



PROYECTO DE LEY No. ____ DE 2019

“Por medio de la cual se crean medidas para mejorar la calidad del servicio de atención en salud, se crea el fondo de recursos de calidad en salud (FoCAS), se modifica la Ley 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

Artículo 1º. Objeto. Establecer un conjunto de sanciones administrativas para las prácticas violatorias del derecho fundamental a la salud que condicione los resultados económicos y financieros de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) a la calidad de los servicios prestados por éstas. Igualmente, crear un Sistema de Pago por Desempeño destinado a mejorar la calidad del servicio de atención en salud.

Artículo 2º. Conductas sancionables por el desempeño deficiente en los indicadores de calidad. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones de las que trata la presente ley ante el desempeño deficiente de las EAPB e IPS en aspectos de: (i) oportunidad y acceso a servicios de salud; (ii) satisfacción y lealtad del usuario; (iii) facilidad en la afiliación.

Artículo 3º. Definiciones. Para efectos de lo establecido en la presente ley, se tendrán las siguientes definiciones:

- a) **Atención de salud.** Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- b) **Calidad de la atención de salud.** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- c) **Oportunidad en prestación de servicios de salud.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- d) **Plan de Beneficios.** Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Artículo 4°. Indicadores. Para efectos de lo señalado en la presente ley, se establecerá el desempeño deficiente de una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y/o de una Institución Prestadora de Salud (IPS), de conformidad con un umbral de desempeño mínimo de los siguientes indicadores:

- i. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general; se debe garantizar que este indicador, no sea mayor a 3 días
- ii. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 20 días.
- iii. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 7 días.
- iv. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 15 días.
- v. Tiempo promedio de espera para la asignación por primera vez de cita de ginecología; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 15 días.
- vi. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia; se debe garantizar que este indicador sea inferior a 7 días.
- vii. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontología; se debe garantizar que este indicador no sea mayor a 3 días.
- viii. Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear; se debe garantizar que sea inferior a 10 días.
- ix. Tiempo transcurrido en la atención en consulta de urgencias - Triage II; se debe garantizar que sea inferior a 30 minutos.
- x. Proporción de satisfacción global de los usuarios en las EAPB; se debe garantizar que este indicador sea mayor al 80%.
- xi. Proporción de usuarios que recomendaría su EAPB a familiares y amigos; se debe garantizar que este indicador sea mayor al 80%.
- xii. Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB; se debe garantizar que este indicador sea menor al 5%.
- xiii. Proporción de quejas resueltas por la Superintendencia de Salud en las cuales se adoptan correctivos por las EAPB antes de 15 días; se debe garantizar que este indicador sea mayor al 80%.

- xiv. Número de quejas presentadas ante la Superintendencia de Salud falladas contra la EAPB por la no prestación de servicios incluidos dentro del Plan de Beneficios; se debe garantizar que este indicador no sea superior a quince (15) por cada 10.000 afiliados en cada año.
- xv. Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por no prestación de servicios incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud, exceptuándose los casos establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015; se debe garantizar que este indicador no sea superior a quince (15) por cada 10.000 afiliados en cada año.
- xvi. Número de quejas presentadas ante la Superintendencia falladas en contra de la EAPB por falta de atención oportuna y negación de prestación de servicios médicos de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad; se debe garantizar que este indicador no sea superior a diez (10) por cada 10.000 afiliados en cada año.
- xvii. Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por falta de atención oportuna y negación de prestación de servicios médicos de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad, exceptuándose los casos establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015; se debe garantizar que este indicador no sea superior a diez (10) por cada 10.000 afiliados en cada año.
- xviii. Número de quejas presentadas ante la Superintendencia de Salud falladas en contra de la EAPB por negarse a autorizar el traslado hacia otra EAPB a pesar de que los usuarios cumplan el tiempo y requisitos para trasladarse de EAPB; se debe garantizar que este indicador no sea superior a cinco (5) por cada 10.000 mil afiliados en cada año.
- xix. Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por negarse autorizar el traslado hacia otra EAPB a pesar de que éstas cumplan el tiempo y requisitos para trasladarse de EAPB; se debe garantizar que este indicador no sea superior a cinco (5) por cada 10.000 afiliados en cada año.

