

Bogotá D.C, agosto 13 de 2019

Doctor:

Gregorio Eljach Pacheco

Secretario General

Senado de la Republica

Asunto: Radicación Proyecto de Ley Número _____ 2019 Senado **“Por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema”**

Respetado Señor Secretario:

Reciba un cordial saludo. De conformidad con lo estipulado en los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1992, presento a consideración del Honorable Senado el Proyecto de Ley **Proyecto de Ley ____ de 2019 Senado “Por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema”** iniciativa legislativa que cumple las disposiciones correspondientes al orden en la redacción del proyecto consagradas en el artículo 145 de la citada ley. Por tanto, agradezco surtir el trámite legislativo previsto en el artículo 144 de la Ley 5 de 1992.

Proyecto de Ley No _____ 2019 Senado “Por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

Capítulo I Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en aras de garantizar el derecho a la salud a toda la población, materializando el Estado Social de Derecho y centrando el sistema alrededor del paciente, todo de acuerdo a los lineamientos de la Ley 1751- Estatutaria de Salud y su definición de Sistema de Salud. Con ese fin se fortalecen los requisitos habilitación de los aseguradores en salud en aras de lograr mejores resultados en salud, se articula un modelo de prestación de servicios cuya base es la atención primaria, se refuerza la cantidad y calidad del talento humano en salud, se dictan medidas para el manejo de la información, se dictan medidas de inspección, vigilancia y control y se dictan otras disposiciones orientadas a lograr la sostenibilidad del Sistema y el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El Gobierno Nacional, los Entes Territoriales y todas las Empresas Promotoras de Salud, deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con Prestadores de Servicios de Salud y Alianzas Público Privadas. Las EPS ofrecerán un Plan de Beneficios, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integrales de servicios.

Artículo 3. Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo 156 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Para efectos de garantizar el derecho fundamental a la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

- a. El Gobierno Nacional dirigirá, orientará y regulará, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La inspección, vigilancia y control estará a cargo de las Entidades Territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud.
- b. Estará articulado con los sectores de ambiente, transporte, educación, cultura entre otros, partiendo de los determinantes sociales de la salud, de conformidad con el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015.
- c. La humanización dentro de la garantía de la prestación de los servicios de salud la cual se define como el contacto con el usuario a través de una comunicación clara y efectiva dentro de un trato respetuoso, garantista y digno, acorde con el concepto de dignidad humana.

- d. Todos los residentes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado dependiendo si es o no cotizante al sistema.
- e. Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan de Beneficios en Salud que será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- f. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y las funciones propias del aseguramiento en salud, así como la garantía de la prestación de los servicios a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) debidamente habilitadas.
- g. Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que será establecida periódicamente, bajo las condiciones que el Ministerio de Salud y Protección Social y obedeciendo a criterios de calidad en la atención.
- h. Los afiliados elegirán la Entidad Promotora de Salud y la Institución prestadora de servicios de salud, dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación y de acuerdo con el modelo de atención que se defina para cada territorio.
- i. Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de participar en las decisiones del sistema. (ampliar capacidad de incidencia)
- j. Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- k. Las entidades territoriales en coordinación con las EPS e IPS garantizarán el acceso al servicio de salud de todas aquellas personas residentes que no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y es obligación de estas entidades, proceder a los trámites correspondientes para garantizar la afiliación de manera inmediata al sistema.
- l. Desde el aseguramiento del riesgo, pasando por la operación de redes, hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos más allá de las fronteras físicas.
- m. La diferencia en la prestación económica relacionada con la licencia de maternidad entre el régimen contributivo y régimen subsidiado se cerrará de manera progresiva en un periodo de 5 años hasta que la población del régimen subsidiado tenga el mismo beneficio, en los términos que define el Ministerio de Salud y Protección Social.
- n. Todos los trámites administrativos y burocráticos serán asumidas por los encargados o intervinientes en la prestación del servicio y no podrán ser trasladados al usuario.

Capítulo II Aseguramiento en Salud.

Artículo 4. Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud –EPS-, públicas, privadas o mixtas, cumplirán con las funciones propias al aseguramiento social en salud señaladas en el presente capítulo, podrán operar simultáneamente los regímenes contributivo y subsidiado y funcionarán en las áreas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 5. Transitorio. Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud. Todas las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado y contributivo deberán presentar un Plan de Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud y la Superfinanciera donde detallen las acciones de la entidad para alcanzar los estándares de calidad financiera y técnica dispuestos en la norma sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley.

Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, será condición para la habilitación y permanencia del funcionamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 6. Transitorio. Depuración del aseguramiento: Con base en el Análisis del Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará e implantará en un tiempo inferior a 6 meses, un programa progresivo de depuración del aseguramiento, que un lapso no superior a 1 año, tomará medidas de intervención progresiva hasta retirar la habilitación de aquellas EPS cuyos estados financieros y patrimoniales son deficitarios y cuyas poblaciones muestren riesgo elevado o deficiencias en la atención. La población de los aseguradores que pierdan su habilitación será distribuida entre las EPS que mantengan condiciones adecuadas para su habilitación y permanencia de acuerdo con los plazos y metas definidas y monitoreadas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud

Artículo 7. Definición de tamaños mínimos de operación de aseguramiento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá tamaños mínimos de operación para las EPS resultantes del proceso de depuración y las que posteriormente entren en vigencia, a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial. Las EPS que no obtengan el tamaño mínimo de operación podrán fusionarse con otros o ceder sus poblaciones a otras EPS una vez vencidos los plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados tendrán, con base en la oferta de aseguradores resultantes, derecho a elegir la EPS y la red de prestadores a la que serán trasladados.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá criterios de tamaños mínimos de operación a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 8. Sistema de gestión integral del riesgo en salud: Toda EPS que opere en el territorio nacional, deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los pacientes a nivel individual con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, en un lapso no inferior a 2 años a la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 1. Las EPS que después de la entrada en vigencia de la presente ley soliciten habilitación para operar en el aseguramiento en salud, deberán contar con un Sistema de gestión integral del riesgo en salud con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos.

Parágrafo 2. También deberá acreditar la capacidad para el seguimiento de pacientes en programas de enfermedad crónica y enfermedades huérfanas, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios en el manejo agudo y crónico de la enfermedad y la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Parágrafo 3 Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes se integrarán en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud al que hace referencia el capítulo 7 de la presente Ley.

Artículo 9. Habilitación. Las nuevas Entidades que soliciten ser habilitadas como Entidades Promotoras de Salud deberán acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los siguientes requisitos mínimos:

Tener personería jurídica reconocida por el Estado.

Tener, dentro de su objeto social, el desarrollo de las funciones del aseguramiento social en salud.

Tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad el cuál será acreditando anualmente junto con su margen de solvencia.

Disponer de una organización financiera, técnico administrativa y tecnológica científica que permita:

- Conocer las características socioeconómicas y determinantes de salud de la población a afiliar y del estado de salud individual de sus afiliados y de su grupo familiar.
- Garantizar por parte de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios de salud que conforman su red, la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad y trato humanizado al usuario.
- Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos de acuerdo a indicadores del Ministerio de Salud

Presentar un modelo de Gobierno Corporativo y un código de conducta.

Contar con una política explícita de humanización de la atención

Iniciar su operación con un número mínimo de afiliados.

Artículo 10. Buenas prácticas del Aseguramiento en Salud. Se consideran buenas prácticas de aseguramiento social en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud, todas aquellas que estén encaminadas a garantizar la calidad en la atención y satisfacción de sus afiliados. Se consideran buenas prácticas -sin ser las únicas- las siguientes:

Contar con buenas prácticas de gobierno corporativo estructurado, articulado, comprometido y enfocado en la garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud, en el marco de una eficiencia económica, técnica y de competitividad.

Disponer de un sistema de información interoperable de los procesos de aseguramiento, de prestación de servicios de salud, de la gestión financiera, de la evaluación de calidad y de satisfacción del usuario, de tal manera que exista información de la situación de la entidad a tiempo

y adecuada para la toma oportuna de decisiones. Se deberá garantizar la actualización permanentemente de dicha información.

Contar con capacidad técnica para la administración eficiente y eficaz de los recursos financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud para el cumplimiento y pago oportuno de todas sus obligaciones.

Garantizar reservas técnicas que soporten situaciones imprevistas.

Dirigir toda su actividad hacia el afiliado, el paciente y su familia por medio del Sistema de gestión integral del riesgo en salud

Disponer de procesos de evaluación interna y externa, en procura del mejoramiento continuo.

Monitorear y reducir, el nivel de tutelas y quejas frente a la prestación del servicio.

Presentar óptimos resultados en salud acorde con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional regulará lo relativo a las buenas prácticas de aseguramiento social en salud.

Artículo 11. Requisitos de permanencia y buenas prácticas en el Aseguramiento Social en Salud. Una vez habilitada y autorizada la entrada en funcionamiento de la EPS, esta habilitación tendrá una vigencia inicial de un (1) año contado a partir de su expedición por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Una vez cumplido dicho lapso de tiempo, la EPS deberá acreditar una serie de buenas prácticas del aseguramiento en salud, definidas en la presente ley. Si la evaluación es satisfactoria, la autorización de funcionamiento será renovada por periodos de tres (3) años.

Si la evaluación realizada es insatisfactoria, la Superintendencia Nacional de Salud expedirá un certificado provisional con vigencia de un (1) año el cual estará condicionado por un plan de mejoramiento y viabilización propuesto por la EPS y que deberá ser aprobado por el Gobierno Nacional. En aras de hacer seguimiento al plan de mejoramiento y viabilización, la Superintendencia Nacional de Salud realizará visitas cada tres (3) meses a la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo. En caso de que la EPS no presente el plan de mejoramiento, este sea inviabilizado o el seguimiento del plan sea insatisfactorio, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que considere pertinentes, priorizando la revocatoria de autorización.

