuentran estas actividades:

Estrategia	Estatus	Observación
Observatorios	En ejecución a la fecha	Soportes por parte del proceso de Experiencia de usuario
capacitaciones y talleres de vivencia	En ejecución	Soportes por parte de Audifarma área Experiencia de usuario
Canales turno virtual	En proceso	Revisión con proceso de Experiencia de usuario de la organización para emisión de comunicaciones y divulgación al usuario
Indicadores de cumplimiento	En ejecución	Soporte en tableros de gestión. Seguimiento mensual con el gestor farmacéutico
Gestión de PQRSD	En ejecución	Indicadores de PQRSD, seguimiento al gestor de manera mensual

Finalmente, frente a la asignación de citas médicas, se han implementado diversas estrategias en aras de garantizar la oportunidad en la prestación del servicio de salud, situación que ha permitido mejorar los indicadores de oportunidad de medicina general y odontología en el año 2022 y en el primer semestre de 2023, como se observa a continuación:

- **Año 2022:**

Oportunidad Primera Vez Medicina General*	Días	1	3	3.873.066	1.126.475	3,44
Oportunidad Primera Vez Odontología*	Días	1	3	875.149	404.199	2,17

- **Año 2023:**

Oportunidad Primera Vez Medicina General*	Días	1	3	2.107.952	697.530	3,02
Oportunidad Primera Vez Odontología*	Días	1	3	490.148	248.564	1,97

En ese orden, se evidencia que la oportunidad de odontología se ha mantenido dentro de la meta normativa, y en el caso de medicina general se ha obtenido una mejora en el indicador llegando a tener un resultado para el primer trimestre de 2023 con una desviación del 0,02. Lo anterior obedece a estrategias implementadas de la siguiente manera:

Componente seguimiento:

- Monitoreo diario de disponibilidad de agendas de medicina general y especialidades para generación de alertas(informe disponibilidad Call Center)
- Monitoreo de remisión a consulta especializada ambulatoria (tablero remisión a consulta especializada promedio 11%, 89% resolutivez en primer nivel)
- Monitoreo de suficiencia de red ambulatoria con oferta adecuada

Componente oferta de Red:

- Optimización especialidad priorizada neurología con IPS clínicos

- Ampliación de oferta: apertura de nuevas de USS Básicas en Bogotá y Regional
- Ingreso de nuevas IPS hospitalarias que ofertan: urgencias, atención hospitalaria y consulta especializada y supra especializada.
- Nueva modalidad de contratación (PGP ampliado)
- Inicio implementación redes de servicios de salud en regional Boyacá

Componente Rutas de atención:

- Rutas establecidas para patología oncológica, programa de crónicos, entre otras, con repositorio de información dispuesto para direccionar adecuadamente al usuario y minimizar puntos de contacto, permitiendo optimización de uso de consulta especializada.
- Implementación de Ciclos cortos de patologías priorizadas: varices, programa de dermatitis atópica, psoriasis, litiasis urinaria.
- Gestión de usuarios que egresan de hospitalización a través de central de inducción de la demanda y requieren programar seguimientos ambulatorios.
- Estrategia Triage 4 y 5 con optimización de los recursos de red hospitalaria.
- Ruta quirúrgica que permite monitoreo y programación por priorización de patologías.

Componente capacitación continuada:

- Estrategia de criterios de remisión a supra especialidades
- Espacios periódicos de capacitación continuada dirigida a los profesionales asistenciales.
- Alineación técnico científica entre niveles de atención mediante metodología análisis de casos.

Finalmente, se reitera que Compensar EPS de manera continua busca garantizar la atención oportuna y de calidad a sus afiliados, situación que ha sido posible a través de las estrategias implementadas.

Esperamos de esta forma haber atendido la solicitud efectuada por su despacho, reiterando el compromiso que tiene **COMPENSAR EPS** con la salud de sus usuarios y el cumplimiento de las normas referentes al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Con sentimientos de alta consideración y respeto, suscribo.



LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS
Representante legal