Parágrafo 1°. Los indicadores previamente señalados serán evaluados a nivel: (a) nacional; (b) departamental y; (c) municipal, específicamente en los de categoría especial y de categoría 1, 2 y 3, de acuerdo con los establecido en la Ley 1551 de 2012. En los eventos de los municipios de categoría 4, 5 y 6, el Gobierno Nacional reglamentará lo relativo al cumplimiento de los indicadores, rigiéndose por los criterios de (i) oportunidad y acceso a servicios de salud; (ii) satisfacción y lealtad del usuario; (iii) facilidad en la afiliación.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará una actualización cada cuatro (4) años de los indicadores de calidad establecidos en la presente ley y de los umbrales a partir de los cuales las EAPB e IPS presentan desempeños

deficientes. En todo caso, la actualización de estos indicadores deberá implicar una mejora progresiva del servicio de salud.

Parágrafo 3º. Se tendrá como fuente de información, metodología de captura, reporte y medición y evaluación de cada uno de los indicadores lo establecido en el Sistema de Información para la Calidad (SIC). En caso de que alguno de los indicadores contemplados en la presente ley no esté en el SIC, el Gobierno Nacional reglamentará lo relativo al reporte de dichos indicadores.

Artículo 5º. Sanciones. El desempeño deficiente por parte de una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y/o de una Institución Prestadora de Salud (IPS), en los indicadores a los que se refiere el artículo 4º de la presente ley, dará lugar a la aplicación de sanciones establecidas en los artículos 131 a 134 de la Ley 1438 de 2011, la Ley 1949 de 2019 y de conformidad con el artículo 7º de la Ley 1751 de 2015.

Parágrafo 1º. En caso de negación de servicios de salud a sujetos de especial protección constitucional, se aplicará a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones prestadoras de salud (IPS) la sanción máxima establecida por la Ley 1438 de 2011 y Ley 1949 de 2019.

Parágrafo 2. Previo a la imposición de las sanciones, la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de sus funciones constitucionales y legales, podrá realizar una visita de Inspección, Vigilancia y Control a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones prestadoras de salud (IPS), para establecer y evaluar un plan de mejoramiento en la calidad del servicio de calidad en salud

Parágrafo 3. La Superintendencia Nacional de Salud o la entidad que haga sus veces, determinará para cada caso concreto si la responsabilidad por el incumplimiento de los indicadores previstos en el artículo 2º de la presente ley es individual o compartida entre las Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones prestadoras de salud (IPS).

Artículo 6º. Crease el Fondo de Recursos de la Calidad en Salud (FoCAS). Los recursos económicos que resulten de las sanciones establecidas en la presente ley, serán destinados al Fondo de Recursos de la Calidad en Salud (FoCAS), una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

Artículo 7º. Destinación recursos FoCAS. Los recursos del FoCAS serán destinados a recompensar a las EAPB que presenten un desempeño favorable en todos los indicadores establecidos en el artículo 4º de la presente ley. Estos recursos tendrán como finalidad exclusiva el mejoramiento de la calidad del servicio de atención en salud y lo relativo a los procesos de acreditación.

Artículo 8°. Sistema de Pago por Desempeño. Los recursos del FoCAS se distribuirán de acuerdo con un sistema de pago por desempeño favorable el cual evaluará el desempeño global de las empresas administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Este sistema debe ser reglamentado por el ministerio de salud y de Protección Social en el plazo máximo de un año a partir de la promulgación de la presente ley

Artículo 9°. Vigencia. La presente ley rige a partir del momento de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

RODRIGO LARA RESTREPO

Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El objeto del presente proyecto de ley consiste en establecer un conjunto de sanciones administrativas para las prácticas violatorias del derecho fundamental a la salud que condicione los resultados económicos y financieros de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) a la calidad de los servicios prestados por éstas. De la misma manera, se crea un Sistema de Pago por Desempeño destinado a mejorar la calidad del servicio de atención en salud.

MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

La Constitución Política consagra el derecho a la salud en el artículo 49, estableciendo que *“la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*. El servicio público de salud, así definido, exige al Estado a establecer políticas públicas encaminadas a la realización del derecho, por lo cual, el Estado tiene la obligación de organizar, dirigir, reglamentar y consagrar las políticas públicas tendientes a que las empresas prestadoras de salud y las entidades estatales de los diferentes órdenes, presten el servicio para que el derecho sea progresivamente realizable.

De conformidad con la Carta Política, la prestación del servicio de salud debe realizarse de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El principio de universalidad, establece que el derecho a la salud es accesible a todas las personas sin ningún tipo de diferenciación, mientras el principio de eficiencia estipula que la prestación del servicio de salud debe hacerse de acuerdo a un manejo adecuado de recursos. En tanto, la solidaridad corresponde al mutuo apoyo para la prestación del servicio entre los diferentes actores, tanto en grupos sociales, económicos y culturales.