Artículo 12. Procedimiento de evaluación de buenas prácticas de aseguramiento social en salud. Para efectos de lo previsto en el artículo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud en conjunto con las demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud al que hace referencia la Ley 1966 de 2019, diseñará mecanismos para la evaluación de las buenas prácticas que se realizará tras el primer año de funcionamiento de la EPS.

Sin perjuicio de lo anterior, estos mecanismos de evaluación se realizarán anualmente y previo agotamiento del debido proceso, la Superintendencia de Salud determinará si la EPS puede continuar operando en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Dentro del procedimiento de evaluación de las buenas prácticas de aseguramiento social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá adoptar, cuando las circunstancias así lo ameritan y debidamente motivada, medidas cautelares, de inmediato cumplimiento, respecto de la Entidades Promotoras de Salud que evalúe, las cuales podrán consistir en:

- 8.1 Prohibición de nuevas afiliaciones.
- 8.2 Prohibición del manejo de la Unidad de Pago por Capitación.
- 8.3 Determinación de giro directo a prestadores a través de ADRES
- 8.4 Prohibición de desarrollo de integración vertical en el porcentaje permitido.
- 8.5 Revocatoria de habilitación de funcionamiento.

La medida cautelar podrá ser modificada o revocada en cualquier estado del procedimiento de evaluación, de oficio o a petición de parte, cuando fueron superados los hechos que la motivaron, o si es necesario variarla para que se cumpla su objetivo, según el caso.

Artículo 13. Territorialización del Sistema de aseguramiento. De acuerdo a una caracterización previa del Ministerio de Salud y Protección Social, algunas zonas del territorio nacional serán organizadas mediante la integración de áreas de confluencia departamental, afinidad demográfica y/o de necesidades en salud, de forma tal que se cree una red única intraterritorial que garantice la integralidad de la atención. Dichas zonas se denominarán Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).

Artículo 14. Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica. En zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrá operar una sola EPS.

En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único Asegurador este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o los entes territoriales correspondientes a la zona, en donde se tendrán en cuenta las condiciones técnicas y económicas para su funcionamiento.

Artículo 15. Unidad de Pago por Capitación (UPC). A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, la UPC por cada usuario será reconocida a las EPS a través de un mecanismo de pago compuesto por un componente fijo por paciente y otro componente variable con base en el cumplimiento de indicadores de mejora en la salud de sus afiliados, desempeño financiero y satisfacción al paciente, que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la base que le suministre la Superintendencia de Salud.

Parágrafo 1. Los 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

Parágrafo 2. El valor del incremento de la UPC se verá reflejado en las modificaciones e incrementos a los contratos que celebren las EPS con los prestadores de servicios.

Parágrafo 3. Sin perjuicio de lo anterior, el incremento de la UPC deberá reflejarse en la remuneración salarial y en los contratos que el talento humano celebre con las respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

Artículo 16. Integración Vertical. Las Entidades Promotoras de Salud que se habiliten con posterioridad a la vigencia de la presente Ley, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados. La garantía de la prestación de servicios de salud se hará a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre EPS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

Las Entidades Promotoras de Salud que cuenten con integración vertical al momento de entrada en vigencia de la presente norma, tendrán un plazo de tres años para reducir el porcentaje del gasto en servicios de salud que la EPS realiza a través de sus propias IPS a un 10%.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá excepcionalmente autorizar integración vertical en zonas dispersas o de difícil acceso con el único propósito de garantizar la prestación de los servicios de salud.

Capítulo III Modelo de Atención.

Artículo 17. Modelo de Atención. El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque territorial y familiar orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Todo residente estará adscrito a un centro de atención primaria y a un grupo de talento humano en salud bajo el liderazgo de un profesional con formación en salud familiar, que deberá contar con capacidad para promocionar la salud, ejecutar los programas preventivos y atender la mayor parte de las enfermedades y consultas de los pacientes en un ámbito de atención primaria.

Parágrafo. 1 Las EPS deberán garantizar en su red de prestación un centro de atención primaria y/o grupo de talento humano con las características antes mencionadas, cerca al lugar de residencia o trabajo del ciudadano.

Parágrafo 2. En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con equipos de telemedicina y/o equipos móviles de atención para garantizar la prestación del servicio.

Parágrafo 3. Se deberá garantizar la libertad de elección del ciudadano sobre el grupo de talento humano al cual se encuentre adscrito posibilitando el cambio de médico asignado si el ciudadano hace el respectivo requerimiento.

Artículo 18. Marco operacional del Modelo de Atención. El marco operacional del Modelo de Atención es un Modelo de Acción Integral Territorial que consiste en una estrategia de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios. Establece las

herramientas (planes, programas, proyectos, normas y documentos técnicos) para garantizar la implementación de la Política de Atención Integral en Salud y la implementación de las acciones territoriales integrales.

Artículo 19. Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Por cada ente territorial y ATS se adoptará una Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud que contemple todas las acciones promocionales, preventivas, acciones de tamizaje ampliado e intervenciones de alta externalidad que sean adoptadas para el control del riesgo primario de enfermedad.

Parágrafo. Los prestadores de atención primaria como componentes de la red serán los responsables del manejo de los programas preventivo-asistenciales y de proveer todos los servicios, procedimientos y tecnologías de nivel ambulatorio, incluyendo las terapias y medicamentos para tratamientos ambulatorios.

Artículo 20. Atención Integral en Red. Cada EPS deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en los Entes Territoriales y las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS) que se creen. Dicha red deberá ser habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previo visto bueno del Ministerio de Salud y los respectivos Entes Territoriales.

Parágrafo. La inspección, vigilancia y control de las redes integrales estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales.

Artículo 21. Requerimiento para Redes Integrales de Atención. El Ministerio de Salud, los entes territoriales y las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS), según sea el caso, serán corresponsables en la definición de los requerimientos de las redes integrales de servicio de salud, las cuales deberán consolidarse para una población específica y su conformación se sustentará en los requerimientos del Plan de Beneficios, la situación de salud del territorio según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud.

El Ministerio de Salud y los Entes Territoriales definirán los estándares mínimos de infraestructura mínima de atención primaria y complementaria que debe tener cada red para operar en la red municipal o departamental.

Parágrafo 1. La prestación del servicio en las redes estará a cargo de las EPS quienes conformaran su red para cada ente territorial y área territorial de aseguramiento (ATS) y contrataran las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), públicas, privadas o mixtas, para la atención al usuario y garantizar las prestaciones individuales en cada ámbito territorial en el que sean habilitadas para su operación, con base en los requerimientos dispuestos en este artículo.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios, condiciones de habilitación y sus respectivos mecanismos de verificación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 22. Actualización en línea de la información sobre prestadores de la red de servicios. A partir de la plataforma tecnológica que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la persona podrá de identificar y verificar en línea el prestador al cual se encuentra adscrito,

así como el conjunto de prestadores de servicios de salud (IPS) que conforman la red integral de atención y que garantizan su derecho a la salud

Parágrafo. Es responsabilidad de las EPS mantener permanentemente actualizada y vigente dicha información. Las fallas en la actualización afectarán directamente su permanencia en el SGSS tal como se establece en el artículo 10 de la presente ley.

Artículo 23. Agrupador Único Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá o adoptará un Agrupador Único Nacional con capacidad de integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención para el manejo hospitalario de la enfermedad y los procedimientos quirúrgicos provistos en el ámbito hospitalario.

Parágrafo. Este agrupador será utilizado para la evaluación integral de la gestión clínica y la estandarización de los mecanismos prospectivos de pago alrededor del manejo de enfermedad y procedimientos quirúrgicos entre las EPS y las Prestadoras (IPS).

Artículo 24. Proceso de referencia y contrareferencia. La responsabilidad de la gestión en el sistema de referencia es de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces. Cuando una Entidad Promotora de Servicios de Salud no haya logrado conseguir una cama hospitalaria dentro de su red de prestadores y la condición clínica del paciente amerite su traslado inmediato, el centro regulador de urgencias de la entidad territorial departamental o distrital asumirá la competencia del sistema de referencia del paciente e informará a la Entidad Promotora de Salud, la institución prestadora de servicios de salud a la que será remitido el paciente y coordinará todo lo correspondiente al traslado del paciente.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud receptora facturará a la Entidad Promotora de Salud con las tarifas vigentes de existir convenio o a tarifas SOAT de no existir este y dicho valor será cancelado por la ADRES a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, descontando a la EPS correspondiente del giro de compensación en un plazo máximo de 90 días, durante los cuales la EPS podrá realizar la gestión de auditoría correspondiente.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos para la implementación del proceso de facturación y pago.

Artículo 25. Pago de la Atención de Urgencias. El reconocimiento económico de la atención de urgencias es responsabilidad de cada Entidad Promotora de Salud a la cual este afiliado el usuario. Para este fin, el pago de las urgencias clasificadas como triage IV y V o sus equivalentes, será girado directamente por la ADRES. La Institución Prestadora de Servicios de Salud facturará a la Entidad Promotora de Salud con las tarifas vigentes si existe convenio o a tarifas SOAT de no existir convenio. ADRES descontará a la Entidad Promotora de Salud del giro de compensación dichos valores en un plazo máximo de 90 días, durante los cuales la Entidad Promotora de Salud podrá realizar la gestión de auditoría correspondiente.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos para la implementación del proceso de facturación y pago.

Artículo 26. Sistema de traslado y transporte de pacientes. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará a más tardar en doce (12) meses el sistema de traslado y transporte de pacientes, con el fin de garantizar la oportunidad y calidad en la prestación del servicio de salud.

Artículo 27. Fortalecimiento de Hospitales Públicos en Redes Integrales de Atención. Será responsabilidad de los departamentos la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención, correspondientes a sus áreas territoriales de referencia.

Para el efecto deberán presentar en un plazo no mayor a un año el Plan de Fortalecimiento de su red hospitalaria. Este plan incluirá la complementación entre hospitales para la prestación de servicios de manera integral en el marco de la red de atención. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los instrumentos para el Plan y brindará la asistencia técnica para su ejecución.

Artículo 28. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la construcción, adecuación y dotación de la infraestructura física y administrativa que complemente las redes de atención y garantice la prestación oportuna del derecho a la salud. La administración de estos nuevos centros y redes podrá estar a cargo de la Alianza Público Privada.

El Ministerio de Salud presentará la Política Pública Nacional de Alianza Públicas Privadas en Salud, contados 6 meses a partir de la vigencia de esta ley y que será sustentada ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.

Parágrafo. El manejo de los recursos de las Alianzas Público Privadas atenderá el marco legal de la contratación entre empresas privadas vigente.

Capítulo IV Sistema Interoperable de Información en Salud.

Artículo 29. Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. El Gobierno Nacional a través de sus Ministerios de Salud y de Tecnologías y Comunicaciones, usando la infraestructura tecnológica existente y/o la que desarrolle, habilitará un sistema único e interoperable que permita el flujo de información entre los distintos actores del Sistema de Salud, facilite los trámites entre ellos y haga transparente las interacciones entre los actores del sistema y que incluirá información como la historia clínica electrónica, la información financiera y asistencial y de contratación de servicios y tecnologías de salud.

El Ministerio de Salud formulará en un plazo no mayor a 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, un plan para la interoperabilidad del sistema que será socializado por parte de los actores y será insumo para la estandarización de la información que hará parte del Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud.

Artículo 30. Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud. Crease el Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud el cual establecerá la estructura de gobierno, procesos y procedimientos para el manejo interoperable y descentralizado de datos y las relaciones entre sus agentes.

Este Consejo estará conformado por:

Ministro de Salud y Protección Social o su representante

Ministro de Tecnologías de la Información y Comunicaciones o su representante

Un representante de los Aseguradores (EPS)

Un representante de los Prestadores de servicios (IPS)

Un representante de los usuarios

Un representante de los productores de software y aplicativos

Un representante de las facultades universitarias de sistemas y datos.

Artículo 31. Obligatoriedad de integrarse al Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. Todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán integrarse de manera obligatoria al sistema interoperable en un plazo y condiciones definidas por parte del Ministerio de Salud y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Artículo 32. Interoperabilidad de los servicios de urgencias en el ámbito territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, expedirán la reglamentación que permitirá a los servicios de urgencias integrar los protocolos de comunicación e intercambio de pacientes e información en el ámbito de los municipios y departamentos y Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).

Parágrafo. Los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias deben extender su coordinación en el ámbito local para incluir todos los servicios habilitados de urgencias que operen en el municipio y departamento.

Artículo 33. Repositorios de información y manejo de grandes datos. El sistema interoperable debe determinar repositorios y procesos que permitan el manejo de información anonimizada para procesos de analítica y gestión del riesgo.

Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MINTIC) definirán los mecanismos para que los ciudadanos dentro de las normas de Habeas Data y protección de datos puedan autorizar el uso de sus datos contenidos en el Sistema, para fines de investigación, gestión integral de riesgo y analítica.

Capítulo V Recurso Humano en Salud

Artículo 34. Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá realizar un Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud donde se analice a nivel departamental y por áreas de referencia territorial la disponibilidad y necesidades de recursos humanos profesionales y de especialistas médicos, con una periodicidad de 5 años.

Este estudio será referencia para la aprobación de registros calificados de programas de posgrado de salud aprobados por el Ministerio de Educación y para la determinación de los cupos de residencias médicas.

Artículo 35. Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas

en medicina, será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso el cual se hará semestralmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el ICFES.

Parágrafo 1. El Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, la Asociación de Sociedades Científicas y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, definirán los puntajes y rangos para la definición de derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes.

Parágrafo 2. Mediante regulación que expedirán el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, se asegurará que en el Examen Único Nacional se evalúen prioritariamente los aspectos relacionados con competencias médicas, la salud pública y el perfil epidemiológico de la población colombiana.

Artículo 36. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional y las Sociedad Científicas, definirá las denominaciones de profesiones y especialidades de la salud a ser reconocidas en todo el territorio nacional y que deben ser la base para la apertura de programas académicos en salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y protección social con el Ministerio de Educación definirán un mecanismo para la incorporación de nuevas profesiones y especialidades.

Parágrafo 2. Se garantizará que los programas académicos de especialidades existentes tengan un periodo de tiempo definido para adoptar las nuevas denominaciones que pasarán a ser reconocidas en el territorio nacional, lo que además debe verse reflejado en la titulación a otorgar, de acuerdo con la reglamentación que a éste respecto expidan ambos ministerios.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo de un año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, la certificación de competencias en especialidades médicas para aquellos entrenamientos no conducentes a título.

Artículo 37. De la formación de especialistas en el área de la salud por parte del Gobierno Nacional. El Gobierno Nacional, a través del Ministerios de Salud y el Ministerio de Educación, con base en sus capacidades presupuestales, serán los encargados, de la revisión de los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y determinarán la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 38. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados del Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud, con base en la identificación de necesidades por especialidad y territorio.

Parágrafo 1. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio esencial para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional diseñara los incentivos para las IES y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 39. Programa de Formación y Actualización de competencias en medicina general.

Se diseñará y ejecutará un Programa Nacional Formación y Actualización de competencias de medicina general, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional. Este programa será diseñado y coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá como objetivo la actualización de conocimientos y prácticas ejercidas en la profesión y será de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema de Salud.

Artículo 40. Estímulos para médicos generales y especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso.

Los médicos generales y los especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de investigación y formación académica adelantados por el Gobierno Nacional.

En el caso de los médicos generales, estos obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el ingreso a especialidades clínicas y quirúrgicas en medicina.

En el caso de los médicos especialistas tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de estudios de posgrado e investigación promovidas por el ICETEX y Colciencias y obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el Ingreso a Especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, en el caso de acceder a una segunda especialidad.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. También reglamentarán la oferta de incentivos y los requisitos para su acceso que sean de su competencia.

Parágrafo 2. El Ministerio de Educación, Colciencias e ICETEX, con base en sus capacidades técnicas y financieras, reglamentarán la oferta de incentivos.

Capítulo VI Financiación y Sostenibilidad

Artículo 41. Fondo de Nuevas tecnologías en Salud. Créase el Fondo de Nuevas Tecnologías en Salud (FONUTS) como una cuenta administrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud -ADRES cuyo objeto será el financiamiento de las prestaciones que no se encuentren incluidas en el Plan de Beneficios que se financia con la Unidad de Pago por Capitación. Este fondo no podrá utilizarse para asumir servicios y tecnologías de que tratan los literales a) a f) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

La ADRES asignará a cada Entidad Promotora de Salud, para su administración, un porcentaje de estos recursos en función del número de afiliados para cumplir con el objeto de este Fondo. La administración de estos recursos implica la custodia y vigilancia de que se destinación sea la aquí prevista.

El manejo de estos recursos contará una auditoría externa que verificará la consistencia y pertinencia de las prestaciones que se financian con la misma, de acuerdo con la reglamentación que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección social establecerá el mecanismo de distribución de los recursos del Fondo de nuevas tecnologías en salud, así como los demás elementos que conformen el mismo.

Artículo 42. Fondo de garantías del sector salud. Créase el Fondo de Garantías de la Salud como una cuenta especial que será administrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud -ADRES, cuyo objeto consistirá en otorgar una protección de los estados financieros de las EPS.

Los recursos del Fondo de Garantías de la Salud serán la quinta parte del valor que se cancele a la Entidad Promotora de Salud por concepto de administración de los recursos con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo. El funcionamiento del Fondo de Garantías de la Salud será regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 43. Giro Directo. 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 se aplicará 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, según lo dispuesto en el presente artículo.

Parágrafo 1. La información de este mecanismo será de consulta pública.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de las funciones de Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por las Entidades Promotoras de Salud, instituciones prestadoras y proveedores de tecnologías en salud, últimos responsables de estos procesos.

Parágrafo 3. Lo dispuesto en el presente artículo en lo referente a los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado comenzará a operar a partir del 1 de enero de 2020.

Artículo 44. Flujo de recursos. En los ámbitos territoriales con modelo de atención diferenciados cuyas Empresas Sociales del Estado o infraestructura pública sea operada por particulares y que funcionen con base en subsidios a la oferta, el flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y recibirán los pagos por mensualidades anticipadas durante los primeros 10 días hábiles de cada mes, por concepto de los valores resultantes de la contratación con las Entidades

Promotoras de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta para el giro siguiente, la modulación por resultados de salud del mes anterior.

Artículo 45. Nuevas fuentes de financiación. Serán fuentes de financiación las contempladas en la Ley así como el recaudo proveniente de los impuestos saludables y los provenientes de la industria del cannabis medicinal. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y del Ministerio de Salud presentará un informe a las Comisiones Séptimas y Comisiones Económicas Constitucionales del Senado y la Cámara, en el que explique los efectos de estos impuestos sobre la salud pública y la sostenibilidad del sistema de salud de acuerdo a los lineamientos de la OMS.

Capítulo VII Inspección, Vigilancia y Medidas Anti evasivas.

Artículo 46. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia de Salud tendrá a cargo la regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán en un plazo no mayor a seis meses la reglamentación correspondiente.

Artículo 47. Posición dominante. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará la reglamentación necesaria para controlar abusos de posición dominante en las diferentes esferas del sistema, con el objetivo de hacer transparente la vinculación, origen y composición de capitales del sector y sus efectos en la competencia.

Artículo 48. Medidas Anti Evasión y Elusión. El Ministerio de Salud en coordinación con los entes territoriales, solicitará a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) información sobre la evasión y elusión y articularán en el sistema de cotización de manera directa la información declarada ante la DIAN con la Planilla Única de Aportes.

Parágrafo 1. Con base en la información suministrada por la UGPP, el Ministerio de Salud, la UGPP y la DIAN, adelantarán medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo a la normatividad vigente.

Parágrafo 2. Los recursos obtenidos por el pago de las sanciones por evasión de los aportes de Seguridad Social, tendrán destinación al ADRES quien los administrará de acuerdo a sus funciones.