En el mismo sentido, los artículos 2°, 153 y 156 de la Ley 100 de 1993, consagran como principios rectores y características del sistema, entre otros: la prestación del servicio de calidad, de forma continua, integral y garantizando la libertad de escogencia.

Igualmente, la Corte Constitucional, por medio de la sentencia T-760 de 2008¹, recogió el precedente jurisprudencial hasta la fecha y estableció el derecho a la salud como un derecho fundamental de carácter autónomo e irrenunciable.

Posteriormente, el Congreso de la República promulgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015 *“por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan*

¹ M.P. Manuel José Cepeda.

*otras disposición*², donde determinó que el derecho a la salud: (i) es irrenunciable y autónomo a nivel individual y colectivo; (ii) comprende “*el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad*” (art. 2); (iii) contiene cuatro elementos fundamentales, como lo son disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional (art.6) y (iv) lo consagra catorce principios que lo rigen (art.6)³.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tomando en consideración este marco normativo de derechos y deberes, el modelo de salud colombiano, se organiza bajo un sistema de competencia por atención médica⁴. En este, se realizan subsidios a la demanda, es decir, el gasto en salud se hace por usuario en vez del giro directo a hospitales o clínicas. Este sistema incluye unos actores como las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que sirven de intermediarios entre los ciudadanos y los prestadores de servicios médicos como clínicas u hospitales (IPS). Las EAPB reciben Unidades de Pago por Capitación (UPC⁵), correspondiente al gasto en salud por usuarios.

Las EAPB tienen una doble función, por un lado, deben ser administradoras del gasto en salud al negociar tarifas con los prestadores del servicio de salud; y por otro, deben competir por calidad entre los usuarios. Este sistema se realizó con la finalidad de alinear incentivos entre el Gobierno Nacional y las EAPB, de tal forma que estas últimas contienen los gastos pero, a su vez, no disminuyen la calidad.

Ahora bien, en la práctica, las EAPB han administrado de forma prudente los gastos⁶. Sin embargo, en lo que respecta a la competencia por calidad, la cual se

² Mediante sentencia C-313 de 2014 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza, se realizó el control previo e integral del Proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Allí se declaró “EXEQUIBLE el artículo 6°, salvo las expresiones “de manera intempestiva y arbitraria” contenidas en el literal d) del inciso segundo, “que se requieran con necesidad” y “que puedan agravar la condición de salud de las personas” contenidas en el literal e) del inciso segundo, que se declaran INEXEQUIBLES”.

³ Los principios enunciados son: universalidad; pro homine; equidad; continuidad; oportunidad; prevalencia de derechos; progresividad del derecho; libre elección; sostenibilidad; solidaridad; eficiencia; interculturalidad; protección a los pueblos indígenas y por último, protección pueblos y comunidades indígenas, ROM, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

⁴ Managed care competition. Handbook of Health Economics, Volume 1, and Part A, 2000, Pages 707– 753. Chapter 13 – Managed Care.

⁵ La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor que reconoce el sistema a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad, tecnologías específicas o Entidades Promotoras de Salud (EPS), tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que podrían existir.

⁶ En Colombia el gasto en salud como porcentaje del PIB se encuentra por debajo del promedio de la región.

basa principalmente en la escogencia por parte de los usuarios de la mejor EAPB de acuerdo con la información disponible⁷, el resultado no ha sido el esperado.

Así, la competencia en calidad por parte de las EAPB es muy baja, pues el mecanismo establecido para ello no ha funcionado correctamente. Por ejemplo, para un ciudadano es difícil evaluar el desempeño de las EAPB, sobre todo dada la multiplicidad de servicios que ofrece. Igualmente, los costos asociados para el traslado de EAPB son altos y, además, existen ciertas rigideces en el sistema como la necesidad de cumplir cierto tiempo para poder hacer el respectivo cambio de EAPB.

En este caso, la maximización de las ganancias de las EAPB viene dada únicamente por la diferencia entre UPC y gastos, sin que con ello se vea afectado el número de pacientes. Así, las EAPB cumplen su labor de controlar sus gastos, pero no propiamente por procesos de eficiencia económica, sino en detrimento de la calidad ofrecida a los usuarios⁸.