Parágrafo 3. El Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Salud, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones y la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes así como las sanciones a las que se ven expuestos los infractores.

Las entidades competentes se encargarán de la difusión de estas campañas a través de los medios de comunicación y otras tecnologías de la información.

Artículo 49 Fraude en la afiliación. Cualquier intento de fraude en el proceso de clasificación del SISBEN, con las cuotas moderadoras y/o cotización de aportes al Sistema General de Seguridad Social, por parte de los ciudadanos será considerado como un peculado por apropiación de recursos públicos y será sujeto de las respectivas acciones de reparación sobre los recursos públicos gastados con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Capítulo VIII. Disposiciones finales

Artículo 50. Vigencia 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 Congresistas,

Bancada Senado

FABIAN CASTILLO SUAREZ

Senador de la República

EMMA CLAUDIA CASTELLANOS

Senadora de la República

LUIS EDUARDO DÍAZGRANADOS

Senador de la República

CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ

Senador de la República

DAIRA GALVIS MÉNDEZ
Senadora de la República

JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA
Senador de la República

DIDIER LOBO CHINCHILLA
Senador de la República

EDGAR DIAZ CONTRERAS
Senador de la República

GERMAN VARON COTRINO
Senador de la República

RODRIGO LARA RESTREPO
Senador de la República

ARTURO CHAR CHALJUB
Senador de la República

RICHARD ALFONSO AGUILAR VILLA
Senador de la República

ANTONIO ZABARAÍN
Senador de la República

TEMÍSTOCLES ORTEGA
Senador de la República

ANA MARÍA CASTAÑEDA

Senadora de la República

CARLOS MOTOA SOLARTE

Senador de la República

Bancada Cámara de Representantes

MAURICIO PARODY

Representante a la Cámara

JOSÉ AMAR SEPÚLVEDA

Representante a la Cámara

CESAR LORDUY MALDONADO

Representante a la Cámara

MODESTO AGUILERA VIDES

Representante a la Cámara

KARINA ROJANO PALACIO

Representante a la Cámara

ANGELA SÁNCHEZ LEAL

Representante a la Cámara

JOSÉ DANIEL LÓPEZ JIMÉNEZ

JORGE BENEDETTI

Representante a la Cámara

Representante a la Cámara

KAREN CURE CORCIONE

GUSTAVO PUENTES DÍAZ

Representante a la Cámara

Representante a la Cámara

ERWIN ARIAS BETANCUR

ELOY QUINTERO ROMERO

Representante a la Cámara

Representante a la Cámara

GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO

NÉSTOR LEONARDO RICO RICO

Representante a la Cámara

Representante a la Cámara

CARLOS CUENCA CHAUX

DAVID PULIDO NOVOA

Representante a la Cámara

Representante a la Cámara

JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO

CARLOS MARIO FARELO DAZA

Representante a la Cámara

Representante a la Cámara

JOSÉ LUIS PINEDO CAMPO

Representante a la Cámara

JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS

Representante a la Cámara

BAYARDO BETANCOURT PÉREZ

Representante a la Cámara

CIRO FERNÁNDEZ NÚÑEZ

Representante a la Cámara

JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA

Representante a la Cámara

ATILANO GIRALDO ARBOLEDA

Representante a la Cámara

JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ

Representante a la Cámara

SALÍM VILLAMIL QUESSEP

Representante a la Cámara

HÉCTOR VERGARA SIERRA

Representante a la Cámara

ÓSCAR ARANGO CÁRDENAS

Representante a la Cámara

AQUILEO MEDINA ARTEAGA

OSWALDO ARCOS BENAVIDES

Representante a la Cámara

Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

INTRODUCCIÓN.

Desde su creación el SGSSS ha experimentado una serie de cambios mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos como fueron la Ley 1122 en 2007 dirigida a mejorar la prestación de los servicios, la Ley 1438 de 2011 que buscaba fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria, la Ley 1751 o Ley Estatutaria en Salud que la definió como un derecho fundamental y la reciente Ley 1966 de 2019 que dictó medidas para la gestión y transparencia de los recursos del sector. Sin embargo estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS por lo que es necesario redefinir el funcionamiento del Sistema de Salud, acabando de raíz con muchos de los problemas que en últimas terminan por afectar al ciudadano de a pie.

Esta propuesta de transformación, ajuste y redefinición del Sistema de Salud:

- Se establece un plan de fortalecimiento patrimonial y operacional de las EPS en el marco de una depuración del sistema, sacando a las EPS ineficientes de circulación.
- Se establece un componente de buenas prácticas en salud como requisito de habilitación para las nuevas EPS y las que queden tras el proceso de depuración, que incluye:
 - Seguimiento y monitoreo y reducción al nivel de tutelas y quejas frente a la prestación del servicio.
 - Sistema interoperable de información que contenga los procesos de aseguramiento, prestación de servicios de salud, gestión financiera y evaluación de calidad
 - Gestión integral del riesgo en salud
 - Reservas en presupuesto para imprevisto
 - Procesos de evaluación interna y externa
- A su vez condiciona el pago a las EPS (UPC) a resultados de calidad en la salud de sus afiliados promoviendo así la competencia entre estas Empresas.
- Incorpora una regulación efectiva del sistema de salud por medio de la acción conjunta entre diversas Superintendencias, el cual tiene como objetivo combatir la corrupción en el sector y garantizar el uso transparente de los recursos públicos.

- En términos del modelo de atención, se enfoca en el nivel primario buscando atender el 60% de las patologías en este nivel y privilegia la salud en los territorios y la familia, buscando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
 - En este aspecto se propone la atención primaria cerca al lugar de residencia o trabajo a cargo del centro, con un grupo de talento humano en salud bajo el liderazgo de un profesional con formación en salud familiar.
 - Se busca fortalecer los hospitales públicos y en los territorios alejados implementa la telemedicina y equipos móviles de atención.
- En relación a la información, procesos y procedimientos al interior del Sistema de Salud, se busca generar transparencia por medio de un Sistema Interoperable que contenga la historia clínica electrónica, la información financiera y asistencial y de contratación de servicios y tecnologías de salud. De esta forma se reducir la fragmentación y dispersión de información que limita el adecuado funcionamiento del Sistema y las interacciones entre los actores.
- Para mejorar la calidad y cantidad del talento humano en salud, se promueve un Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud de forma que se diagnostique el déficit o superavit de especialistas médicos y con base en eso se promuevan los cupos de residencia a ofertar por parte de las Universidades, a quienes se les darán incentivos por abrir estas plazas.
 - Para asegurar la calidad de los profesionales, se implantará Examen Único Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas y quirúrgicas en medicina
- Las medidas de sostenibilidad van orientadas a la creación de Fondos de Financiación de Nuevas Tecnologías de forma que se controlen los recobros por concepto no UPC y la creación de un Fondo de garantías del sector salud, que financiado con recursos de las EPS, tendrán capacidad de respuesta ante eventos financieros de estas entidades.
 - De igual forma se buscan nuevas fuentes de financiación provenientes de impuestos saludables como las bebidas azucaradas, y cannabis medicinal
- Por último se toman medidas de inspección y vigilancia para regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC, medidas para evitar la posición dominante y se aunan esfuerzos interinstitucionales entre la DIAN, Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales y el Ministerio de Salud para identificar y sancionar a los que no pagan sus aportes al Sistema y cuestan al año 3 billones de pesos.

RETOS DEL SISTEMA DE SALUD.

En este sentido, son dos los grandes retos que afronta el sistema y sobre los que toda la institucionalidad colombiana y actores privados, debe enfocar sus esfuerzos. Por un lado, en la sostenibilidad financiera resultado del modelo de aseguramiento y las relaciones Estado-EPS-IPS

y por el otro en la necesidad de mejorar la prestación del servicio de salud. La solución de estos problemas, íntimamente relacionados entre sí, puede llevar a la materialización del derecho a la salud consagrado en la Ley Estatuaria y al cumplimiento de los deberes del Estado Social de Derecho.

Aseguramiento: Regulación actual y la incidencia sobre el Sistema y sus actores.

En sus 26 años de existencia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha prácticamente logrado la cobertura universal de aseguramiento, alcanzando el 94,88% del total de la población colombiana. Si se toman como denominador los resultados del Censo 2018 entregados por el DANE, el SGSSS estaría en cobertura universal. También notables han sido los efectos en la reducción del gasto de bolsillo de la población que ha evolucionado del 43.7% del total de gasto en salud en 1993, al 16.2% en 2016 (Barón, 2018), lo cual representa un nivel muy alto de protección financiera de la población colombiana frente a los riesgos de pérdidas catastróficas del ingreso y la renta a causa del gasto en servicios de salud. Estos resultados indican que el diseño del esquema de financiamiento ha sido profundamente solidario y la implantación del aseguramiento ha sido exitosa.

La combinación de mayor cobertura, menor gasto por parte de la población y la promesa de acceso universal incluida en la Ley 100 de 1993; han tenido como consecuencia que la demanda de servicios haya aumentado de manera significativa, incrementando sustancialmente el acceso a los servicios curativos. El resultado se ha logrado con un incremento muy moderado del gasto público y privado en salud, que para 2016 representa el 6.8% del PIB (de acuerdo con la metodología de estimación de la OMS), mucho menor al de otros países de similar nivel de desarrollo que hayan alcanzado la cobertura universal de aseguramiento.

Como resultado de la aplicación regulatoria, se ha configurado un asegurador (EPS) que recibe una prima calculada exógenamente y actúa principalmente en el mercado de aseguramiento, por un lado aumentando su volumen de afiliados para distribuir el riesgo en su población y por otro lado negociando los contratos y precios que reconoce a los hospitales, en lugar de concentrarse de la gestión de riesgo poblacional. (Ruiz, 2018, p.9). Esta eventualidad ha ocasionado el divorcio entre el esquema de aseguramiento concentrado en la curación y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención, a excepción de las grandes ciudades.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en 1993 a través de la Ley 100 se caracteriza por ser un sistema de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y modulado a través de una combinación mercado-regulación. Los aseguradores (EAPB o EPS) responden por el riesgo de salud de las personas y su consecuente riesgo financiero soportados en una prima regulada (Unidad de pago por capitación) y modulan los precios de los servicios a través de la posibilidad de conformación de redes de prestadores a los cuales pueden contratar de manera selectiva. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) atienden a los usuarios de acuerdo al portafolio de servicios regulado mediante un Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS).

En este sentido, el sistema se planteó como un esquema descentralizado, en el que la competencia entre los diferentes agentes que lo conforman estaría dada por la calidad que como aseguradoras se brindara a los usuarios. Sin embargo al establecerse una regulación unilateral por el gobierno al POS (producto) y de la UPC (valor), se ha derivado en un modelo de aseguramiento social con muy limitada competencia (Restrepo & López, 2012).

A través de los años se han ido evidenciando diferentes fallas regulatorias que terminaron des configurando tanto el aseguramiento como la prestación de servicios: 1. La no exigencia de procesos de habilitación técnica, ni financiera en el aseguramiento derivó en la proliferación de aseguradores (más de 40) con muy pequeñas o dispersas poblaciones afiliadas, prácticamente sin reservas técnicas y como resultado con siniestralidades muy altas que en muchos casos exceden el 100% de la UPC (Ruiz & Uprimny 2011), 2. En la prestación, la carencia de un modelo de atención regulado, las fallas de funcionamiento en red y la nula interoperabilidad de la historia clínica condujo a un modelo basado en la atención de cada episodio enfermedad, centrado en el servicio hospitalario, con muy baja resolutivez en los niveles primarios, lo cual ha desembocado en la acumulación de riesgo de enfermedad y discontinuidad en la atención, tiempos muy prolongados para la atención y lo cual ha incentivado el uso extensivo de la tutela como mecanismo para garantizar el servicio (Ruiz y Zapata, 2017).

Estas falencias en la regulación y competencia del sector ha sido el punto de partida hacia subsecuentes problemáticas que amenazan la sostenibilidad financiera del Sistema y su funcionamiento, repercutiendo en el acceso a los servicios de salud de los usuarios a través del racionamiento de los servicios. Al final el ciudadano queda solo y debe auto gestionar su acceso a tratamientos con un costo muy alto en los desenlaces clínicos y la resolutivez del sistema.

Si bien han habido posteriores modificaciones a la Ley 100 de 1993, como lo fueron la ley 1438 de 2011 que buscaba fortalecer la Atención Primaria en Salud, o la de más reciente expedición, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que consagró la salud como un derecho fundamental y por tanto irrenunciable, no se ha podido resolver los graves problemas que han conllevado a aumentar la inequidad, corrupción, modelo de prestación de salud morbicéntrico, deshumanización de la salud (Moreno, 2018).

Con base en esto, el presente proyecto de ley fortalece y amplía los requisitos de habilitación de las EPS, que si bien en la actualidad se encuentran definidos en la Resolución 682 de 2018, se hace necesario establecer unos requisitos mínimos de habilitación que tengan fuerza de ley y sean la base de la actuación del sector en lo que a habilitación de EPS se refiere. En este punto, las nociones de gobierno corporativo y humanización, juegan un papel central.

En el caso de la humanización lo que se busca es conciliar la visión del mundo que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia con la noción que da primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos. La humanización de la salud apunta al objetivo central de orientar la actuación en el mundo de la salud hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad personal y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual. Se propone entonces que como requisito de habilitación y autorización

de funcionamiento cada EPS cuenta con una política explícita de humanización en la atención a los usuarios así como del trato del talento humano, pues aunque en la acreditación en salud en Colombia se ha propuesto un acercamiento al tema; esta se concentra en un tipo de instituciones (los prestadores) y ha omitido a los aseguradores. (Correa, 2016).

Sostenibilidad y deficiencias en la prestación del servicio

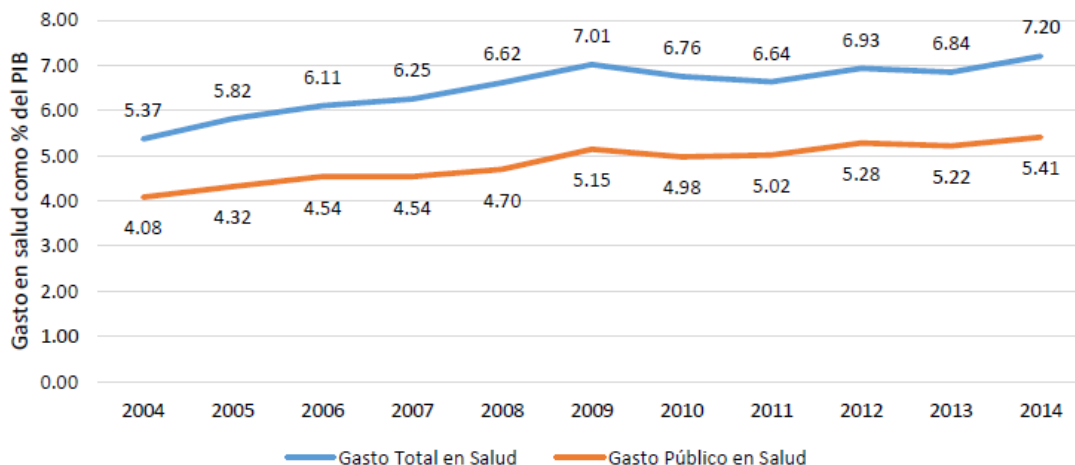
Cuando se habla de la sostenibilidad del sistema se habla de una problemática que es apremiante a la fecha. Es un hecho que los distintos Estados dedican cada vez más, un porcentaje del producto interno bruto (PIB) para financiar la atención en salud, lo cual puede verse como una respuesta a la mayor demanda y a la presión de las nuevas tecnologías que surgen como alternativa para prevenir y curar la enfermedad.

Lo anterior conlleva a que los países tengan que buscar alternativas para alcanzar un óptimo entre ingresos y gastos. La literatura indica tres tipos de herramientas: i) recaudar más dinero para la salud y ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, y iii) reevaluar las fronteras entre el gasto público y el privado, como un proceso de participación de la sociedad ante el aumento de los costos de los servicios (UDEA-GES, 2017). Sin embargo, a pesar de su importancia, no se aprecia en el país un debate amplio y bien informado sobre el particular y no existe un consenso sobre lo que significa realmente la sostenibilidad, cómo evaluarla y hacerle seguimiento. (UDEA-GES, 2017).

En caso colombiano, la unificación de los planes de beneficios, los medicamentos, procedimientos y tecnologías incluidos en este, así como los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico de la población colombiana, son variables que explican las necesidades actuales y a futuro del sector salud.

En un análisis del comportamiento del gasto en salud en el país durante el periodo 2004-2014 (Bardey & Buitrago 2015), evidencian la evolución del gasto en salud y la composición de este cuya tendencia durante los 10 años de observación ha sido creciente, pasando de 26, 6 billones en el año 2004, a 57, 4 billones para el 2014, una variación de 8,04% en promedio año tras año. Como porcentaje del PIB la tendencia también es creciente con un cambio absoluto en el periodo observado de 1,83 puntos del PIB para el gasto total en salud.

Gasto total y público en salud. Colombia 2004 – 2014.



Fuente: Bardey & Buitrago, p. 5

De acuerdo a varias proyecciones (Gutiérrez, 2018) en un escenario de absorción acelerada de tecnología el gasto público en aseguramiento en salud como porcentaje del PIB alcanzará a ser de 6.2%, siendo el 44% de este crecimiento explicado por el cambio tecnológico, crecimiento de la población 38%, envejecimiento poblacional 12% y el 6% restante por el cambio en el perfil epidemiológico hacia enfermedades crónicas. Es decir que para el 2020 habría que buscar recursos adicionales equivalentes a 1.1 veces la meta de recaudo adicional por aumento del IVA de la reforma tributaria del 2017, y casi 3 veces este monto para el 2030.

Además de estos costos, la realidad financiera del sistema imprime presión sobre este y su funcionamiento. Para diciembre de 2018, las EPS le adeudaban a los prestadores, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), \$10.1 billones de pesos, de los cuales el 59,1 % es deuda morosa. (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2019)

Al día de hoy casi la totalidad de las EPS presentan indicadores que muestran serias pérdidas de valor, patrimonios negativos e incapacidad para cumplir con los márgenes de solvencia. (Arango, 2018, p.68). De las 11 EPS que existen hoy en el Régimen Contributivo, 3 están solventes, 5 que han estado en insolvencia lograron demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud que alcanzaron los compromisos de ajuste para el segundo año del plan de recuperación, y 3 continúan insolventes. En el régimen subsidiado de 24 EPS que hay hoy, 6 de ellas son solventes, 3 lograron cumplir compromisos del plan de recuperación del segundo año y 15 continúan en insolvencia (Arango, 2018 p.69.).

La situación no es alentadora cuando se observa la situación patrimonial de las EPS, las cuales solo 11 de 37 tienen patrimonio positivo (5 de 27 EPS RS / 6 de 10 EPS RC) pero sus activos de están constituidos en un 60% por cuentas por cobrar (que en muchos casos es superior al 80%), es decir, que son empresas que sustentan en la deuda y ante afectaciones al sistema, dejarían de funcionar y no prestarían sus servicios.

Estos problemas financieros terminan reflejándose en la negación de prestación del servicio por lo que los usuarios buscan otras formas para acceder al sistema como lo reflejan el número de quejas y tutelas en relación al derecho a la salud. Para 2018 se interpusieron 588.244 PQRS

Supersalud (Supersalud, 2019) y 197.055 tutelas ante el aparato judicial por servicios de salud de un total de 600.000. Es decir que una tercera parte de las tutelas en el país son por servicios de salud y que en promedio se ponen 539 diarias.