Esto ha llevado a la constante necesidad de interponer mecanismos legales como la tutela por la negación de servicios de salud en urgencias o para enfermedades de alto costo. De acuerdo con lo señalado por la Defensoría del Pueblo en el Informe Defensorial sobre la Tutela y el Derecho a la Salud de octubre de 2014, las EPS y demás entidades del SGSSS siguen desconociendo los mandatos constitucionales y legales de progresividad en la protección del derecho a la salud y la prestación eficiente, sostenible, oportuna, continua y equitativa del servicio de salud.

Tal como encontró la Defensoría del Pueblo “más de la tercera parte de las tutelas en el país han sido para reclamar derechos de salud. De estos, más de la mitad (56.4%) han solicitado contenidos del POS. Antioquia origina más de la tercera parte de las tutelas en salud; le siguen Bogotá, Valle y Santander. En el caso de Antioquia, se invocan en promedio 47 tutelas por cada 10 mil habitantes cada año. El 77% de las tutelas se instaura contra las entidades de aseguramiento del SGSSS que administran el régimen contributivo y subsidiado. (...)El 20,1% de las tutelas solicita exámenes paraclínicos, seguido de medicamentos (18,4%) y cirugías (17,6%). La solicitud de medicamentos pasó a ser la más reiterada en el año 2005. Las solicitudes en las tutelas de exámenes contenidos en el POS (73,7%) (...) El 92,7%

⁷ Actualmente, se cuenta con diferentes herramientas para entregarle información al ciudadano sobre el desempeño de las diferentes EPS. Así, la Ley 1438 de 2011, en su artículo 111, establece que de manera anual se debe presentar un informe con la calificación de los actores. Igualmente, los usuarios cuentan con el Sistema de Información para la Calidad (SIC). En la resolución de 256 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó los criterios y parámetros a considerar en el SIC. La Corte Constitucional, en virtud de la sentencia T-760 de 2008, le solicitó al Ministerio de Salud realizar un ranking de las EPS tomando en consideración las principales prácticas violatorias del derecho a la salud. La Corte Constitucional determinó catorce (14) ítems o criterios para la construcción de determinado ranking.

⁸ Baranes, E., y Bardey, D. (2012). Competition between Managed Care Organizations and Indemnity Plans in Health Insurance Markets. Documento Cede, Universidad de los Andes.

de los tratamientos tutelados se encuentra en el POS y corresponde a tratamientos integrales de patologías de alto costo (cáncer, angioplastias, reemplazos de cadera y diálisis). (...) La negación de citas médicas especializadas está asociada a patologías que en el futuro pueden ocasionar gastos, no solo en el tratamiento sino en otros insumos relacionados.”

Por lo tanto, se observa que existen EAPB con niveles altos de insatisfacción de los usuarios, pero que, a su vez, tienen una alta proporción de usuarios⁹.

En suma, sin competencia por calidad, el sistema de salud no puede presentar un adecuado funcionamiento, pues las EAPB reducen sus costos en detrimento de la calidad ofrecida.

De esta forma, es preciso crear instrumentos para garantizar que las EAPB, que presten un mal servicio, vean afectadas tanto su participación en el mercado como su desempeño económico. Es por ello que es necesaria la creación de herramientas para mejorar la calidad de la prestación del servicio en aspectos como acceso a servicios de salud; información y facilitación a la afiliación, desafiliación y movimiento dentro del sistema de salud; y, satisfacción del usuario.

Este Proyecto de Ley provee un conjunto de sanciones, en aras de mejorar la calidad del sistema de salud colombiano. En particular, apuntan a corregir el problema de la falta de competencia por calidad entre las EAPB. De tal forma, que las ganancias y actividades de las EAPB se vuelvan sensibles a la calidad del servicio prestado.

Sistema de Sanciones

En primer lugar, el presente Proyecto de Ley establece un conjunto de sanciones administrativas a las EAPB que presenten un desempeño desfavorable en indicadores de acceso a la atención de salud; facilidad y acceso de información para los usuarios; y satisfacción del usuario. Se han seleccionado los principales indicadores que deben ceñirse por un nivel óptimo para que no existan prácticas violatorias del derecho a la salud.

El presente Proyecto de Ley pretende que las EAPB mantengan un nivel de calidad constante, dentro de lo posible, de prestación de servicios en los aspectos señalados de manera que cualquier oscilación en la prestación del servicio o largos períodos de atención deficiente que afecten fuertemente a los usuarios, serán sancionados.