Las anteriores cifras dan muestra de la urgencia de implementar un proceso de depuración en el que las EPS con mayores quejas por parte de los pacientes sean eliminadas del Sistema pues un sistema no sostenible, es por defecto, un sistema generador de inequidad. La no sostenibilidad financiera atenta contra los logros en equidad en salud y restringe la garantía del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, provocando limitaciones diferenciales e injustas al (i) acceso, disponibilidad y calidad de los bienes y servicios que se espera sean suministrados por el sistema y a (ii) la protección financiera de las familias (Arango, 2018, p.65).

Prestación del servicio.

Como ya se dijo antes muchos de los problemas radican en la forma en que se concibió la regulación de las EPS y las IPS. En este punto surge el tema de la Unidad de Pago por capitación que es la contraprestación a la realización de la prestación del servicio que corresponde a un valor anual fijo por cada afiliado, ajustado según sexo, edad y ubicación. (Restrepo & López, 2015). Esta disposición regulatoria, si bien es un instrumento poderoso para mantener los costos controlados, favorece la dilución o negación del servicio y hace que estas eviten afiliar pacientes de alto riesgo. (Gutiérrez, 2018, p 13). Sin embargo, el problema que más afecta la sostenibilidad del sistema es el mecanismo de recobros por las prestaciones que no están incluidas en el POS y que para 2018 podrían alcanzar los 4 billones de pesos, rubro no incluido en la estimación de la UPC ni tampoco financiado pero si cubierto de manera obligatoria por las EPS.

El resultado del esquema de mercado adoptado ha sido la concentración creciente tanto en los mercados de aseguramiento como en la prestación de servicios que ha terminado por consolidar monopolios y oligopolios bilaterales. Evidencia reciente indica que el modelo de mercado entre EPS e IPS ha determinado un esquema de monopolio bilateral donde el poder de mercado parece residir en los hospitales de alta complejidad, en su mayor parte privados y el mecanismo de contratación selectiva de servicios por parte de las EPS ha reducido notoriamente su efectividad ante la concentración de mercado hospitalario de servicios (Ruiz, 2018).

Los resultados financieros de los hospitales privados de alta complejidad indican que a pesar de los problemas de cartera están generando utilidades netas muy relevantes indicando donde se ha consolidado el poder de mercado y evidenciando una falla regulatoria. Por otro lado, los hospitales públicos presentan situaciones deficitarias y riesgo financiero a pesar de tener una amplia protección de mercado mediante una contratación forzosa del 60% en el régimen subsidiado que se evidencia en mejores precios de compra de servicios. Burocratización, problemas de gerenciamiento y sobredimensionamiento de recurso humano han sido algunos de los problemas reiterados en los hospitales públicos.

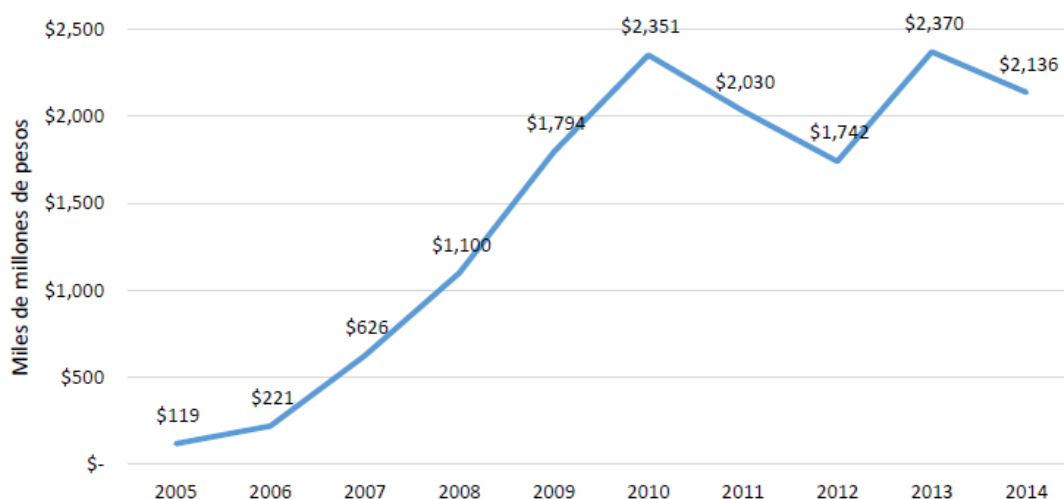
Así, el resultado es un esquema donde la competencia ha sido limitada y los incentivos hacia la calidad son reducidos por la inclinación de los diferentes actores hacia la competencia por las rentas derivadas de la UPC, lo cual se traduce en servicios fragmentados (Ruiz, 2018, p. 10). A su vez los afiliados no saben medir muy bien la calidad ofrecida por las EPS, lo que implica que la

demanda a la cual se enfrenta cada EPS es relativamente inelástica en la calidad ofrecida, es decir, responde poco a variaciones de calidad. (Bardey,). Los resultados iniciales del Registro de Talento Humano en salud indican que de los 113,000 médicos en ejercicio solamente 25,000 son especializados lo cual indica un severo déficit para un sistema cuya resolutividad está basada en la infraestructura hospitalaria (MinSalud, 2018). Fallas en la regulación de la educación superior e inequidades en el acceso a las residencias médicas son factores críticos que derivan en mayores problemas en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud.

En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los económicos dependen mucho más de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y menos al control de gasto (Bardey, 2015).

Por lo anterior, se busca establecer el pago de una parte de la UPC con base en los resultados en salud de los afiliados. Dicho esquema de pago obligaría a que los resultados económicos de las EPS obedezcan al cumplimiento de metas sanitarias, de tal forma que las EPS ya no tendrían incentivos para controlar su gasto en salud, limitando la atención de sus afiliados. Es decir que las EPS ya no podrán recurrir a la estrategia de bajar su calidad de atención, para aumentar su margen de ganancias. (Bardey, 2015).

Las afectaciones en la prestación del servicio terminan por aumentar el problema de sostenibilidad que hay en el Sistema. Por ejemplo para el 2016, las prestaciones excepcionales (NO-POS) otorgadas a través de las cortes o los comités técnicos científicos alcanzaron casi 3 billones de pesos y representaron un 10 % del gasto en seguridad social en salud.



Fuente: Bardey & Buitrago, 2015, p. 6.

Este gasto NO POS ha sido un elemento de fuerte impacto sobre la sostenibilidad del sistema como lo refleja el gran aumento de los recobros en términos reales entre los años 2005 y 2012,

pasando de 119 mil millones a 1,7 billones. A su vez se observa cierto periodo de estabilización que puede ser atribuido a sucesos de política como la declaración de Emergencia Social en Salud 2009 por el aumento desproporcionado de los gastos en salud, la igualación de los regímenes y su plan de beneficios en julio del 2012; y la regulación de precios de medicamentos en mayo de 2013. (Bardey & Buitrago, 2017)

Estos problemas financieros terminan reflejándose en la negación de prestación del servicio por lo que los usuarios buscan otras formas para acceder al sistema como lo reflejan el número de quejas y tutelas en relación al derecho a la salud. Para el año 2017 se interpusieron 197.655 tutelas, que equivalen a un 32,5% de las 607.499 tutelas interpuestas en ese año (Defensoría, 2018). A su vez, la Superintendencia Nacional de Salud recibió ese año 483.431 PQRS.

En 2018 se interpusieron 588.244 PQRS en Supersalud y 207.734 tutelas ante el aparato judicial por servicios de salud de un total de 607.308. Lo anterior implica un aumento del 21% en el número de quejas interpuestas en la Supersalud y en términos de la tutela, un aumento del 5%. De hecho se puede afirmar que una tercera parte (34,2%) de las tutelas en el país son por servicios de salud y que en promedio se ponen 539 diarias. (Defensoría, 2018)

La tutela, mecanismo constitucional de tipo judicial encaminado a la garantía inmediata de un derecho fundamental se ha convertido en un elemento central de la relación usuario-sistema con repercusiones en la sostenibilidad financiera. En el 2014, el número de tutelas fue de 118,281, representando el 23.74 por ciento del total de acciones interpuestas en 2014 que fueron 498.240, es decir que $\frac{1}{4}$ parte de las violaciones a derechos fundamentales en Colombia corresponde al Sistema de Seguridad Social en Salud. En 2015 la cifra subió a 151.213 reclamaciones judiciales en razón de afectación al derecho a la salud de un total de 614,520 acciones, significando un aumento del 27% frente al 2014. (Defensoría, 2016)

La limitación de recursos financieros es una parte importante del problema pero la carencia de un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y cuya capacidad de prevenir y tratar oportunamente a los pacientes genera problemas muy severos de discontinuidad de los servicios. En efecto mientras solo 1 de cada 2 colombianos asiste a una consulta de prevención al año, la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017).

A lo anterior hay que agregar los efectos de la transición demográfica y epidemiológica que muestra como el 83% de la carga de enfermedad corresponde a enfermedad crónica (Rodríguez, 2015). El manejo de la enfermedad crónica requiere intervenciones de largo plazo con alta demanda de medicamentos costosos y alto gasto. La continuidad del servicio es crítica para mantener a la población libre de riesgo y efectuar el adecuado manejo de la enfermedad crónica requiere de servicio primarios altamente resolutivos y programas asistenciales que permitan estandarizar las atenciones, mantener controlada la enfermedad a costos razonables.

Modelo de Atención.

Lo anterior es suficiente para, además de medidas orientadas a mejorar la relación entre los actores encargados de la prestación del servicio, se deben tomar medidas que acerquen efectivamente el Sistema al paciente y garanticen el ejercicio pleno del derecho a la salud.

En este contexto se expide en 2015 la Ley Estatutaria de la Salud que reorienta el sistema de salud sobreponiéndolo al Sistema de Seguridad Social y enfatizando la atención integral en salud una vez logrados los objetivos de cobertura y reducción del riesgo financiero.

En este sentido es que surge la aplicación del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, como el modelo de Atención Primaria a desarrollar en Colombia. Este modelo busca garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio.