⁹ Dávila, C. y Rueda A. (2013). La competencia en el modelo de aseguramiento en salud en Colombia. Tesis de la Universidad del Externado.

Igualmente, se establecen las condiciones propias de la prestación del servicio, pues se toma en consideración el promedio nacional, que en cierta medida refleja las restricciones o posibilidades de prestación de los servicios de salud en determinado período de tiempo. El hecho de que una EAPB, en un respectivo indicador, desatienda los promedios indicados, es una señal clara de la incorrecta prestación del servicio y necesidad de tomar una medida para corregir dicha actuación.

En conclusión, las sanciones tienen como finalidad la corrección de actuaciones perjudiciales para el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los usuarios del sistema de salud. En ello ya se avanzó con la Ley 1438 de 2011, donde se consagraron unas conductas violatorias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del derecho a la salud (art. 130) a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Indicadores de Calidad

El seguimiento a los indicadores de salud en Colombia ha presentado un avance importante y ya cuenta con un marco normativo. En primer lugar, el Decreto 1011 de 2006 estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). En este se definen un conjunto de procedimientos y disposiciones para garantizar la calidad de la atención de salud. Pone de presente la necesidad de realizar auditorías periódicas para el mejoramiento de la calidad de la salud y, además, le impone a las EAPB la tarea de adoptar criterios e indicadores para realizar un continuo monitoreo a la calidad.

Igualmente, en el Decreto se estableció el Sistema de Información para la Calidad. Este fue reglamentado inicialmente por la Resolución 1446 de 2006, la cual fue derogada por la Resolución 256 de 2016. En las respectivas Resoluciones se detallan y agrupan un conjunto de indicadores para evaluar la calidad en el servicio de salud. Estos se concentran en aspectos relevantes, como i) oportunidad/accesibilidad, ii) calidad técnica, iii) gerencia del riesgo y iv) satisfacción/lealtad.

Por otra parte, el Ministerio de Salud ha venido realizando un ranking de EPS, tanto en lo que respecta al desempeño global como detalles de la satisfacción de los usuarios.

Además, el Ministerio de Salud ha venido realizado un seguimiento de las principales prácticas violatorias del derecho a la salud, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional, en la sentencia T-760 de 2008 y el Auto 260 del 16 de noviembre de 2012.

De esta forma, partiendo de los desarrollos normativos del Sistema de Información para la Calidad y el listado de las principales prácticas violatorias del sistema de salud, se establecen los principales indicadores de calidad de salud del presente proyecto de ley.

A continuación, se da un listado de las principales fuentes normativas o de otro tipo para definir el conjunto de indicadores a considerar para evaluar la calidad en la salud:

- a) Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad (SIC): Resolución Previa: Resolución 1446 de 2006 – Sistema de Información de Calidad.
- b) Sistema de Indicadores de Alerta Temprana – Circular 56 de 2009.
- c) Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS y Ranking de Satisfacción de las EPS.
- d) Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda. Orden número 20 y el Auto 2060 de 2012.

Set de Indicadores

En la siguiente tabla se establecen los indicadores de calidad, su definición, el umbral mínimo de desempeño y la fuente normativa.

Grupo	Indicador	Definición	Fuente	Sistema de Información	Umbral de Desempeño
<u>Experiencia de la atención</u>	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	Estándar 3 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 20 días

		la cual es asignada la cita	y Auto 260 de 2012		
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 7 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 15 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita obstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 7 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 15 días

	Tiempo promedio de esperar para la asignación de cita de odontología general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha de la asignación del servicio la cual es asignada la cita	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 3 días
	Tiempo promedio de resonancia magnética nuclear		Resolución 256 de 2016	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 10 días
	Tiempo transcurrido en la atención en consultad de urgencias - Triage II	Cociente entre la sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención y el momento en el cual es atendido el paciente, dividido por el número total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	Resolución 1446 de 2016 - SIC (Derogada) y Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	Reporte de la EAPB al MSPS	Estándar 30 minutos
	Proporción de satisfacción global de los usuarios en las EPS	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad	Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, Ministerio de Salud y Protección Social	Estándar del 80%
	Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “definitivamente sí” o “probablemente sí” a la pregunta: ¿recomendaría a sus familiares y amigos	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad	Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, Ministerio de Salud y	Estándar del 80%

		afiliarse a su EPS?”, y el número de usuarios que respondieron la pregunta		Protección Social	
	Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EPS	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “sí” a la pregunta: “¿Ha pensado cambiarse a otra EPS?”,	Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información de Calidad	Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, Ministerio de Salud y Protección Social	Estándar del 5%