Se trata de un modelo que orienta el sistema hacia la prevención, incrementando la capacidad de resolución del nivel básico de servicios al plantear un esquema regulado de atención por equipos de talento humano bajo el liderazgo de un médico con formación en medicina familiar. Estos Médicos familiares adecuadamente entrenados con acceso a otros profesionales de la salud y equipos de telemedicina, estarían capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, así como más del 70% de las patologías, integrando la prevención a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención, que ha sido propuesto como un sistema moderno aplicado en Inglaterra, Holanda y Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz, 2018, p. 13).

El Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes surge como herramienta que favorece al mejoramiento de la prestación del servicio al usuario y a la sostenibilidad del sistema pues al brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, descongestiona los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención. Evidencia de lo anterior se puede apreciar en la ocupación de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el período 2007 – 2012. (Ministerio de Salud, 2016).

Dicha sistema implica el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios que pueden contribuir de manera sustancial a reducir el uso de los servicios de emergencia (más costosos) como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones. (Gutiérrez, 2018 p. 10).

Las redes integradas de servicios vienen operando con relativa novedad en el Sistema de Salud Colombiano. De acuerdo con la Resolución 1441 de 2016 las RIPS son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido (...) con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario (...) que busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los

recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud." (Min Salud, 2016).

Con respecto al proceso de habilitación de las RIPSS se encuentra consignado en y establece que las EPS deben realizar una autoevaluación a partir de los estándares y el manual de habilitación para que después de hecha la autoevaluación, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en un término de sesenta (60) días, analice y verifique el cumplimiento de los estándares y criterios de entrada para habilitación, dando así su visto bueno ante Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

A primera vista se observa que son las EPS quienes desde la autoevaluación y propuesta de RIPSS, son quienes terminan decidiendo que ofertar en términos de salud para la población y el ente territorial adquiere un papel de verificador. Incluso la propia Resolución 1441 de 2016 en su artículo 9 faculta a la Supersalud a habilitar la RIPSS en caso de discordia entre la EPS y el ente territorial.

Frente a esto y enmarcado en el Modelo de Atención Integral Territorial, se busca que el proceso de habilitación de las redes se caracterice por ser corresponsabilidad del Ministerio de Salud y los entes territorial quienes se basarán en los requerimientos del Plan de Beneficios, la situación de salud del territorio según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud. De esta forma se busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios.

Uno de los retos del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes es la adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo. En este aspecto, para la dotación y adecuación de los centros que proveerán la atención primaria integrada, se requieren de unos recursos que las entidades territoriales hoy no tienen y el gobierno nacional tampoco (Gutiérrez, 2018). Por lo tanto se propone la posibilidad de extender u operar redes a través de alianzas público-privadas en zonas donde los aseguradores disponibles en el momento, no ven incentivos para operar.

La instalación y aplicación efectiva del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, además de solucionar algunos problemas de atención a los usuarios, puede ser también útil en el objetivo de alcanzar la sostenibilidad financiera del sistema. Un estudio de la OECD para la Comisión Europea analizó el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros, y simulando el efecto de una mejora en la salud de la población, encuentra que un incremento del 50% en la proporción de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB. Es decir, si el Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar logra que los usuarios pasen la mitad del tiempo enfermedad y discapacidad, se podría contar con ingresos adicionales equivalentes por lo menos a un punto del PIB y hasta dos, logrando hacer frente a la absorción tecnológica y cambios poblacionales. De hecho el este Modelo de Atención tiene el potencial de reducir las solicitudes

por servicios incluidos en el Plan de Beneficios por vía judicial, puesto que al mejor la continuidad y oportunidad del servicio, los ciudadanos ya no deben recurrir a la tutela (Gutiérrez, 2018, p. 18-19).

Sistema Interoperable de Información en Salud.

La aplicación de un Modelo de Atención Primaria con enfoque de redes hace necesario la utilización de un Sistema de Información Único para el Sistema de Salud en el que se encuentren los Administradores de los Planes de Beneficios, los Prestadores de Salud y que contenga información relacionada con su estado de cartera, la adquisición de tecnología y el costo de esta, así como la historia clínica del paciente.

Con la centralización e interoperabilidad de la información concerniente a la gestión del riesgo en salud se eliminarían trámites como las autorizaciones, se corregirían procesos como el fraccionamiento de la historia clínica del paciente, lo que tiene implicaciones en la continuidad e integralidad del tratamiento en salud. A su vez la centralización de información relacionada con cartera y procesos de compra puede tener efectos positivos en el entendimiento de las partes con cuentas médicas por servicios prestados. Además de esto, al hacer pública la información sobre los procesos de compra, se van generando precios de referencia que evitarían abusos o irregularidades en estos procesos a lo largo del país.

Se trata no solo de tener información de los recursos devengados y aplicados en cumplimiento en el Sistema, sino que se trata de hacer transparente el comportamiento de los aseguradores y prestadores, y su estado real de su cartera.

Si bien es cierto que la Ley 1966 de 2019 avanzó en la operación de Sistemas de Información para el sector salud, concibió de manera aislada un Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial y por otro lado un Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud y más adelante plantea la obligación de generar factura electrónica por parte de todos los prestadores de Salud. Estas medidas, sin un enfoque de interoperabilidad, generarían dispersión informativa o incluso duplicidad de esta, lo que tendría efectos inmediatos sobre las relaciones entre los actores y sobre la prestación del servicio.

Recurso Humano en Salud.

Otra arista esencial del Sistema de Salud es la formación del talento humano, tema en el cual Colombia también presenta falencias. La formación de médicos generales y especialistas en Colombia se encuentra regulada por el Gobierno Nacional a través de sus Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, quienes son los encargados de que los programas ofertados cumplan con ciertos parámetros de calidad y establecen varios requisitos a cumplir por parte de las Universidades y que puedan ofertar cupos en las especialidades de medicina. (Montoya, 2016).

En el “Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030” de 2016 la Organización Mundial de la Salud, puso de relieve la problemática sobre el personal disponible en materia de salud, pues para mantener e impulsar la meta de la cobertura sanitaria

universal hay un déficit de personal sanitario de casi 18 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. (OMS, 2016).

Esta situación es problemática toda vez que independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud. (Ministerio de Salud, 2013).

Esta situación no es ajena a Colombia donde varios estudios (Cendex) han señalado un déficit gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas. Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo a datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Tanto en los programas de pregrado como en los programas de especialización, se ha dado un aumento continuo pero con caídas en el número de graduados desde 2008 hasta 2014 (ASCOFAME, 2015). No obstante hay una relación de casi 3 o 4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a un especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutive que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas.

No obstante, a pesar de dicha normatividad en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas que satisfaga los intereses de todos los actores implicados. Según el último informe del Observatorio de Talento Humano, se observa un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 10552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas.

En este sentido al revisar la normatividad colombiana se observa una configuración jurídica que propicia la limitación de cupos. La Ley 100 de 1993 en su artículo 247 señala que desarrollar programas de pregrado o posgrado en el área de salud que impliquen formación en el campo asistencial, las instituciones de Educación Superior deberán contar con un Centro de Salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica, según la complejidad del programa, para poder realizar las prácticas de formación.

Se observa como requisito para la formación en el posgrado que las IES cuenten con un centro de salud propio y en los casos que no sea posible se habla de convenios docente-asistenciales que se darían entre las Instituciones de Educación Superior y las instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica. Además pone como requerimiento que los cupos estarán determinados por la capacidad que tengan los centros de salud, dejando a disposición de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) la oferta de los cupos.

La definición y alcance de la relación servicio docencia se puede encontrar en el decreto 2376 de 2010. Este decreto en su artículo 8 en su párrafo faculta a las IES e IPS para que definan "los parámetros para establecer el número de estudiantes que en cumplimiento de la relación docente

asistencial se incorporen en los diferentes programas educativos, con arreglo a disposiciones del Gobierno Nacional”. A su vez en el artículo 14 se plantea que “cada institución que actúa como escenario de práctica definirá su número máximo de cupos, siguiendo los criterios que para tal fin establezca la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud”.

En este orden de ideas, y de acuerdo a Ochoa (2018) se puede afirmar que las universidades para poder ofertar cupos dependen de sus propias decisiones. Sin embargo, los cupos dependen en gran medida de la existencia de una IPS propia de las IES, en donde sus estudiantes puedan hacer sus prácticas; y son dichas IPS, teniendo en cuenta los criterios establecidos por los Ministerios en la normatividad explicada, quienes deciden la cantidad máxima de cupos que pueden ofrecer.

A esto se le añade el poder decisorio de los especialistas al interior de las IES y las IPS donde se realizan las prácticas formativas. Sobre esto, Cantor (2012) demuestra, con base en un modelo derivado de la teoría de la política de la competencia, cómo el número de cupos de especialización medicas es definido por los propios médicos o por las Sociedades Médicas, cuyo propósito es mantener sus niveles de ingresos elevados. (Cantor 2012; Ochoa, 2018).

Con base en la anterior problemática, este proyecto de Ley busca, por medio de un Estudio Nacional de Disponibilidad de Talento Humano, y una serie de incentivos y compromisos entre el Gobierno, las IES y los Centros Formativos (Prestadores de Servicios) que la oferta educativa de especializaciones médico-quirúrgicas corresponda a la demandas de servicio de los usuarios y no a las necesidades de los centros educativos y las prestadoras de salud ni a los intereses de grupos de especialistas, en un marco de reconocimiento de la autonomía universitaria.

Inspección de vigilancia y medidas anti evasión.

Todos estos elementos no servirían de nada si no se contemplan medidas de fortalecimiento de inspección y vigilancia. En este sentido, el proyecto contempla extender el ámbito de competencia de la Superintendencia de Salud a todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC y toma medidas contra la posición dominante de algún actor

A propósito del rol del Estado, en lo que respecta a la inspección, control y vigilancia es necesario ejercer la capacidad sancionatoria de la Superintendencia de Salud quien ha sido laxa ante la operación deficitaria de la mayoría de estas entidades por muchos años, sin aplicar la ley en plenitud ante la evidencia de inviabilidad e insolvencia, lo que hubiera ameritado el cierre de un mayor número de EPS o la suspensión de sus actividades y reubicación de usuarios. Se terminaron heredando enormes pérdidas financieras para proveedores, trabajadores, profesionales, etc. Son varias las EPS en liquidación en la actualidad y las pérdidas financieras que han dejado, incalculables, en especial en aquellas en donde la intervención de la SNS fue tardía. (Ruiz, 2018, p.68-69). La Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud y ahora tras la expedición de la Ley 1949, y las medidas acá contempladas, se espera una acción de vigilancia más amplia y una capacidad sancionatoria más fuerte.

La evasión de los pagos de aportes a Seguridad Social es un tema relevante pues afecta la sostenibilidad del sistema en dos formas pues deja de recibir recursos de personas con capacidad de hacerlo pero reciben servicios de salud. Entre las causas del no pago o pago inexacto, se encuentran elementos de percepción de carencias en materia de pensiones o precarios e intangibles beneficios de salud, pues no son incentivos adecuados para fortalecer afianzar el cumplimiento tributario. (CEPAL, 2014).

En una estimación de evasión para los trabajadores independientes declarantes de renta ante la DIAN, se evidenció que más del 94% de los independientes que declaran renta ante la DIAN (pertenecen al decil más alto de ingresos en el país) evadiendo casi \$3.0 billones anuales en pesos de solo en el año 2016. (Ministerio de Hacienda, 2016).

De los Honorables Congresistas,

Bancada Senado

FABIAN CASTILLO SUAREZ

Senador de la República

EMMA CLAUDIA CASTELLANOS

Senadora de la República

LUIS EDUARDO DÍAZGRANADOS

Senador de la República

CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ

Senador de la República

DAIRA GALVIS MÉNDEZ

Senadora de la República

JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA

Senador de la República

DIDIER LOBO CHINCHILLA

Senador de la República

EDGAR DIAZ CONTRERAS

Senador de la República

GERMAN VARON COTRINO

Senador de la República

RODRIGO LARA RESTREPO

Senador de la República

ARTURO CHAR CHALJUB

Senador de la República

RICHARD ALFONSO AGUILAR VILLA

Senador de la República

ANTONIO ZABARAÍN

Senador de la República

TEMÍSTOCLES ORTEGA

Senador de la República

ANA MARÍA CASTAÑEDA

Senadora de la República

CARLOS MOTOA SOLARTE

Senador de la República

Bancada Cámara de Representantes

MAURICIO PARODY

Representante a la Cámara

JOSÉ AMAR SEPÚLVEDA

Representante a la Cámara

CESAR LORDUY MALDONADO

Representante a la Cámara

MODESTO AGUILERA VIDES

Representante a la Cámara

KARINA ROJANO PALACIO

Representante a la Cámara

ANGELA SÁNCHEZ LEAL

Representante a la Cámara

JOSÉ DANIEL LÓPEZ JIMÉNEZ

Representante a la Cámara

JORGE BENEDETTI

Representante a la Cámara

KAREN CURE CORCIONE

Representante a la Cámara

GUSTAVO PUENTES DÍAZ

Representante a la Cámara

ERWIN ARIAS BETANCUR

Representante a la Cámara

ELOY QUINTERO ROMERO

Representante a la Cámara

GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO

Representante a la Cámara

NÉSTOR LEONARDO RICO RICO

Representante a la Cámara

CARLOS CUENCA CHAUX

Representante a la Cámara

DAVID PULIDO NOVOA

Representante a la Cámara

JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO

Representante a la Cámara

CARLOS MARIO FARELO DAZA

Representante a la Cámara

JOSÉ LUIS PINEDO CAMPO

Representante a la Cámara

JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS

Representante a la Cámara

BAYARDO BETANCOURT PÉREZ

Representante a la Cámara

CIRO FERNÁNDEZ NÚÑEZ

Representante a la Cámara

JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA

Representante a la Cámara

ATILANO GIRALDO ARBOLEDA

Representante a la Cámara

JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ

Representante a la Cámara

SALÍM VILLAMIL QUESSEP

Representante a la Cámara

HÉCTOR VERGARA SIERRA

Representante a la Cámara

ÓSCAR ARANGO CÁRDENAS

Representante a la Cámara

AQUILEO MEDINA ARTEAGA

Representante a la Cámara

OSWALDO ARCOS BENAVIDES

Representante a la Cámara

Referencias.

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Descriptores básicos de los programas de medicina de Colombia 2015. 2016. URL: http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores_b%C3%A1sico_2015.pdf

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2019). Siguen aumentando deudas a hospitales y clínicas por prestación de servicios de salud, ya superan los \$10 billones de pesos. URL: <https://achc.org.co/siguen-aumentando-deudas-a-hospitales-y-clinicas-por-prestacion-de-servicios-de-salud-ya-superan-los-10-billones-de-pesos/>

Arango. C. (2018). Los desafíos del financiamiento sostenible. Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). Capítulo-1: Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia. URL: <https://www.afidro.org/sites/default/files/Estudio-Universidad-de-los-Andes-Junio-de-2017.pdf>

Baron, G (2018) Estudio de Cuentas Nacionales de Salud 2018 Cifras preliminares de la Encuesta de Ingresos y Gastos DANE.

Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Revista CUIDARTE, vol. 7, núm. 1, 2016, pp. 1227-1231. URL: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375011.pdf>

Defensoría. (2016). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2015. URL: [http://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/La_Tutela_y_los_Derechos_a_la_Salud_y_a_la_Seguridad_Social_2015_completo_\(1\).pdf](http://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/La_Tutela_y_los_Derechos_a_la_Salud_y_a_la_Seguridad_Social_2015_completo_(1).pdf)

Defensoría. (2019). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019. URL: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

Cantor, N. (2012). Numerus Clausus en el Mercado Educativo de Médicos Especialistas. En Documentos de Trabajo. Superintendencia de Industria y Comercio. URL: http://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/Estudios-Academicos/Estudios-Academicos_2012/05_Numerus_Clausus_Educativo_Medicos_Especialistas_Mercado.pdf

Caracol. (2018). Conozca el vergonzoso top de las EPS con más quejas de usuarios en 2017. URL: <https://noticias.caracoltv.com/salud/conozca-el-vergonzoso-top-de-las-eps-con-mas-quejas-de-usuarios-en-2017>

CEPAL. (2014). La evasión contributiva en la protección social de salud y pensiones. Serie Políticas Públicas. URL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37017/1/S1420447_es.pdf

Bardey. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. Revista Monitor Estratégico. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/pago-por-desempeno-sistema-salud.pdf>

La República. (2018). ¿Cuáles son los problemas que más preocupan a los ciudadanos? URL: <https://www.larepublica.co/especiales/la-gran-encuesta/cuales-son-los-problemas-mas-grandes-que-dicen-los-colombianos-que-les-preocupan-2595309>

Gutierrez. C. (2018). El Sistema De Salud Colombiano En Las Próximas Décadas: Cómo Avanzar Hacia La Sostenibilidad Y La Calidad En La Atención. En Fedesarrollo.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Caracterización del talento humano en salud: hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. Monitor estratégico, 63-68, 2013. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>

Ministerio de Hacienda. (2016). Informes de Seguimiento Fiscal. Evasión De Aportes en el Sistema Colombiano de Seguridad Social Integral: Independientes Declarantes de Renta. URL: http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=uDH3vqsnHKIoRw9sm8iEelf1AmSXGbYKNNjr07z8LgWahKERqIKb!203701145?nodeId=%2FOCS%2FP_MHCP_WCC-040947%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

Moreno. G. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?. Revista médica Risaralda vol.22 no.2 Pereira July/Dec.

Montoya, F (2016). Ofertas De Cupos Para Especialidades Médicas En Colombia. Estudios de Mercado. Superintendencia de Industria y Comercio.

Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Informe de la Secretaria. 2016. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-sp.pdf

Ochoa. L. (2018). Análisis Sobre La Cantidad De Especialistas En El Sistema De Salud Colombiano Y La Incidencia De Los Cupos De Residencia Médica Sobre Estos. Universidad del Rosario. URL: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18305/OchoaZuluaga-Luis%20Fernando-2018%20.pdf?sequence=1>

Ramirez. J (2018). Rectoría y legitimidad en el sistema de salud colombiano. En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

Rodriguez J otros (2015) La carga de enfermedad en Colombia 2015 Pontificia Universidad Javeriana

Ruiz.F (2018). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

Ruiz, Fernando, Uprimny, Miguel. 2012. "Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio." ECOE Editores. Bogotá.

Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, Garavito, Liz. 2013. "Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008." *Pan American Journal of Public Health* 33 (2):107–15.

Ruiz, Fernando, Zapata, Teana. 2015. *La equidad en salud para Colombia, Brechas internacionales y territoriales*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

Ruiz Fernando , Avila Leticia, Trujillo A 2018 How does managed competition affect hospital prices in a social health insurance system?: The Colombian case. *Health Policy and Planning*. 33(8)

Supersalud. (2018). *Comportamiento De Peticiones, Quejas, Reclamos O Denuncias (Pqrd) Y Solicitudes De Información. 2018 (ENERO- DICIEMBRE)*. URL: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estad%C3%ADsticas#Default=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#39582680-a44b-4122-9be7-608550247e4f=%7B%22k%22%3A%22%22%2C%22s%22%3A13%7D#69e4336b-1768-4e0d-93e6-a144097f4c32=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#8845fa52-a04c-45e0-ae61-b2457a1b9993=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#ebdfb013-fbfc-42ce-b459-73a1ec89be41=%7B%22k%22%3A%22%22%7D>

UDEA-GES (2017). *Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia*. En *Observatorio de la Seguridad Social*. URL: <https://drive.google.com/file/d/0Bz2k8IK1sYaRMmhOTXixYks3Qmt0aDRvMGJ3OTVHTmRrQk5F/view>