Acceso a los servicios de salud	Proporción de quejas en SuperSalud resueltas antes de 15 días	Proporción de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días.	Resolución 1446 de 206 - SIC (Derogada)	SuperSalud	Estándar del 80%
	Número de quejas ante SuperSalud falladas en contra de la EAPB por la no prestación de servicios del Plan de Beneficios en Salud; las EAPB deben garantizar que este indicador no sea superior a quince (15) por cada 10.000 afiliados en cada año.	Número de quejas falladas en contra de la EAPB por no prestación de servicios. Formula: $Q_i/T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de quejas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios. Lectura del indicador: Máximo 5 quejas falladas por cada 10 mil usuarios.	Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012 y Resolución 1446 de 206 - SIC (Derogada)	SuperSalud	Estándar 15 por cada 10 mil afiliados
	Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por no prestación de servicios del Plan de Beneficios en Salud; las EAPB deben garantizar que este indicador no sea superior a quince (15) por cada 10.000 afiliados en cada año.	Número de tutelas falladas en contra de la EAPB. Formula: $Q_i/T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de tutelas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios.	Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	SuperSalud	Estándar 15 por cada 10 mil afiliados

	<p>Número de quejas ante SuperSalud en contra de la EAPB por falta de atención oportuna y negación de prestación de servicios médicos de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad; las EAPB deben garantizar que este indicador no sea superior a diez (10) por cada 10.000 afiliados en cada año.</p>	<p>Número de quejas falladas a favor del afiliado. Formula: $Q_i / T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de quejas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios.</p>	<p>Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012</p>	<p>SuperSalud</p>	<p>Estándar 10 por cada 10 mil afiliados</p>
	<p>Número de tutelas falladas en contra de la EAPB por falta de atención oportuna y negación de prestación de servicios médicos de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad; las EAPB deben garantizar que este indicador no sea superior a diez (10) por cada 10.000 afiliados en cada año.</p>	<p>Número de tutelas falladas a favor del afiliado. Formula: $Q_i / T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de tutelas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios.</p>	<p>Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012</p>	<p>SuperSalud</p>	<p>Estándar 10 por cada 10 mil afiliados</p>
	<p>Número de quejas ante SuperSalud falladas por negarse a afiliar personas a pesar de que éstas cumplan el tiempo y requisitos para trasladarse de EAPB; las EAPB deben garantizar que este indicador</p>	<p>Número de quejas falladas a favor del afiliado. Formula: $Q_i / T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de quejas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios.</p>	<p>Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012</p>	<p>SuperSalud y MSPS</p>	<p>Estándar 5 por cada 10 mil afiliados</p>

	no sea superior a cinco (5) por cada 10.000 afiliados en cada año.				
	Número de tutelas falladas por negarse a afiliar personas a pesar de que éstas cumplan el tiempo y requisitos para trasladarse de EAPB; las EAPB deben garantizar que este indicador no sea superior a cinco (5) por cada 10.000 afiliados en cada año.	Número de tutelas falladas a favor del afiliado. Formula: $Q_i / T_i \times 10.000$; Siendo Q_i el número de tutelas falladas en contra de la EAPB y T_i número total de usuarios.	Orden 20 - Sentencia T670 de 2008 y Auto 260 de 2012	SuperSalud y MSPS	Estándar 5 por cada 10 mil afiliados

Así las cosas, este proyecto de ley pretende generar condiciones para que las EAPB compitan por la calidad en la prestación del servicio de salud, creando instrumentos para garantizar que éstas vean afectada su participación en el mercado dependiendo de su desempeño. Para ello se consagran una serie de índices como son el acceso a servicios de salud; información y facilitación a la afiliación, desafiliación y movimiento dentro del sistema de salud; y, satisfacción del usuario. En el mismo sentido, se consagran un conjunto de sanciones para corregir la falta de competencia por calidad entre las EAPB y las IPS.

Lo anterior con la finalidad de corregir actuaciones perjudiciales para el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los usuarios del sistema de salud, que aunque han existido avances con la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria de Salud, es necesario la creación que de un sistema que condicione los resultados económicos y financieros de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) a la calidad de los servicios prestados por éstas y, a su vez, un Sistema de Pago por Desempeño destinado a mejorar la calidad del servicio de atención en salud.

Cordialmente,

RODRIGO LARA RESTREPO

Senador de la República

